

**PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
PIAO
AZIENDA SANITARIA LOCALE BT
Anni 2025 – 2027**

*ai sensi art. 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113
approvato con deliberazione n. _146___ del _31/01/2025_____)*

Sommario

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	3
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	5
Sottosezione 2.1 - Valore Pubblico	5
Sottosezione 2.2 - Performance	19
Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza	114
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	168
Sottosezione 3.1 - Struttura Organizzativa	168
Sottosezione 3.2 - Organizzazione del Lavoro Agile	174
Sottosezione 3.3 - Piano Triennale del Fabbisogno di Personale e Formazione.....	236
SEZIONE 4 MONITORAGGIO	248
Allegati P.I.A.O. 2025 – 2027	251

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

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

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



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

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

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

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

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione 2.1 - Valore Pubblico

VALORE PUBBLICO

La ASL BT persegue le finalità di promozione e tutela della salute, per la salvaguardia e il recupero dello stato di benessere psicofisico fornendo prevalentemente e direttamente a cittadini tutte le prestazioni sanitarie in regime di emergenza-urgenza e programmate secondo quanto atteso dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza definiti in sede regionale e nazionale) e a cittadini e imprese le attività volte alla prevenzione, al controllo e al supporto al tessuto produttivo territoriale attraverso i propri servizi/strutture o, alternativamente, acquistando le prestazioni fornite da strutture pubbliche o private accreditate che operano sotto il controllo del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

La salute è riconosciuta universalmente essere un bene primario che assurge a diritto fondamentale della persona ed impone piena ed esaustiva tutela. Da questa premessa discende che creare "Valore Pubblico" significa aumentare il benessere dei cittadini/utenti, del personale e degli stakeholder sul territorio in senso ampio.

Creare Valore Pubblico significa quindi riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione programmando la propria attività con efficienza, economicità ed efficacia, per la tutela la promozione della salute, sviluppando una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione e una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare.

Nell'attuare i suoi compiti la ASL BT è guidata dai principi fondamentali e dai criteri ispiratori riconducibili ai LEA (Livelli Essenziali di assistenza), che prescrivono le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale.

L'A.S.L. ispira il proprio funzionamento secondo i seguenti ***principi*** fondamentali :

- il rispetto della dignità umana;
- l'equità delle condizioni di accesso e omogenea distribuzione dei servizi sul territorio dell'azienda;
- l'etica professionale;
- la centralità dell'utente, intesa come punto di riferimento per la rilevazione del bisogno di salute

I ***criteri*** a cui si ispira il funzionamento dell'azienda per creare il valore pubblico sono :

- la trasparenza interna ed esterna, nel rispetto delle normative a tutela delle informazioni e dei dati, per una migliore comprensione delle scelte aziendali da parte degli interlocutori interni ed esterni;
- l'organizzazione e la formalizzazione dei processi di analisi, valutazione, decisione e monitoraggio anche quale presupposto per la prevenzione dei rischi corruttivi;
- l'utilizzo prioritario nei processi decisionali di evidenze esplicite e costante orientamento allo sviluppo e all'utilizzo dei criteri di misurazione della performance, dei risultati produttivi e dei processi produttivi stessi;
- l'orientamento alla flessibilità e al miglioramento continuo;

- lo sviluppo di metodiche lavorative che favoriscano la revisione dei processi produttivi di carattere amministrativo favorendo, nel rispetto dei principi di efficienza ed efficacia dell'azione dell'amministrazione, il cd Lavoro Agile, ove consentito dalla norma, con conseguente riduzione degli spostamenti degli operatori, riduzione dei consumi e contestuale miglioramento della qualità della vita soprattutto per chi risiede lontano dalle strutture aziendali;
- il rispetto della "Parità di genere" già ampiamente evincibile in tutte le attività e in tutti gli incarichi aziendali;

Gli obiettivi di "valore pubblico" vanno ricercati, in accordo con la logica di costruzione del PIAO, attraverso una visione strategica che detti le linee di una ponderata pianificazione delle risorse umane economiche e strumentali, un efficiente e coerente sistema di misurazione e valutazione della "performance dell'amministrazione" e un sistema di prevenzione della corruzione e tutela della trasparenza che, operando in stretto collegamento, rappresenti il garante della legalità e accessibilità alle informazioni.

Per programmare le attività e dar corso alla strategia per la creazione del valore pubblico ASL persegue i **suoi Obiettivi** strategici nel rispetto e promozione dei **valori sociali** individuati, declinabili come:

- qualità clinico-assistenziale;
- appropriatezza organizzativa;
 - coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane, da sostenere attraverso la formazione ed il costante aggiornamento anche sulle tematiche inerenti il *project management*, la gestione del rischio e la revisione organizzativa, utili anche per la prevenzione della corruzione;
 - gestione responsabile delle risorse;
 - organizzazione efficiente e razionale del lavoro;
 - attenzione alla dimensione relazionale improntata alla collaborazione ed all'ascolto reciproco tra personale sanitario, pazienti e loro familiari;
 - tutela di salute e sicurezza sul lavoro anche attraverso idonei strumenti organizzativi;
 - sviluppo dei processi di comunicazione e informazione, riconoscendone la valenza strategica, rivolta agli interlocutori esterni e interni, finalizzati ad illustrare i servizi e le attività offerte dall'Azienda e la loro fruibilità;
 - semplificazione e trasparenza dell'azione amministrativa, prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità;
 - mantenimento dello stato dell'arte ed evoluzione della dimensione tecnologica ed organizzativa

Alla luce delle evidenze gli **obiettivi strategici relativi al triennio 2025-2027** sono volti a garantire:

- la continuità con quelli individuati nei mandati precedenti ed inerenti il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione e le attese degli stakeholder;
- la realizzazione dei progetti finanziati dal PNRR anche per lo sviluppo dei servizi sanitari di prossimità sviluppando o reingegnerizzando strutture idonee individuate.
- il perseguimento degli obiettivi fissati dalla Regione Puglia;
- la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera volta all'aumento della capacità attrattiva nei confronti dei professionisti e degli assistiti;
- un incremento del livello di complessità ambulatoriale con percorsi dedicati in particolari situazioni clinico-assistenziali;

- l'ottimizzazione dei processi di presa in carico dei pazienti provenienti dal pronto soccorso limitando il così detto *boarding*;
- investimenti in nuove tecnologie per il mantenimento allo stato dell'arte del livello di modernità ed evoluzione;
- garanzia, attraverso le attività manutentive e di pronto intervento tecnico effettuate sui beni immobili gestiti dall'ASL, del corretto funzionamento di impianti e strutture, direttamente correlate con lo svolgimento delle attività sanitarie;
- ridefinizione dei percorsi assistenziali con utilizzo di tecnologia digitale;

Gli ambiti regionali di intervento strategico individuati risultano alla data essere:

- perseguire le indicazioni nazionali inerenti il contenimento della spesa farmaceutica, le campagne vaccinali e gli interventi preventivi;
- migliorare la mobilità e liste di attesa;
- provvedere all'assunzione del personale necessario per far fronte al *turn over* ;
- garantire continuità assistenziale Ospedale – Territorio, per una maggior efficienza, tramite una riorganizzazione gestionale di presa in carico dei pazienti, di percorsi dimissioni complesse facilmente fruibili, di servizi di cura per sub-acuti e post-acuti diversificati tra domicilio e ospedale, di nuovi percorsi di offerta (es: posti letto cure intermedie);
- recuperare le prestazioni sospese e liste d'attesa ed ottimizzare la presa in carico degli utenti con un focus su quelli di Pronto Soccorso.

Alla pianificazione strategica segue un'attenta programmazione per obiettivi operativi specifici e di obiettivi operativi trasversali .

Nell'ambito degli **obiettivi operativi** le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso lo strumento del Budget. In alcuni casi gli obiettivi sono formalizzati in termini di scadenze, in altri sono misurati attraverso indicatori specifici. Tramite il Budget, secondo una logica top-down, gli obiettivi strategici aziendali vengono declinati a livello di singole strutture operative e, attraverso la produzione di reportistica, l'andamento della gestione viene monitorato al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità o scostamenti dai programmi.

Anche gli **obiettivi operativi trasversali** come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, la produzione di una comunicazione esterna e interna sono efficaci e funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

Per sostenere e tutelare gli obiettivi di Valore pubblico, l'Azienda programma anche misure, specifiche e generali, di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza, di miglioramento della salute organizzativa adeguando l'organizzazione alle strategie pianificate e innovando le metodologie di Lavoro Agile e della salute professionale.

In questo contesto si evidenzia la costituzione del "Servizio Ispettivo aziendale" che, ai sensi dell'art.1, comma 62, della Legge 23 dicembre 1996 n. 662 e ss.mm.ii., svolge attività dirette ad accertare l'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità del rapporto di lavoro, a tempo pieno e a tempo parziale, di divieto di cumulo di impieghi e incarichi relativamente al personale dipendente, anche a tempo determinato, e al personale Convenzionato.

Anche la promozione del benessere organizzativo costituisce un *asset* importante per lo sviluppo di valore pubblico nel contesto della propria organizzazione. Gli interventi dell'ASL BT per il raggiungimento di un adeguato livello di benessere organizzativo sono rivolte a:

- favorire il confronto e la condivisione delle conoscenze, realizzando all'interno dell'Azienda la più ampia informazione ai diversi livelli organizzativi, come nell'ambito del **"Comitato Unico di**

Garanzia per le pari opportunità, la non discriminazione, il benessere di chi lavora”(costituito ex art. 57, comma 3 , del D:Lgs. N. 165/2001) sulle scelte programmatiche, sugli indirizzi, sugli atti normativi e organizzativi, sui processi di sperimentazione e innovazione, in modo da promuovere e supportare lo sviluppo del sistema aziendale;

- promuovere l’apporto alle scelte aziendali e la responsabilizzazione dei dirigenti, dei professionisti e degli operatori a tutti i livelli, in relazione ai rispettivi compiti e ruoli;
- creare un clima di collaborazione e condizioni di contesto favorevoli per facilitare la progettazione, l’attuazione e il sostegno degli interventi di cambiamento e miglioramento.

Le suddette azioni sono volte a realizzare all’interno dell’Azienda le pari opportunità per tutti i lavoratori nonché quelle dirette a contrastare le situazioni di mobbing e discriminazione. Adotta, pertanto, politiche e stili relazionali improntati alla lealtà, alla chiarezza e alla trasparenza dei propri comportamenti, nonché al costante coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, nel rispetto della normativa prevista nei vigenti contratti di lavoro e delle funzioni e responsabilità proprie dei sindacati.

PIANO AZIONI POSITIVE

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

Nel corso del 2024 sono state organizzate iniziative, anche in collaborazione con la rete regionale dei CUG, volte a sostenere i tre macroobiettivi del PAP della Asl Bt deliberato nel 2021:

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

Nel corso del 2025 ogni macro obiettivo sarà declinato in singole azioni:

OBIETTIVO 1. PARI OPPORTUNITA’

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

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

Strutture coinvolte: Cug, Formazione

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

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

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

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

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

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

Obiettivo: Promuovere e sostenere l'individuazione del Responsabile dei Processi di inserimento delle persone con disabilità al fine di favorire e facilitare l'inserimento lavorativo dei dipendenti con disabilità nei diversi contesti di lavoro

Strutture coinvolte: Area del Personale

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

OBIETTIVO 2. VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE

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

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

Strutture coinvolte: RPCT, Area del Personale, Formazione

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

Azione 3. Accoglienza e presentazione per i nuovi dipendenti

Obiettivo: Organizzare e gestire le fasi di accoglienza dei nuovi dipendenti attraverso la predisposizione di materiale informativo di presentazione dell'azienda, con informazioni sulla articolazione dei servizi e sui contatti di interesse

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

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

Azione 4. Corretti stili di vita

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

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

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

Azione 5. Conciliazione di tempi vita/lavoro

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

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

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

Azione 6. Liberoteca: dai dipendenti ai pazienti

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

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

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

Azione 8 L'ambiente è di tutti

Obiettivo: Sensibilizzare i dipendenti alla difesa dell'ambiente attraverso una riflessione sulle piccole grandi azioni quotidiane a tutela dell'ambiente attraverso la realizzazione di campagne di comunicazione dedicate; individuazione di aree verdi adiacenti agli edifici Asl (ospedali, distretti, poliambulatori) attrezzabili

Strutture coinvolte: Cug; UOSVD Informazione e Comunicazione

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

OBIETTIVO 3. CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI

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

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

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

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

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

La ASL BT nel corso del 2024 ha dato avvio a un percorso di Change Management con attività specifiche di coordinamento e gestione dei Processi Clinico Organizzativi ed elaborazione e applicazione di modelli organizzativi di Lean Management e di Clinical Governance (miglioramento della qualità e razionalizzazione di risorse) e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali finalizzati anche a efficientare i percorsi di presa in carico multidisciplinare, la continuità assistenziale ospedale-territorio e la didattica e ricerca inserite nell'ambito della innovazione organizzativa, con produzione e ricerca scientifica in ambito organizzativo anche nel contesto "Ospedale-Università".

Nelle suddette attività rientra il Processo di Accreditamento Istituzionale ai sensi della normativa di riferimento nazionale e regionale (Regolamento Regione Puglia n. 16/2019).

Con DDG n. 2295 del 23.12.2024 è stata approvata una metodologia organizzativa applicata al tema dell'Accreditamento Istituzionale e in particolare all'adeguamento dei processi clinico-organizzativi in relazione agli 8 criteri e 28 requisiti essenziali previsti dalla normativa nazionale (CSR/2012) e regionale in materia (Regolamento Regionale 23 luglio 2019, n. 16 e ss.mm.ii.ad oggetto "Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie") che ha consentito di elaborare e approvare le Griglie di autovalutazione requisiti per la fase PLAN, DO ex Reg. Reg. n. 16/2019.

Il Processo di Adeguamento in tema di Accreditamento dovrà completarsi nel corso del 2025 e, quindi, aggiornarsi periodicamente e continuamente.

L'Accreditamento Istituzionale presuppone, infatti, una attenzione continua alla Gestione dei Processi Clinico-Organizzativi con la realizzazione di modelli che rispondano agli 8 criteri e 28 requisiti essenziali previsti dalla normativa nazionale (CSR/2012) e regionale in materia.

I suddetti processi e modelli organizzativi si concretizzano praticamente in molteplici attività, le seguenti già avviate nel corso del 2024 e in itinere, da perfezionarsi e completarsi nel corrente 2025:

- -istituzione delle Reti Clinico-Assistenziali e dei Team Multidisciplinari operativi con un sistema di monitoraggio puntuale delle attività;
- -implementazione della telemedicina come strumento di innovazione operativo;
- -definizione di percorsi di presa in carico per patologia e di strumenti utili ad assicurare appropriatezza e sicurezza delle cure;
- -coinvolgimento di pazienti e caregiver con la condivisione dei modelli con le Associazioni di Volontariato e con la figura Paziente esperto, nonché con la rilevazione di PREMS e PROMS;
- - implementazione di Didattica e di progetti sperimentali in linea con le esigenze clinico assistenziali e manageriali.

IL PIANO DI TRASFORMAZIONE DIGITALE

Nell'ottica del miglioramento continuo, il RTD dell'ASL, nominato con Delibera n. **1486 del 08/08/2018** ha proceduto alla realizzazione del **Piano di Trasformazione Digitale dell'ASL BT**, adottato con Delibera n. **2326 del 31/12/2024**.

Il Piano si inserisce nel contesto del programma strategico dell'Unione Europea per il decennio digitale, che mira a migliorare le competenze digitali, le infrastrutture, la trasformazione digitale delle imprese e la digitalizzazione dei servizi pubblici. Il documento delinea l'architettura organizzativa e tecnologica dell'ASL BT, descrivendo le relazioni con i servizi, piattaforme e infrastrutture nazionali e regionali, e fornendo una visione del percorso di evoluzione nel triennio di riferimento.

Il Piano introduce alcuni ulteriori ed importanti elementi connessi sia all'attuazione del PNRR (alcune piattaforme abilitanti, nonché la condivisione di azioni, obiettivi e risultati), e una vigilanza attiva e collaborativa sulle violazioni degli obblighi di transizione digitale, coerentemente al mandato affidato dal CAD ad AGID, oltre alle direttive sulla sicurezza informatica. Include anche riferimenti a normative regionali specifiche della Regione Puglia, come il Piano per la Sanità Elettronica e il Piano Triennale di Riorganizzazione Digitale.

Il Piano mira a raggiungere i seguenti obiettivi:

- Potenziamento dell'accoglienza e centralità dell'assistito
- Dematerializzazione dei processi
- Incremento delle competenze digitali del personale
- Potenziamento della Postura di Sicurezza Aziendale

Il 74% del Piano è finanziato dal PNRR, in particolar modo le missioni che impattano sul Piano sono:

- ☐ **M6.C2 – 1.1.1.** Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA -- Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II);
- ☐ **M1.C1 - 1.2** "Abilitazione e facilitazione migrazione al Cloud";
- ☐ **M1.C1 - 1.4.3 e 1.4.4** "Servizi e Cittadinanza digitale".

ACCESSIBILITÀ DIGITALE

Dando seguito a quanto già realizzato negli anni passati sui temi relativi l'accessibilità digitale, questa azienda ha intrapreso nel corso del 2024 le iniziative atte a potenziare l'accessibilità del cittadino. Nello specifico sono state intraprese le seguenti progettualità:

- Digitalizzazione dell'**URP** mediante l'implementazione e *deploy* di un sistema **CRM**;
- Miglioramento del processo di accoglienza;
- Implementazione del sistema **pagoPA** su Cartella clinica con possibilità di pagamento degli episodi di PS attraverso l'uso del codice triage;
- Implementazione di una piattaforma Open Data per valorizzare e rendere disponibile ai cittadini e alle imprese il patrimonio informativo aziendale;
- Implementazione dell'integrazione che consente il conferimento dei referti di radiologia. Tale integrazione permette la consultazione del referto di radiologia dal cittadino su FSE.

Nel corso del **triennio 2025-2027**, al fine di proseguire il potenziamento dell'accessibilità dei servizi in ottica digitale, l'Azienda intende perseguire i seguenti obiettivi mirati al miglioramento dell'accessibilità digitale:

Implementazione e rilascio dell'applicazione per la quale è prevista l'integrazione con l'URP digitale e l'accesso tramite SPID, permetterà al cittadino un migliore accesso ai sistemi di prenotazione e pagamento delle prestazioni. Una migliore gestione dei tempi di attesa attraverso la prenotazione del posto in coda, accesso diretto al portale FSE per il download della documentazione, un supporto utile all'orientamento all'interno delle strutture.

Infatti, con l'applicazione, l'assistito verrà guidato fino al presidio oltre che al suo interno grazie ad apposito sistema di **wayfinding** anche per le persone non vedenti.

Di seguito si riportano gli obiettivi che questa azienda intende raggiungere per incrementare i servizi di valore pubblico verso il cittadino:

Obiettivo del Piano	Progetto	Obiettivo valore pubblico
Potenziamento dell'accoglienza e centralità del cittadino e imprese	Accoglienza Digitale: Implementazione di applicazione, integrata con l'URP, per l'accesso ai sistemi di prenotazione e pagamento delle prestazioni. L'applicazione permette il monitoraggio dei tempi di attesa attraverso la prenotazione del posto in coda, accesso diretto al portale FSE per la consultazione ed il supporto utile all'orientamento interno delle strutture con integrazione di un sistema di supporto <i>wayfinding</i> per le persone non vedenti.	• Miglioramento del processo di prenotazione appuntamento presso gli sportelli; • Miglioramento dell'esperienza del cittadino nell'accesso ai servizi offerti.
	URP Digitale: Digitalizzazione dell'URP, con implementazione di un sistema <i>omni-channel</i> che consenta l'accesso 24/7 del cittadino.	Miglioramento dell'esperienza del cittadino nell'interazione con le strutture aziendali (Assistenti virtuali/AI Generativa).

	URC (Ufficio Recupero Crediti): Tracciabilità dei flussi finanziari e miglioramento notifiche al cittadino attraverso l'adozione di piattaforme abilitanti;	Miglioramento gestione delle risorse finanziarie; potenziamento interazione con il cittadino attraverso l'uso di piattaforme abilitanti (app IO)
	pagoPA: implementazione del sistema di pagamenti digitali verso la PA	Agevolazione nel processo di pagamento. Miglioramento della efficienza amministrativa e semplificazione nella gestione dei pagamenti dei servizi pubblici.
Dematerializzazione dei processi	Gestione Protesica: Gestione e monitoraggio dei flussi di richiesta protesi.	Maggiore trasparenza nella gestione della protesica.
	Open Data: Implementazione di una piattaforma Open Data per valorizzare e rendere disponibile ai cittadini e alle imprese il patrimonio informativo aziendale.	Incremento della trasparenza verso il cittadino.

Di seguito si riportano gli obiettivi che questa azienda intende traguardare per incrementare i servizi di valore pubblico verso il personale aziendale:

Obiettivo del Piano	Progetto	Obiettivo valore pubblico
Dematerializzazione dei processi	Ciclo performance: Implementazione del sistema informativo del Ciclo delle Performance del personale per tracciare e monitorare le performance.	Miglioramento nella valorizzazione delle competenze ed incremento delle performance.
	Evoluzione del Protocollo Informatico - Documentale: Implementazione del modulo documentale per la conservazione e fascicolatura dei documenti.	Miglioramenti dei tempi di accesso ai documenti, riducendo i tempi di attesa e aumentando la trasparenza delle operazioni amministrative.
	Migrazione in Cloud di parte del Parco Applicativo aziendale: La migrazione in Cloud di alcuni dei sistemi informativi verso il PSN e il CSP di Innovapuglia consente all'amministrazione di potenziare la sicurezza dei Sistemi Informativi e dei relativi Dati, oltre che ridurre le risorse necessarie per la tenuta delle Macchine Virtuali all'interno del proprio datacenter.	Potenziamento della Cybersecurity, ovvero il rafforzamento della protezione dell'infrastruttura oltre che dei Dati.

	Potenziamento BI: Evoluzione e potenziamento del Datawarehouse aziendale.	Miglioramento dei processi decisionali aziendali.
Incremento delle competenze digitali del personale	Digital Academy: Percorsi di formazione digitale per il personale aziendale	Miglioramento delle competenze con impatti importanti sull'efficienza delle attività amministrative digitali e sulla <i>cybersicurezza</i> . Incremento della <i>Digital Awareness</i> .
	Piattaforma Syllabus: Iscrizione all'hub per la crescita del capitale umano delle pubbliche amministrazioni tramite la Piattaforma Syllabus.	Miglioramento delle conoscenze, della produttività e delle competenze digitali. Incremento di servizi online più efficienti per cittadini e imprese.
Potenziamento della Postura di Sicurezza Aziendale	Dispiegamento del SOC (Security Operations Center) per la gestione della sicurezza informatica.	Miglioramento della gestione della sicurezza.
	Implementazione politiche per la protezione avanzata degli <i>endpoint</i> . Affiancamento all'attività di <i>Detection & Response</i> tramite la piattaforma di <i>Incident Response</i> .	Miglioramento della postura di sicurezza informatica aziendale e gestione di risposta agli <i>Incident</i> di natura informatica.
Potenziamento della Postura di Sicurezza Aziendale	Simulazione di attacchi cyber per migliorare la sicurezza tramite la mappatura dei punti deboli infrastrutturali.	Miglioramento della postura di sicurezza informatica aziendale.
	Definizione ed adozione del Regolamento ICT per il corretto utilizzo degli strumenti aziendali.	Miglioramento delle competenze relative il corretto uso degli strumenti aziendali.
	Consolidamento delle procedure di <i>Data Breach, Business Continuity & Disaster Recovery</i> .	Miglioramento delle procedure di gestione della sicurezza aziendale.
	Implementazione di un sistema PAM (<i>Privileged Access Management</i>) per la gestione degli accessi privilegiati.	Miglioramento della postura di sicurezza informatica aziendale
	Implementazione della piattaforma NAC (Network Access Control) per verificare la postura dei dispositivi e proteggere la rete.	Miglioramento della postura di sicurezza informatica aziendale

RE-INGENIRIZZAZIONE DEI PROCESSI

Nell'ambito dei processi di digitalizzazione sono in corso di sviluppo quei progetti volti alla dematerializzazione della documentazione clinica e alla re- ingegnerizzazione dei flussi di lavoro. La presente azienda ha re-ingegnerizzato il processo relativo l'evento operatorio per il quale si prevede il dispiegamento del modulo di Blocco Operatorio, integrato con la Cartella Clinica Elettronica, e quello di tracciabilità dei Tempi Chirurgici.

Il *deployment* del modulo di Blocco Operatorio è stato avviato nel corso del 2024 presso la struttura ospedaliera di Andria. Si procederà con la sua diffusione presso i PP.OO. di Barletta e Bisceglie.

Nell'ottica di un miglioramento continuo nell'ambito della re-ingegnerizzazione dei processi, l'azienda porterà avanti le seguenti progettualità:

- **Gestione della protesica:** Il processo della gestione delle richieste di protesi segue attualmente un iter di approvazione su cartaceo. Nel corso del triennio 25-27, tale processo verrà re-ingegnerizzato attraverso la gestione dei flussi di richiesta ed approvazione attraverso un apposito modulo implementato su CCE.
- **Tracciabilità Tempi Chirurgici:** L'azienda punta a consolidare e rafforzare la gestione del paziente chirurgico. In particolare, il tracciamento automatico dei pazienti lungo tutto il percorso chirurgico al fine di monitorare le varie fasi del processo. Nel corso del 2024 sono state intraprese le azioni di progettazione del nuovo processo di tracciabilità. In particolare, il contenuto informativo minimo derivante dall'introduzione della soluzione sarà composto, attraverso l'identificazione del paziente, dalla **rilevazione di data ed ora almeno dei seguenti eventi:**
 - Ingresso e uscita dal reparto di degenza;
 - Ingresso e uscita dal blocco operatorio;
 - Ingresso e uscita dalla sala operatoria;
 - Eventuale ingresso e uscita dalla Recovery Room;
 - Eventuale ingresso e uscita dalla Terapia Intensiva.

Il progetto di Tracciabilità dei Tempi Chirurgici si innesta su un sistema di Blocco Operatorio già collaudato.

Nel corso del prossimo triennio questa Asl proseguirà nella attività necessarie al completamento di tale progetto.

- **pagoPA:** Nel corso del 2024 sono state collaudate le attività di integrazione fra CUP e Nodo regionale dei pagamenti (MyPay) che proseguiranno nel corso del triennio 25-27. Tale collaudo ha permesso il test delle seguenti funzionalità:
 - pagare i **diritti previsti per richiesta copia cartella clinica** attraverso il circuito pagoPA, andando così a implementare ulteriormente tale modalità di pagamento previsto dalla normativa vigente; la notifica di pagamento viene notificata anche tramite APP IO;
 - pagare il Ticket Pronto Soccorso con codice dimissione "bianco", attraverso il circuito pagoPA, o recandosi direttamente ad uno sportello CUP: il Sistema, tramite modalità di cooperazione con Edotto PS, riconoscerà direttamente sia l'ID episodio che l'assistito; è stata altresì realizzata la notifica del pagamento anche su APP IO, immediatamente dopo la dimissione dal PS, così come già avviene con la notifica di prenotazione prestazioni sanitarie.
- **FSE:** Implementazione delle integrazioni dei sistemi aziendali con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. Allo stato attuale e secondo quanto prevede il c.d. DM Riparto, tutti i documenti facenti parte del nucleo minimo di documenti da conferire a FSE (referti LIS, RIS, LDO e VPS).
- **URC:** La tracciabilità, effettuata da parte dell'URC, viene supportata attraverso l'adozione di piattaforme abilitanti quale pagoPA. Ogni fase del processo, dalla registrazione dei crediti alla

loro riscossione, viene monitorata e documentata digitalmente, garantendo una maggiore visibilità e controllo. La digitalizzazione e le integrazioni adottate permettono di identificare rapidamente eventuali anomalie o comportamenti sospetti, facilitando l'adozione di misure correttive tempestive.

- **Open Data:** L'ASL implementerà una piattaforma open data al fine di valorizzare e rendere disponibile ai cittadini e alle imprese il proprio patrimonio informativo per lo sviluppo della collettività. Le "Linee guida recanti regole tecniche per l'apertura dei dati e il riutilizzo dell'informazione del settore pubblico" (Linee guida Open Data) forniscono elementi utili di data *governance* in relazione ad aspetti organizzativi che possano abilitare un processo di apertura ed interoperabilità dei dati efficiente ed efficace.
- **Piattaforma di interoperabilità aziendale (ESB):** Il progetto propone di potenziare l'ESB (Enterprise Service Bus) aziendale, ossia accentrare tutti i flussi dati clinici scambiati tra i sistemi informativi aziendali e regionali in un unico dominio o "nodo". Nel nodo vengono esposti i servizi (e-service) forniti da ogni applicativo per l'interoperabilità con gli altri sistemi. I servizi dovranno essere razionalizzati e standardizzati al fine di evitare un'eccessiva proliferazione di specificità di filiera. La re-ingegnerizzazione di tale processo mira alla ottimizzazione e condivisione delle soluzioni, atte al reperimento di informazioni utili nei procedimenti clinici per la piena attuazione del principio **once only**. Nello specifico l'ESB sarà evoluto con una nuova versione e con l'implementazione di un apposito cruscotto dal quale sarà possibile osservare l'aggiornamento lo stato dei messaggi.
- **Processi HR e Sorveglianza Sanitaria:** Al fine di poter migliorare i processi di gestione delle risorse umane, nel corso del triennio verranno analizzati i processi in essere al fine poter valutare eventuali miglioramenti degli stessi. L'ASL ha la necessità di implementare il **Fascicolo del Dipendente**, attraverso l'implementazione di un nuovo sistema di Gestione delle Risorse Umane, in cui il dipendente è l'entità centrale attorno alla quale costruire la sua esperienza all'interno dell'Azienda.

In tal modo sarà possibile raccogliere all'interno di un unico strumento tutte le informazioni e i documenti relativi all'intero ciclo di vita lavorativo del singolo dipendente, consentendo gli accessi alle varie informazioni solamente agli utenti che saranno abilitati. Tale gestione centralizzata, focalizzata sul dipendente, permetterà di implementare efficacemente la gestione delle risorse umane considerando le loro competenze nonché tutti gli altri fattori che confluiranno nel fascicolo.

- **Evoluzione Protocollo Informatico - Documentale:** Il Sistema Informativo del Protocollo (*Seedoo*, basato su ERP *open source Odoo*), sarà evoluto con l'implementazione del modulo Documentale (denominato Metafora).

Il Protocollo Informatico permette già adesso di gestire l'assegnazione, l'anagrafica, l'organigramma (e la sua storicizzazione), unità organizzativa, domicili digitali, uffici-team di lavoro, lo smistamento per competenza e conoscenza.

Il Documentale consentirà la fascicolatura dei protocolli e conseguente organizzazione dei fascicoli creati.

Per cui il Protocollo Informatico, che si integrerà con il documentale, può leggerne il titolare al fine di garantire la corretta gestione archivistica dei documenti protocollati.

All'interno del documentale si potranno effettuare le ricerche dei protocolli, oltre che dei fascicoli, tramite apposita funzione di ricerca che utilizza appositi filtri, quali ad es. il numero di protocollo, l'oggetto del documento, il mittente, il destinatario, ecc. Inoltre, all'interno della ricerca sia dei fascicoli che dei protocolli si potrà filtrare per data i fascicoli o protocolli di interesse.

Con l'implementazione del modulo Documentale Metafora si garantisce la copertura digitale delle tre fasi principali della gestione documentale dei protocolli:

- ✓ Formazione, già realizzata dai moduli del sistema di Protocollo;

- ✓ Gestione, parzialmente già realizzata dal sistema esistente di Protocollo: sarà garantita del tutto con il modulo Documentale;
- ✓ Conservazione, anch'essa già implementata attraverso integrazioni attive verso il conservatore qualificato (Trust Technology), al quale viene inviato sia il registro di protocollo giornaliero che quello annuale, come previsto da normativa vigente in ambito di protocollo informatico;
- ✓ Fascicolazione, già implementata e presente con il Protocollo Informatico presente.

In questo modo all'interno del sistema di gestione informatica, sino dalla formazione del documento, si garantisce la tenuta dei documenti e la conservazione a lungo termine all'interno del sistema.

Sottosezione 2.2 - Performance

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

Il Piano della Performance è un Documento di Programmazione, previsto dal Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 74/2017. In aderenza all'art. 10 del citato D.Lgs. n.150/2009, il Piano della Performance viene adottato in coerenza con il ciclo della programmazione economico-finanziaria, di Bilancio dell'Azienda e con quello della programmazione strategica. La finalità di tali contenuti è quella di assicurare e garantire elevati standard qualitativi ed economici del servizio erogato, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale e rendere partecipe il personale e gli utenti.

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

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

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

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

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

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

E' opportuno sottolineare che i contenuti del Piano delle Performance per il triennio 2024-2026 potranno essere successivamente rivisti e/o integrati coerentemente con gli eventuali nuovi indirizzi di pianificazione definiti dalla Direzione Strategica ovvero sulla base di nuove e/o ulteriori disposizioni/norme stabilite dalla programmazione regionale e nazionale e delle azioni da svolgere per l'attuazione degli obiettivi strategici dalla Missione 6 Salute del PNRR. Pertanto, sulla base degli obiettivi di performance ed economico – gestionali definiti per le Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. da parte della Regione Puglia, si ritiene che gli obiettivi generali aziendali di riferimento sono costituiti, in linea di massima, dagli obiettivi vincolanti di mandato e da quelli previsti dal contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale pro – tempore e dagli obiettivi correlati al rispetto dei L.E.A..

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

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

L'Azienda vigilerà sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli obiettivi di output.

CONTENUTI

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

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

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

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

PRINCIPI DI REDAZIONE

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

Trasparenza: l'ASL BT pubblica il Piano della Performance sul proprio sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente"; inoltre il Piano sarà presentato, nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune, nell'ambito di apposite giornate dedicate alla trasparenza, alle associazioni degli utenti e alle organizzazioni sindacali.

Immediata intellegibilità: al fine di garantire facilità di comprensione agli stakeholders esterni (istituzioni, utenti, cittadini, associazioni di categoria, ecc.) il Piano viene proposto in forma schematica.

Veridicità e verificabilità: Per ciascun indicatore di misurazione e di valutazione della performance individuato nel Piano, viene indicato la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tutti tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi, e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni o eventi straordinari. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico-amministrativo, dirigenti e strutture) e i loro ruoli.

Partecipazione. Il Piano viene definito attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente nonché attraverso l'interazione con gli stakeholders esterni, dei quali vengono individuate, raccolte e recepite aspettative ed attese, al fine di favorire la promozione partecipativa, le pari opportunità ed il miglioramento del benessere organizzativo nonché gli esiti attesi dell'attività assistenziale erogata.

Coerenza interna ed esterna. Al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interne).

Orizzonte pluriennale. L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento consente il confronto degli anni del Piano con la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10, comma 1 lettera b), del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii., che evidenzia a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali conseguiti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse disponibili, con la rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato.

Il Contesto Nazionale

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

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

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

Obiettivo del legislatore è, attraverso questi strumenti, quello di garantire la sostenibilità del sistema sanitario in un periodo storico nel quale tutti i sistemi di welfare risentono della riduzione di risorse e finanziamenti, attraverso un processo di revisione della spesa che utilizzi un sistema di monitoraggio omogeneo per tutte le regioni rispetto ad un comune sistema di indicatori (di struttura, di organizzazione e di funzionamento) accettato da tutte le Regioni. Questa intesa presuppone quindi

la partecipazione del sistema sanitario della Regione Puglia, consapevole, misurabile e misurata, al processo di uniformazione tendenziale agli standard definiti, e comporta la conseguente adozione di provvedimenti regionali cogenti per le Aziende sanitarie.

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

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

Il Contesto Regionale

Con Deliberazione di G.R. n. 1558 del 13 novembre 2023, sono stati definiti gli obiettivi per l'anno 2023 e 2024. Nelle more della definizione dei nuovi obiettivi per l'anno 2025, sono stati provvisoriamente confermati gli obiettivi già presenti nella citata deliberazione, sostanzialmente in linea con quelli fissati con DGR 684/2022 per l'anno 2022, riguardano nello specifico:

Macro-Area Obiettivi Assistenza Ospedaliera n. 13 obiettivi in cui l'attenzione è posta in particolare sugli indicatori di attività (Degenza Media Pre-Operatoria, Appropriatezza Chirurgica, Inappropriatezza ecc.) e obiettivi correlati al n. di interventi per tumore maligno alla mammella, Fratture del collo del femore operate entro 2 gg, riduzione dei parti cesarei, interventi colon, rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni previsti dal PNGLA ecc.

Macro-Area Obiettivi Assistenza Territoriale n.6 obiettivi in cui l'attenzione è posta in particolare sugli indicatori relativi all'incremento dell'assistenza domiciliare, tempi di intervento del 118, rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni previsti dal PNGLA, ricoveri ripetuti in psichiatria, tasso di ospedalizzazione per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.

Macro-Area Obiettivi Rischio Clinico n. 3 obiettivi in cui si pone particolare attenzione al rispetto delle raccomandazioni attraverso audit semestrali, al monitoraggio degli eventi avversi e alla costituzione di Board aziendali dedicati alla sicurezza.

Macro-Area Obiettivi Prevenzione n. 20 obiettivi in cui si pone particolare attenzione sulle vaccinazioni, screening, e sui controlli ispettivi.

Macro-Area Obiettivi Assistenza Farmaceutica n. 4 obiettivi in cui si pone particolare attenzione sulle spesa farmaceutica diretta e convenzionata, e sul consumo di dispositivi.

Macro-Area Obiettivi Aspetti Economici Finanziari e Controllo di Gestione n. 6 obiettivi in cui si pone particolare attenzione sui tempi di pagamento, sull'implementazione del nuovo sistema MOSS e di sistemi di Contabilità Analitica.

Macro-Area Obiettivi Sanità Digitale n. 7 obiettivi in cui si pone particolare attenzione su aspetti che riguardano la Digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e sulla Digitalizzazione della Cartella Clinica oltre al monitoraggio dei Flussi.

Macro-Area Investimenti Strutturali n. 3 obiettivi in cui si pone particolare attenzione sul rispetto degli obblighi previsti dai finanziamenti PNRR e FESR.

Macro Area Assistenza Residenziale e Semiresidenziale n. 3 obiettivi in cui si pone particolare attenzione ai trattamenti socio-sanitari della popolazione anziana e al trattamento dei pazienti oncologici oltre al monitoraggio relativo alla sottoscrizione dei contratti.

Macro Area Rapporti con gli erogatori privati n. 2 obiettivi in cui si pone particolare attenzione alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria privata e alla sottoscrizione dei contratti con erogatori privati.

Macro Area Accreditamento strutture pubbliche n. 1 obiettivo in cui si pone particolare attenzione al processo di certificazione delle strutture pubbliche.

Macro Area Medicina di Genere n. 1 obiettivo in cui si pone particolare attenzione al processo formativo per operatori in medicina di genere.

E' di tutta evidenza che tale indicazione vincolante della Giunta Regionale assume una rilevanza strategica prioritaria, aggiuntiva rispetto al mandato vincolante già conferito al Direttore Generale con

l'atto di nomina. Pertanto l'Azienda deve attuare radicali modifiche dei tradizionali sistemi organizzativi ed operativi al fine di rendere raggiungibile l'obiettivo. Peraltro, il processo di revisione della spesa deve essere contestuale alla ricerca di ulteriori soluzioni nei seguenti ambiti, quali ad esempio:

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

La Regione Puglia, inoltre, con Regolamento n. 14/2020 ha aggiornato i criteri di riordino e potenziamento della rete ospedaliera e con Regolamento Regionale n. 7/2019 ha definito il modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza/Presidi Post Acuzie.

Con tali provvedimenti la Regione Puglia ha sostanzialmente inteso:

- classificare le strutture ospedaliere in P.O. di base, di I livello e di II livello, secondo gli standard fissati in merito alla distribuzione delle specialità per bacini di popolazione, quindi secondo criteri di carattere epidemiologico e di accessibilità alle cure per la popolazione;
- implementare l'organizzazione della rete ospedaliera applicando il modello hub e spoke alle reti assistenziali per patologia, tra le quali soprattutto infarto del miocardio, ictus, trauma, emergenza-urgenza e quelle cliniche specifiche;
- potenziare l'offerta di assistenza territoriale attraverso la riconversione di strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza, all'interno dei quali allocare anche una nuova offerta di residenzialità sanitaria di tipo intermedio, per le persone gravemente non autosufficienti e affette da patologie croniche;

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

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

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

Dimensione strategica della ASL BT

Per poter definire il Piano della Performance aziendale 2024-2026, risulta decisivo per la ASL BT individuare il proprio spazio strategico all'interno dei principali fattori di contesto, sia interni che esterni all'Azienda, onde poter assumere le proprie scelte strategiche ed orientare tutte le aree di funzionamento e di produzione verso obiettivi di performance per il medio-lungo periodo.

Analisi del contesto interno

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

Al fine di fornire una più completa rappresentazione dell'Azienda, si riportano nella seguente tabella, i dati relativi alla consistenza del **personale** dell'ASL BT alla data del 31/12/2024 raffrontato al dato del personale al 31/12/2023.

Organico per Contratto e Ruolo al 31/12/2024 vs 31/12/2023

Dirigenza		31/12/2023	31/12/2024	Variazion e	Variazion e %
		Nr.	Nr.	Nr.	%
	Sanitario	851	842	-9	-1,06%
	Amministrativo	26	25	-1	-3,85%
	Professionale	5	4	-1	-20,00%
	Tecnico	3	3	0	0,00%
Dirigenza Totale		885	874	-11	-1,24%

Comparto		31/12/2023	31/12/2024	Variazion e	Variazion e %
		Nr.	Nr.	Nr.	%
	Sanitario	2062	2058	-4	-0,19%
	Amministrativo	310	296	-14	-4,52%
	Professionale	4	4	0	0,00%
	Tecnico	238	221	-17	-7,14%
	Socio Sanitario	417	406	-11	-2,64%
Comparto Totale		3031	2985	-46	-1,52%

Totale Personale		3916	3859	-57	-1,46%
------------------	--	------	------	-----	--------

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

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

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

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

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

Sono tutt'ora in corso di adozione i documenti contabili relativi al 4° trimestre 2024 e Bilancio preventivo 2025-2027 le cui scadenze sono state individuate rispettivamente al 3 febbraio 2025 (CE 4° trimestre) e 15 febbraio 2025 per il bilancio preventivo 2025 e pluriennale 2025-2027.

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

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

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

ASSISTENZA OSPEDALIERA

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

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

Presidio/Plesso Ospedaliero	Classificazione D.M. 70/2015	Totale Dotazione P.L. da Piano di Riordino Ospedaliero	Totale P.L. per attività Anno 2024 (*)
Andria	Ospedale I Livello	224 posti letto	150 posti letto
Canosa di Puglia	Plesso Post Acuzie	60 posti letto	36 posti letto
Barletta	Ospedale I livello	305 posti letto	211 posti letto
Bisceglie	Ospedale di Base	182 posti letto	104 posti letto

(*) Mod. HSP 22 Bis dati provvisori pre-consuntivo 2023

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

"Con deliberazione n.1666 del 23/09/2019 l'ASL BT indiceva una gara d'appalto per l'affidamento dei servizi tecnici di architettura ed ingegneria propedeutici alla realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria.

A seguito dell'espletamento del procedimento di gara, con deliberazione n.1892 del 26/10/2020, l'ASL BT aggiudicava il servizio di progettazione al raggruppamento temporaneo di professionisti costituito da: Binini Partners s.r.l. (capogruppo) a tutt'oggi il raggruppamento temporaneo di professionisti, incaricato della progettazione, sta completando il progetto definitivo che dovrebbe essere consegnato all'Organismo di controllo accreditato – CAB dell'ASSET – per le operazioni di verifica ai fini della validazione del progetto da parte del RUP.

Il nuovo ospedale sarà di II livello con una dotazione di 400 posti letto, sarà dotato di 12 sale operatorie, Radiologia e diagnostica con 4 sale RX, 4 sale ECO, 2 sale TAC, 2 sale RMN, 1 sala Ortopantomografica, 1 sala Mammografica, 30 ambulatori; Pronto soccorso con 20 posti di medicina d'urgenza, 10 di sub-intensiva, 20 di OBI, e un'area diagnostica dedicata; avrà un blocco parto dotato di 3 sale travaglio, 1 sala operatoria e 1 sala per parto in acqua; Oltre ad altre unità funzionali sanitarie, quale Dialisi, Piastra endoscopica, Laboratorio di analisi, Centro prelievi e trasfusionale e Anatomia patologica".

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

Con deliberazione n.760 del 05/05/2023 è stata indetta la procedura di gara per l'affidamento dei servizi tecnici di architettura ed ingegneria propedeutici alla realizzazione del Nuovo Ospedale del Nord Barese.

Con deliberazione n.1656 del 12/10/2023, è stato aggiudicato il servizio di progettazione al raggruppamento temporaneo di professionisti costituito da: MANENS S.p.A. (capogruppo).

In data 01/02/2024 è stato stipulato il contratto con RTP con capogruppo la società MANENS S.p.A. (capogruppo).

A tutt'oggi il raggruppamento temporaneo di professionisti, incaricato della progettazione, sta completando il PFTE.

Si sta inoltre provvedendo a trasmettere gli elaborati progettuali all'Organismo di controllo accreditato – CAB dell'ASSET – per le operazioni di verifica ai fini della validazione del progetto da parte del RUP. Il nuovo ospedale, il cui piano clinico gestionale e dimensionamento è stato approvato dalla Regione Puglia con verbale del 06/04/2004, prevede la realizzazione di un ospedale di I livello con le seguenti dotazioni:

Posti letto (degenze) totali 268 suddivisi in:

- 42 nell'area funzionale materno infantile
- 10 nell'area funzionale emergenza urgenza (Pronto soccorso);
- 5 nell'area interventistica;
- 14 nell'area di Terapia Intensiva;
- 73 nell'area funzionale chirurgica;
- 78 nell'area funzionale medica;
- 24 degenze area funzionale medica;
- 16 nell'area funzionale psichiatrica;
- 6 nell'area funzionale post acuzie.

Saranno inoltre presenti:

- 11 sale di diagnostica
- n. 1 Blocco operatorio e interventistico con:
 - N. 1 Blocco parto
 - N. 1 Pronto soccorso con:
 - N. 1 Blocco ambulatoriale con 24 ambulatori specialistici;
- Centro prelievi e trasfusionale;
- Laboratorio di analisi;
- Area per personale e servizi generale (uffici amministrativi, cucina, mensa, spogliatoi, magazzini, servizio mortuario).

TERRITORIO E CONTINUITA' DELLE CURE

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

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

- ❖ **Distretto n. 1 -Margherita di Savoia-San Ferdinando di Puglia-Trinitapoli**
- ❖ **Distretto n. 2- Andria**

- ❖ **Distretto n. 3- Canosa di Puglia-Minervino-Spinazzola**
- ❖ **Distretto n. 4- Barletta**
- ❖ **Distretto n. 5- Trani-Bisceglie**

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

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

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

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

PREVENZIONE

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

FARMACEUTICA

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

Analisi del contesto esterno

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

1. fornire una visione integrata della situazione in cui l'amministrazione va ad operare;

2. stimare preliminarmente le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nella attuazione delle strategie che si intendono realizzare;
3. verificare i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento;
4. verificare i punti di forza e i punti di debolezza che caratterizzano la propria organizzazione rispetto alle strategie da realizzare.

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

La rappresentazione grafica mostra che la popolazione della Provincia BT al 01.01.2024 ammonta a **377.929 residenti**, di cui **186.733** maschi e **191.196** femmine.

Popolazione Istat al 01 gennaio 2024

Provincia: Barletta-Andria-Trani				
Codice comune	Comune	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
110001	Andria	47.804	49.137	96.941
110002	Barletta	45.741	46.624	92.365
110003	Bisceglie	26.447	27.089	53.536
110004	Canosa di Puglia	13.730	13.971	27.701
110005	Margherita di Savoia	5.457	5.697	11.154
110006	Minervino Murge	3.962	4.088	8.050
110007	San Ferdinando di Puglia	6.837	6.788	13.625
110008	Spinazzola	2.881	3.013	5.894
110009	Trani	27.163	27.785	54.948
110010	Trinitapoli	6.711	7.004	13.715
Totale		186.733	191.196	377.929

Popolazione Istat al 01 gennaio 2024 suddivisa per Distretto e Fascia di età

ETA'	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	TOTALE ASL
0-4	1.500	3.901	1.255	3.473	3.816	13.945
5-14	3.622	9.251	3.299	8.373	9.797	34.342
15-44 (M)	6.723	17.688	7.073	16.447	18.814	66.745
15-44 (F)	6.493	17.242	6.581	16.035	18.177	64.528
45-64	11.504	29.532	13.228	28.304	34.152	116.720
65-74	4.265	10.027	5.140	9.981	12.390	41.803
75 e oltre	4.387	9.300	5.069	9.752	11.338	39.846
Totale	38.494	96.941	41.645	92.365	108.484	377.929

Percentuale Popolazione Istat al 01 gennaio 2024 suddivisa per Distretto e Fascia di età

ETA'	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	TOTALE ASL
0-4	3,90%	4,02%	3,01%	3,76%	3,52%	3,69%
5-14	9,41%	9,54%	7,92%	9,07%	9,03%	9,09%
15-44 (M)	17,47%	18,25%	16,98%	17,81%	17,34%	17,66%
15-44 (F)	16,87%	17,79%	15,80%	17,36%	16,76%	17,07%
45-64	29,89%	30,46%	31,76%	30,64%	31,48%	30,88%
65-74	11,08%	10,34%	12,34%	10,81%	11,42%	11,06%
75 e oltre	11,40%	9,59%	12,17%	10,56%	10,45%	10,54%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anno	0-4	5-14	15-44 (M)	15-44 (F)	45-64	65-74	75 e oltre	Totale
2011	19.995	44.887	83.506	81.653	99.789	33.377	29.656	392.863
2012	19.389	44.440	81.975	80.035	101.503	34.625	29.803	391.770
2013	18.729	43.994	81.087	79.149	103.279	35.504	30.704	392.446
2014	18.144	43.591	80.100	78.317	105.073	36.853	31.691	393.769
2015	17.684	42.888	79.290	77.232	106.998	37.596	32.699	394.387
2016	16.936	42.006	78.138	76.107	108.558	38.057	33.732	393.534
2017	16.486	41.136	76.634	74.706	110.256	38.854	34.474	392.546
2018	16.207	39.984	75.448	73.424	111.809	39.260	35.092	391.224
2019	15.915	38.858	74.257	72.177	113.281	39.883	35.640	390.011
2020	15.221	37.713	71.987	69.853	113.744	40.502	35.781	384.801
2021	15.016	36.889	69.784	67.863	113.971	41.328	36.240	381.091
2022	14.634	36.083	68.951	66.802	115.570	41.266	37.310	380.616
2023	14.244	35.168	67.906	65.728	116.314	41.735	38.414	379.509
2024	13.945	34.342	66.745	64.528	116.720	41.803	39.846	377.929

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

Il rapporto con gli Stakeholder

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La ASL BT in cifre – Dati di attività

Rete Ospedaliera e Ambulatoriale

Nelle tabelle di seguito riportate si evidenziano i dati relativi all'attività ospedaliera dell'ASL BT. In particolari è stato estratto il numero dei ricoveri complessivi, sia in regime ordinario che in day hospital, riferito agli anni 2023 e 2022, atteso che non risultano ancora disponibili i dati definitivi riferiti all'anno 2024.

Di seguito si riportano i principali dati di attività relativi al 2023, concernenti l'assistenza ospedaliera, confrontati con quelli dell'esercizio 2022. I dati non includono quelli dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, evidenziati nel paragrafo dedicato al Dipartimento di Salute Mentale.

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

Anno 2023

Presidio	Posti letto	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	36	483	9.269	19,2	70,5	1,09
P.O. Andria	148	8.586	47.393	5,5	87,7	1,45
P.O. Bisceglie	99	4.076	28.222	6,9	78,3	1,06
P.O. Barletta	191	8.894	65.009	7,3	93,2	1,15
TOTALI	474	22.039	149.893	6,8	86,7	1,25

Anno 2022

Presidio	Posti letto (*)	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	30	389	7.161	18,4	65,4	1,14
P.O. Andria	154	8.139	46.133	5,7	82,1	1,41
P.O. Bisceglie	81	2.052	19.592	9,5	66,3	1,40
P.O. Barletta	198	8.381	61.801	7,4	85,5	1,10
TOTALI	463	18.961	134.687	7,1	79,7	1,27

Differenza 2023 vs. 2022

Presidio	Posti letto	Ricoveri ordinari	gg. degenza	Degenza media	% utilizzo p.l.	Peso medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	6	94	2.108	0,8		-0,05
P.O. Andria	-6	447	1.260	-0,1		0,04
P.O. Bisceglie	18	2.024	8.630	-2,6		-0,34
P.O. Barletta	-7	513	3.208	-0,1		0,05
TOTALI	11	3.078	15.206	-0,3	7,0	-0,02

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

Anno 2023

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	0	0	0	0,0	0,00
P.O. Andria	7	36	75	2,1	0,73
P.O. Bisceglie	2	264	481	0,0	0,48
P.O. Barletta	20	916	2.286	2,5	0,65
TOTALI	29	1.216	2.842	2,3	0,61

Anno 2022

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	0	0	0	0,0	0,00
P.O. Andria	5	20	46	2,3	0,65
P.O. Bisceglie	0			0,0	0,00
P.O. Barletta	20	906	2.302	2,5	0,60
TOTALI	25	926	2.348	2,5	0,60

Differenza 2023 vs. 2022

Presidio	Posti letto	Ricoveri d.h.	Accessi	Accessi medi	Peso medio
P.O. Andria - Plesso di Canosa	0	0	0	0	0
P.O. Andria	7	36	75	2,1	0,08
P.O. Bisceglie	-3	244	435	-2,3	0,48
P.O. Barletta	20	916	2.286	2,5	0,04
TOTALI	4	290	494	-0,2	0,01

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ricov. ord.	33.346	30.387	29.909	28.732	27.734	26.910	24.969	18.736	17.777	18.961	22.039
Ricov. diurni	8.451	5.394	2.836	2.336	2.688	2.076	1.136	787	755	926	1.216
Totale	41.797	35.781	32.745	31.068	30.422	28.986	26.105	19.523	18.532	19.887	23.255

Dal confronto dei dati informativi di Edotto Gestionale rilevati per gli anni 2023 e 2022 si evidenzia un incremento dei casi trattati in regime di ricovero ordinario, pari a 16,2%, attribuibile principalmente alla ripresa dei ricoveri programmati e al recupero delle liste di attesa.

Analogo effetto si registra anche sull'attività in regime di Day Hospital/ Day Surgery, congiuntamente all'implementazione del "setting" assistenziale denominato "Day Service", le cui risultanze sono riportate nelle tabelle relative all'attività ambulatoriale. Il "Day Service" consiste in pacchetti di prestazioni ambulatoriali effettuabili in più accessi, ai fini diagnostici e/o terapeutici; tutto ciò ha, di fatto, trasformato, attraverso un percorso virtuoso, un consistente numero di ricoveri in pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse.

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

Tab MDC per sesso

								2023-2022		
		2023			2022			Diff. %		
MDC	DESC	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
1	malattie e disturbi del sistema nervoso	873	713	1.586	816	627	1.443	7,0%	13,7%	9,9%
2	malattie e disturbi dell'occhio	111	93	204	97	81	178	14,4%	14,8%	14,6%
3	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	302	190	492	232	120	352	30,2%	58,3%	39,8%
4	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.381	1.076	2.457	1.435	1.059	2.494	-3,8%	1,6%	-1,5%
5	malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	1.944	1.122	3.066	1.592	931	2.523	22,1%	20,5%	21,5%
6	malattie e disturbi dell'apparato digerente	1.581	909	2.490	1.265	749	2.014	25,0%	21,4%	23,6%
7	malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	524	563	1.087	478	424	902	9,6%	32,8%	20,5%
8	malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.093	1.535	2.628	1.056	1.448	2.504	3,5%	6,0%	5,0%
9	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	143	236	379	100	242	342	43,0%	-2,5%	10,8%
10	malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	375	442	817	392	473	865	-4,3%	-6,6%	-5,5%
11	malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	839	445	1.284	697	427	1.124	20,4%	4,2%	14,2%
12	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	494		494	226		226	118,6%		118,6%
13	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile		506	506		318	318		59,1%	59,1%
14	gravidanza, parto e puerperio		2.451	2.451		2.003	2.003		22,4%	22,4%
15	malattie e disturbi del periodo neonatale	827	759	1.586	669	649	1.318	23,6%	16,9%	20,3%
16	malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	50	65	115	49	63	112	2,0%	3,2%	2,7%
17	malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	244	221	465	201	230	431	21,4%	-3,9%	7,9%
18	malattie infettive e parassitarie(sistemiche o di sedi non specificate)	869	762	1.631	620	557	1.177	40,2%	36,8%	38,6%
19	malattie e disturbi mentali	319	183	502	279	187	466	14,3%	-2,1%	7,7%
20	abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	48	8	56	43	9	52	11,6%	-11,1%	7,7%
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	114	70	184	123	71	194	-7,3%	-1,4%	-5,2%
23	fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	212	218	430	188	226	414	12,8%	-3,5%	3,9%
24	traumatismi multipli rilevanti	33	21	54	41	16	57	-19,5%	31,3%	-5,3%
25	infezioni da h.i.v.	10	4	14	6	2	8	66,7%	100,0%	75,0%
NA	DRG NON CLASSIFICABILI	165	90	255	143	85	228	15,4%	5,9%	11,8%
Totale complessivo (Pubblico + Privato Accreditato)		12.551	12.682	25.233	10.748	10.997	21.745	16,8%	15,3%	16,0%

La tabella evidenzia una leggera prevalenza dell'ospedalizzazione (Pubblica e Privata Accreditata) delle donne, rispetto agli uomini, con un incremento complessivo dei ricoveri effettuati nell'anno 2023 pari al 16%. Le maggiori patologie trattate non considerando gravidanza, parto e puerperio (MDC 14) e malattie del periodo neonatale (MDC 15), hanno riguardato prevalentemente, malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (MDC 5) n. 3.066 episodi di ricovero, malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (MDC 8) n.2.628 episodi di ricovero, malattie e disturbi dell'apparato digerente (MDC 6) n. 2.490 episodi di ricovero e malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (MDC 4) n.2.457 episodi di ricovero;

Al fine di poter valutare i volumi di produzione e i principali indicatori di attività, attraverso un confronto con le restanti Asl pugliesi, si è proceduto ad incrociare le risultanze del 2024 con il dato anno 2019 (Pre COVID), raffrontando per disciplina, le risultanze delle singole Unità Operative con il dato medio delle restanti asl Pugliesi. Si riportano di seguito le risultanze emerse.

Una prima analisi effettuata ha riguardato i volumi di produzione, in termini economici, ed in particolare la variazione % registrata a tutto **settembre 2024** raffrontata al medesimo periodo del 2019 (Anno di riferimento pre-covid) (**Fonte Sistema Informativo Direzionale DISAR al 23 gennaio 2025 Dato Non consolidato**).

DISCIPLINE CHIRURGICHE: Confronto con la media regionale delle restanti Asl

Come si evince dalla lettura del seguente report, in Regione Puglia si registra una **riduzione media a livello regionale** rispettivamente del **-9.8% del valore dei ricoveri** e del **-11.8% del valore delle prestazioni ambulatoriali e day service**. **Diversamente, per l'Asl Bt** si registra in controtendenza rispetto alla media regionale, un incremento del **11.3 % del valore dei ricoveri e del 42 % del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**. Alla luce di quanto evidenziato in termini di volumi si può pertanto affermare che l'attività chirurgica di ricovero è riuscita a recuperare il gap dei precedenti anni dovuti alla pandemia, sebbene tale incremento di attività non si traduca anche in abbattimento delle liste di attesa stante la domanda crescente di prestazioni.

Si riporta di seguito il report per singola disciplina:

Asl Regione Puglia Esclusa Asl BT

DISCIPLINA	Asl Regione Puglia Esclusa BT 2019		Asl Regione Puglia Esclusa BT 2024		Asl Regione Esclusa BT 2024/2019 Var %	
	Ricoveri	Specialistiche	Ricoveri	Specialistiche	Ricoveri	Specialistiche
09 - chirurgia generale	52.591.909,84	7.506.699,28	46.905.582,00	5.858.855,59	-10,8%	-22,0%
30 - neurochirurgia	13.773.930,40	550.524,15	9.645.777,00	1.934.445,71	-30,0%	251,4%
34 - oculistica	2.398.172,26	23.027.836,53	1.704.953,00	19.228.861,87	-28,9%	-16,5%
36 - ortopedia e traumatologia	56.193.690,07	8.484.266,81	55.249.537,95	7.643.951,56	-1,7%	-9,9%
37 - ostetricia e ginecologia	32.679.053,36	6.260.743,73	26.365.226,00	6.799.866,57	-19,3%	8,6%
38 - otorinolaringoiatria	7.332.179,54	2.768,30	6.444.614,50	929,64	-12,1%	-66,4%
43 - urologia	15.618.571,74	4.520.196,48	16.569.467,00	2.929.645,55	6,1%	-35,2%
	180.587.507	50.353.035	162.885.157	44.396.556	-9,8%	-11,8%

Nel report che segue, con riferimento a ciascuna disciplina, nelle ultime due colonne è possibile verificare in verde le strutture che hanno avuto nel 2024 sul 2019, una variazione %, migliore di quella registrata nelle medesime discipline dalle restanti asl pugliesi, ed in rosso le strutture che registrano un peggioramento.

	Asl Regione Esclusa BT 2024/2019 Var %		Asl BT 2019		Asl BT 2024		Asl BT 2024/2019 Var %		Performance Rispetto Alla Media Delle Restanti Asl Regionali	
DISCIPLINA	Ricov	Specialis tica	Ricoveri	Specialistic	Ricoveri	Specialistic	Ricov	Specialisti ca	Ricoveri	Specialist
09 - chirurgia generale	-10,8%	-22,0%	7.620.232,24	1.089.138,79	9.085.930,00	1.919.659,40	19,2%	76,3%	Migliore	Migliore
30 - neurochirurgia	-30,0%	251,4%	3.142.895,70	57.502,20	3.422.925,00	491.454,69	8,9%	754,7%	Migliore	Migliore
34 - oculistica	-28,9%	-16,5%	190.683,56	1.718.296,06	175.405,00	1.904.489,30	-8,0%	10,8%	Migliore	Migliore
36 - ortopedia e traumatologia	-1,7%	-9,9%	7.509.776,61	1.354.747,40	7.659.670,10	1.544.161,39	2,0%	14,0%	Migliore	Migliore
37 - ostetricia e ginecologia	-19,3%	8,6%	4.090.895,10	629.759,72	2.819.090,50	1.010.906,59	-31,1%	60,5%	Peggior	Migliore
38 - otorinolaringoiatria	-12,1%	-66,4%	2.378.058,90	0,00	2.233.114,00	0,00	-6,1%		Migliore	Migliore
43 - urologia	6,1%	-35,2%	1.339.023,00	513.949,67	3.836.524,00	742.854,29	186,5%	44,5%	Migliore	Migliore
	-9,8%	-11,8%	26.271.565	5.363.394	29.232.659	7.613.526	11,3%	42,0%	Migliore	Migliore

DISCIPLINE MEDICHE: Confronto con la media regionale delle restanti Asl

Anche per le discipline mediche, si registra un miglioramento dei volumi di produzione rispetto alla media regionale. Nello specifico, a fronte di una **riduzione media a livello regionale** rispettivamente del **-17,4% del valore dei ricoveri** e del **-30,4 % del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**, è possibile evince **per l'Asl Bt un sostanziale riallineamento rispetto ai ricoveri con il 2019 attestandosi la riduzione all' -0.5% registrando di contro un significativo incremento + 28 % del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**.

	Asl Regione Puglia Esclusa BT 2019		Asl Regione Puglia Esclusa BT 2024		Asl Regione Esclusa BT 2024/2019 Var %	
DISCIPLINA	Ricoveri	Specialistic	Ricoveri	Specialistic	Ricov	Specialis tica
08 - cardiologia	51.010.783,28	12.363.005,16	43.693.521,00	8.194.846,94	-14,3%	-33,7%
18 - ematologia	9.808.091,60	1.662.931,14	6.682.873,00	2.508.887,11	-31,9%	50,9%
21 - geriatria	9.026.863,30	100.413,66	7.537.478,00	499.805,62	-16,5%	397,7%
24 - malattie infettive e tropicali	5.712.274,12	138.859,40	5.953.095,00	135.360,63	4,2%	-2,5%
26 - medicina generale	64.160.819,82	5.925.608,30	51.546.440,50	5.247.030,01	-19,7%	-11,5%
29 - nefrologia	12.251.304,58	40.003.054,98	9.316.163,00	21.234.410,14	-24,0%	-46,9%
31 - nido	6.097.105,28	0,00	5.628.495,00	0,00	-7,7%	
32 - neurologia	14.413.718,58	2.326.831,76	10.337.989,00	2.486.818,79	-28,3%	6,9%
39 - pediatria	17.778.182,32	1.136.252,99	12.676.322,00	1.185.038,32	-28,7%	4,3%
40 - psichiatria	5.528.721,94	1.053.926,22	4.827.529,00	336.968,84	-12,7%	-68,0%
49 - terapia intensiva	17.499.422,36	0,00	14.825.449,00	0,00	-15,3%	
50 - unità coronarica	6.454.860,16	0,00	5.512.189,00	0,00	-14,6%	
56 - recupero e riabilitazione funzior	7.444.581,15	2.818.973,28	7.810.661,24	2.909.323,33	4,9%	3,2%
58 - gastroenterologia	4.330.033,02	2.832.364,08	2.726.802,00	3.061.033,25	-37,0%	8,1%
60 - lungodegenti	3.164.730,80	0,00	3.448.891,60	0,00	9,0%	
64 - oncologia	5.927.291,08	5.699.297,93	6.236.151,00	5.129.486,42	5,2%	-10,0%
	240.608.783	76.061.519	198.760.049	52.929.009	-17,4%	-30,4%

DISCIPLINE MEDICHE

	Asl Regione Esclusa BT 2024/2019 Var %		Asl BT 2019		Asl BT 2024		Asl BT 2024/2019 Var %		Performance Rispetto Alla Media Delle Restanti Asl Regionali	
DISCIPLINA	Ricov	Specialistica	Ricoveri	Specialistiche	Ricoveri	Specialistiche	Ricov	Specialistica	Ricoveri	Specialistiche
08 - cardiologia	-14,3%	-33,7%	7.498.364,54	1.418.333,35	7.579.539,00	1.500.320,48	1,1%	5,8%	Migliore	Migliore
18 - ematologia	-31,9%	50,9%	2.002.785,08	232.486,72	2.103.445,00	1.732.008,29	5,0%	645,0%	Migliore	Migliore
21 - geriatria	-16,5%	397,7%	557.877,74	247,92	0,00	7.678,51	-100,0%	2997,2%	Peggior	Migliore
24 - malattie infettive e tropicali	4,2%	-2,5%	1.671.484,66	68.905,00	2.038.280,00	229.690,07	21,9%	233,3%	Migliore	Migliore
26 - medicina generale	-19,7%	-11,5%	7.617.010,80	777.002,17	7.707.124,00	815.760,70	1,2%	5,0%	Migliore	Migliore
29 - nefrologia	-24,0%	-46,9%	2.087.027,60	5.655.287,78	1.479.904,00	5.771.041,19	-29,1%	2,0%	Peggior	Migliore
31 - nido	-7,7%		1.032.514,28	0,00	771.085,00	0,00	-25,3%		Peggior	Peggior
32 - neurologia	-28,3%	6,9%	2.251.949,80	359.362,55	2.720.836,00	656.986,49	20,8%	82,8%	Migliore	Migliore
39 - pediatria	-28,7%	4,3%	2.894.045,84	176.029,74	1.917.731,00	181.823,70	-33,7%	3,3%	Peggior	Peggior
40 - psichiatria	-12,7%	-68,0%	698.942,86	12.696,50	691.520,00	20.821,51	-1,1%	64,0%	Migliore	Migliore
49 - terapia intensiva	-15,3%		3.830.581,86	0,00	3.544.072,00	0,00	-7,5%		Migliore	Peggior
50 - unità coronarica	-14,6%		1.037.846,46	0,00	1.653.932,00	0,00	59,4%		Migliore	Peggior
56 - recupero e riabilitazione funzior	4,9%	3,2%	0,00	313.504,60	267.465,60	517.428,30		65,0%	Migliore	Migliore
58 - gastroenterologia	-37,0%	8,1%	989.615,60	587.406,13	1.580.385,00	625.889,73	59,7%	6,6%	Migliore	Peggior
60 - lungodegenti	9,0%		145.992,00	0,00	572.418,00	0,00	292,1%		Migliore	Peggior
64 - oncologia	5,2%	-10,0%	1.148.806,82	143.287,11	663.942,00	414.279,38	-42,2%	189,1%	Peggior	Migliore
	-17,4%	-30,4%	35.464.846	9.744.550	35.291.679	12.473.728	-0,5%	28,0%	Migliore	Migliore

ALTRE DISCIPLINE

In ultimo per le restanti discipline e con riferimento alla sola attività ambulatoriale, si registra un risultato eccellente se si considera che, a fronte di un decremento **a livello regionale** del **-7% del valore delle prestazioni ambulatoriali e di day service**, si registra **per l'Asl Bt** un incremento del 16,4%. Tutte le discipline sono in miglioramento rispetto alla media delle restanti Asl come evidenziato nel seguente prospetto.

	Asl Regione Puglia Esclusa BT 2019	Asl Regione Puglia Esclusa BT 2024	Asl Regione Esclusa BT		Asl BT 2019	Asl BT 2024	Asl BT 2024/2019 Var %		
DISCIPLINA	Specialistica	Specialistica	Specialistica		Specialistica	Specialistica	Specialistica		Specialistica
12 - chirurgia plastica	2.762.625,64	1.876.498,46	-32,1%		330.194,73	268.881,25	-18,6%		Migliore
14 - chirurgia vascolare	1.788.617,71	1.316.233,00	-26,4%		17.224,21	186.580,92	983,2%		Migliore
19 - malattie endocrine, del ricambio	3.344.592,09	2.394.137,17	-28,4%		304.220,13	345.791,67	13,7%		Migliore
35 - odontoiatria e stomatologia	4.696.727,62	3.573.087,41	-23,9%		882.167,77	873.477,44	-1,0%		Migliore
52 - dermatologia	3.615.716,04	2.371.324,81	-34,4%		267.554,82	295.495,29	10,4%		Migliore
66 - attività di radiodagnostica	47.348.284,75	38.134.058,44	-19,5%		8.114.729,38	7.625.848,11	-6,0%		Migliore
67 - attività di laboratorio	46.702.061,11	55.307.722,01	18,4%		4.455.675,41	5.947.267,71	33,5%		Migliore
68 - pneumologia	2.435.535,62	2.455.497,38	0,8%		443.553,67	951.875,21	114,6%		Migliore
70 - radioterapia	7.213.060,90	6.446.847,89	-10,6%		1.961.002,84	3.163.880,97	61,3%		Migliore
71 - reumatologia	529.365,07	478.246,06	-9,7%		43.948,09	63.287,49	44,0%		Migliore
96 - terapia del dolore	571.011,95	471.622,93	-17,4%		94.601,99	118.037,29	24,8%		Migliore
99 - Altre branche	5.022.229,92	2.425.895,13	-51,7%		399.538,65	316.243,63	-20,8%		Migliore
	126.029.828,42	117.251.170,69	-7,0%		17.314.411,69	20.156.666,98	16,4%		Migliore

In ultimo si riporta una tabella che quantifica il valore delle prestazioni di ricovero e ambulatoriale prodotte da ciascuna Asl rapportato alla popolazione residente, che evidenzia per l'asl bt un dato superiore alla media regionale sia nel 2019 che nel 2024 con un significativo incremento nell'ultimo anno che consente all'Asl BT di attestarsi come fatturato per cittadino residente, prima a livello regionale.

Anno 2019 Gennaio - Settembre					
Asl	Ricoveri	Specialistica	Totale	Popolazione	Produttività Per Residente
160106 - br	87.566.898	41.432.617	128.999.515	385.235	335
160112 - ta	101.698.782	53.545.037	155.243.819	563.995	275
160113 - bt	61.736.411	32.423.574	94.159.985	384.801	245
160114 - ba	109.076.795	67.159.667	176.236.461	1.230.205	143
160115 - fg	37.402.633	28.679.324	66.081.956	606.904	109
160116 - le	142.334.067	61.720.782	204.054.849	782.165	261
	539.815.585	284.961.001	824.776.586	3.953.305	209
Anno 2024 Gennaio - Settembre					
Asl	Ricoveri	Specialistica	Totale	Popolazione	Produttività Per Residente
160106 - br	63.832.772	41.357.281	105.190.053	399.394	263
160112 - ta	86.797.374	46.582.509	133.379.883	550.738	242
160113 - bt	64.547.313	40.251.006	104.798.319	376.799	278
160114 - ba	111.204.650	80.289.136	191.493.786	1.218.867	157
160115 - fg	31.721.715	17.886.716	49.608.430	591.013	84
160116 - le	116.479.778	28.507.949	144.987.726	767.356	189
	474.583.601	254.874.597	729.458.198	3.904.167	187

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

Ultimata l'analisi sul valore della produzione, si riporta di seguito, per singola disciplina, una analisi dei principali indicatori di attività che confronta i primi 9 mesi del 2024 evidenziando altresì, per ciascun indicatore, il posizionamento rispetto alle U.O. afferenti alle restanti Asl Pugliesi.

Degenza media

	1 Deg Media			
STRUTTURA	Asl B	Asl Pug	Asl Bt2	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia	4,01	5,69	3,73	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	7,91	6,29	7,52	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	5,67	11,25	6,98	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	8,14	9,47	8,59	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatalogia	2,94	3,57	2,87	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	8,45	9,11	9,19	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	7,04	7,07	6,90	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	3,15	3,83	3,13	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	4,85	5,01	4,39	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	9,98	13,74	11,75	Migliore della media
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	15,49	31,33	17,06	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	20,50	21,25	19,85	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia	7,09	5,69	5,86	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	7,36	6,29	6,25	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	16,30	14,50	15,97	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	10,40	11,25	11,17	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	9,22	10,36	9,95	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatalogia	3,83	3,57	3,89	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	8,26	9,11	8,26	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	5,54	5,37	5,59	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	6,89	7,07	7,23	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	3,55	3,83	3,62	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	4,52	4,50	5,80	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	7,98	12,52	10,63	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	17,97	13,74	14,19	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	8,04	8,07	9,15	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	6,05	9,67	7,09	Migliore della media
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	5,02	5,64	5,35	Migliore della media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	5,77	6,29	5,34	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	11,91	13,82	12,60	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	3,52	3,83	3,44	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	13,91	11,25	13,88	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	13,92	21,25		Migliore della media
U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatalogia P.O. Bisceglie	3,69	3,57	3,62	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	6,37	7,07	6,73	Migliore della media
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	10,35	13,74	12,13	Migliore della media
Terapia Semiintensiva	15,00	12,45	15,00	Peggior della Media

Valore medio Drg

	2 Valore Drg Medio			
STRUTTURA	Asl Bt	Asl Pugl	Asl Bt2	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia	5.785	4.332	5.192	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	5.548	3.902	4.956	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	4.134	4.007	4.323	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	9.219	7.414	8.970	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia	1.143	1.266	1.178	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	3.816	3.611	4.263	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	5.813	5.362	6.472	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	1.799	1.558	1.780	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	5.215	3.473	5.869	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	14.599	12.979	18.179	Migliore della media
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	3.821	7.045	4.212	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	3.135	3.191	2.997	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia	3.633	4.332	3.217	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	2.823	3.902	2.487	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	13.202	10.222	14.746	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	3.799	4.007	3.754	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	3.381	3.745	3.400	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia	1.421	1.266	1.254	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	3.905	3.611	4.170	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	1.757	1.711	1.865	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	5.672	5.362	5.893	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	1.182	1.558	1.232	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	3.181	2.871	3.388	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	1.637	1.873	1.741	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	18.386	12.979	17.075	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	3.049	3.012	3.132	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	2.568	3.361	3.066	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	3.460	4.351	3.664	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	3.973	3.902	3.323	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	4.598	4.586	5.064	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	1.277	1.558	1.237	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	5.048	4.007	4.187	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	2.144	3.191		Peggior della Media
U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie	1.449	1.266	1.460	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	7.201	5.362	7.226	Migliore della media
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	15.020	12.979	14.236	Migliore della media
Terapia Semiintensiva	5.744	8.513	5.453	Peggior della Media



ASL BT

PugliaSalute

Peso Medio

	3 Peso Medio			
STRUTTURA	Asl	A	As	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia	1,71	1,40	1,62	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	1,61	1,28	1,49	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	1,36	1,29	1,38	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	2,52	2,08	2,43	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia	0,32	0,36	0,31	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	1,20	1,17	1,28	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	1,60	1,53	1,77	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	0,63	0,60	0,62	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	1,61	1,11	1,70	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	4,09	3,67	4,92	Migliore della media
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	0,79	0,87	1,12	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	1,06	1,16	1,00	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia	1,23	1,40	1,14	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	1,05	1,28	0,97	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	3,78	3,21	4,24	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	1,24	1,29	1,24	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	1,07	1,21	1,09	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia	0,42	0,36	0,34	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	1,27	1,17	1,32	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	0,83	0,87	0,84	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	1,59	1,53	1,60	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	0,56	0,60	0,55	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	1,05	1,03	1,10	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	0,69	0,72	0,71	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	4,87	3,67	4,60	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	1,01	1,02	1,02	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	1,11	1,14	1,13	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	1,17	1,39	1,24	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	1,26	1,28	1,13	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	1,46	1,39	1,57	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	0,54	0,60	0,52	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	1,57	1,29	1,34	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	1,58	1,16		Migliore della media
U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie	0,36	0,36	0,34	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	1,83	1,53	1,79	Migliore della media
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	4,08	3,67	3,94	Migliore della media
Terapia Semiintensiva	1,76	2,41	1,73	Peggior della Media

Degenza Post Operatoria

	4 Deg Post Operatoria			
STRUTTURA	Asl B	Asl	Asl Bt	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	6,09	4,30	5,31	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	5,34	6,82	5,66	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	3,95	5,10	4,23	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	3,02	3,00	2,93	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	3,68	3,73	3,40	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	4,07	4,30	4,06	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	3,38	2,24	3,84	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	5,24	5,10	5,36	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	2,82	3,00	3,23	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	3,58	3,57	4,77	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	3,84	4,30	3,26	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	2,93	3,00	2,86	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	5,39	5,10	5,64	Peggior della Media

Appropriatezza chirurgica

Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici

	5 Appropriatezza Chirurgica			
STRUTTURA	Asl B	Asl Pug	Asl Bt	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	26,11	28,43	23,11	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	14,98	33,79	18,09	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	16,06	10,78	9,31	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	57,91	74,01	59,50	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	10,40	23,47	8,78	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	31,85	28,43	30,52	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	31,25	24,88	33,77	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	14,99	10,78	14,44	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	116,54	74,01	119,42	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	22,03	25,36	22,99	Migliore della media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	25,87	28,43	27,00	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	94,32	74,01	94,40	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	5,95	10,78	8,66	Migliore della media

Appropriatezza Drg Lea

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.

	6 Appropriatezza Drg Lea/Drg Totali			
STRUTTURA	Asl Bt	Asl Pug	Asl Bt2	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia	2,49	5,12	1,63	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	8,45	36,84	9,96	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	1,65	6,65	1,10	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	1,94	8,06	3,63	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia	4,99	9,55	1,80	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	6,27	11,49	3,49	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	8,73	22,30	3,20	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	2,09	12,39	2,92	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	6,00	20,96	3,14	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	0,00	1,51	0,00	Migliore della media
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	0,00	37,55	0,00	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	14,58	11,30	52,24	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia	5,69	5,12	7,54	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	86,96	36,84	114,26	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	10,92	45,00	4,35	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	0,48	6,65	1,53	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	1,50	2,88	3,30	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia	7,97	9,55	6,48	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	9,11	11,49	4,56	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	447,62	419,69	268,09	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	14,94	22,30	15,53	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	9,24	12,39	16,65	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	14,88	63,12	23,88	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	10,37	9,22	5,79	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	0,00	1,51	0,00	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	13,93	17,62	8,61	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	79,41	22,30	43,16	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	4,53	5,19	4,69	Migliore della media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	31,49	36,84	45,89	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	4,62	6,66	2,64	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	9,30	12,39	11,52	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	0,46	6,65	1,23	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	0,00	11,30	#N/D	Migliore della media
U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie	3,65	9,55	2,16	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	10,04	22,30	15,50	Migliore della media
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	0,00	1,51	0,00	Migliore della media
Terapia Semiintensiva	0,00	0,00	0,00	In linea con la media

Dimissioni Volontarie

	7) Dimissioni Volontarie			
STRUTTURA	Asl B	Asl	Asl Bt	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia	1,52	2,17	1,32	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	5,26	2,44	4,41	Peggior della
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	1,02	3,85	2,41	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	1,27	3,03	2,14	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatalogia	0,49	2,37	0,63	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	2,31	2,10	1,83	Peggior della
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	0,35	1,35	0,65	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	2,06	2,59	0,62	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	1,16	0,94	0,63	Peggior della
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	0,00	0,89	0,00	Migliore della
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	1,43	3,05	1,29	Migliore della
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	0,45	3,06	1,96	Migliore della
S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia	2,23	2,17	3,12	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	3,30	2,44	2,71	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	0,52	1,68	0,46	Migliore della
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	4,96	3,85	4,85	Peggior della
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	3,16	2,61	4,79	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatalogia	2,07	2,37	1,99	Migliore della
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	1,62	2,10	1,71	Migliore della
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	3,57	2,91	3,90	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	2,25	1,35	1,11	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	1,49	2,59	1,16	Migliore della
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	0,24	3,19	0,70	Migliore della
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	22,90	6,61	22,19	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	0,00	0,89	0,00	Migliore della
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	4,55	3,61	4,61	Peggior della
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	1,64	1,76	0,21	Migliore della
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	1,08	1,83	1,57	Migliore della
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	0,35	2,44	0,15	Migliore della
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	1,15	2,75	0,43	Migliore della
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	2,27	2,59	2,24	Migliore della
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	0,92	3,85	2,23	Migliore della
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	0,00	3,06	#N/D	Migliore della
U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatalogia P.O. Bisceglie	2,31	2,37	1,53	Migliore della
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	0,40	1,35	0,00	Migliore della
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	1,14	0,89	1,00	Peggior della
Terapia Semintensiva	0,00	0,00	4,55	In linea con lla

Ricoveri Ripetuti

	8) Ricoveri Ripetuti			
STRUTTURA	Asl E	Asl	Asl Bt	Performance
S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia	0,009	0,012	0,02	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale	0,006	0,007	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	0,033	0,029	0,05	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia	0,011	0,010	0,01	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatalogia	0,002	0,006	0,00	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Neurologia	0,021	0,014	0,01	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia	0,005	0,006	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia	0,007	0,007	0,01	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Andria - Urologia	0,005	0,005	0,00	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione	0,020	0,030	0,01	Migliore della media
U.O.S.V.D. Riabilitazione cardiologica Canosa	0,086	0,088	0,13	Migliore della media
S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna	0,200	0,308	0,16	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia	0,013	0,012	0,02	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale	0,003	0,007	0,00	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia	0,238	0,150	0,24	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna	0,033	0,029	0,05	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Nefrologia e Dialisi	0,063	0,062	0,06	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatalogia	0,013	0,006	0,01	Peggior della Media
S.Comp. Po Barletta - Neurologia	0,016	0,014	0,01	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Oculistica	0,009	0,018	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia	0,004	0,006	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia	0,009	0,007	0,01	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.	0,005	0,007	0,00	Migliore della media
S.Comp. P.O. Barletta - Spdc	0,133	0,110	0,09	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione	0,014	0,030	0,01	Migliore della media
S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia	0,027	0,023	0,01	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia	0,013	0,083	0,04	Migliore della media
U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia	0,030	0,011	0,02	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie	0,003	0,007	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive	0,054	0,035	0,04	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie	0,005	0,007	0,01	Migliore della media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna	0,037	0,029	0,03	Peggior della Media
S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna - Lungodeg	0,880	0,308	#N/D	Peggior della Media
U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatalogia P.O. Bisceglie	0,001	0,006	0,00	Migliore della media
U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie	0,000	0,006	0,00	Migliore della media
U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie	0,045	0,030	0,05	Peggior della Media
Terapia Semiintensiva	0,250	0,032	0,05	Peggior della Media

Nelle tabelle seguenti sono indicati i principali indicatori TREEMAP di Edotto Direzionale relativi al Piano Nazionale Esiti (P.N.E.) di Agenas, che raffrontano le performance relative al 2019 – 2024 (2024 sono ancora dati provvisori).

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

Standard di qualità				
 ≤ 6 Molto Alto	 6 – 8 Alto	 8 – 12 Medio	 12 – 14 Basso	 > 14 Molto Basso
Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Episodi IMA	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	26	363	7,16%
2023	bt (160113)	50	501	9,98%
2022	bt (160113)	56	487	11,50%
2021	bt (160113)	50	432	11,57%
2020	bt (160113)	74	500	14,80%
2019	bt (160113)	50	596	8,39%

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

Standard di qualità				
 ≥ 60 Molto Alto	 45 I– 60 Alto	 35 I– 45 Medio	 25 I– 35 Basso	 < 25 Molto Basso
Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Episodi IMA con PTCA entro 2 GG	N. Episodi IMA	Proporzione IMA trattati con PTCA entro 2 GG
2024	bt (160113)	205	370	55,41%
2023	bt (160113)	231	498	46,39%
2022	bt (160113)	243	483	50,31%
2021	bt (160113)	225	432	52,08%
2020	bt (160113)	228	496	45,97%
2019	bt (160113)	259	593	43,68%



ASL BT

PugliaSalute

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

Cardiocircolatorio



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri SCC	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	18	294	6,12%
2023	bt (160113)	20	388	5,16%
2022	bt (160113)	32	349	9,17%
2021	bt (160113)	20	213	9,39%
2020	bt (160113)	29	359	8,08%
2019	bt (160113)	57	694	8,21%

AREA CLINICA CEREBROVASCOLARE

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

Nervoso



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri Ictus Ischemico	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	25	254	9,84%
2023	bt (160113)	23	321	7,17%
2022	bt (160113)	38	279	13,62%
2021	bt (160113)	40	235	17,02%
2020	bt (160113)	32	215	14,88%
2019	bt (160113)	25	223	11,21%

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

Nervoso



ASL BT

PugliaSalute

Standard di qualità

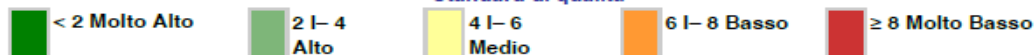


Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri Intervento Craniotomia	Proporzione Decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	2	35	5,71%
2023	bt (160113)	2	45	4,44%
2022	bt (160113)	3	39	7,69%
2021	bt (160113)	2	41	4,88%
2020	bt (160113)	1	28	3,57%
2019	bt (160113)	1	34	2,94%

AREA CLINICA MUSCOLOSCHELETRICA

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

Standard di qualità



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Intervento Tibia Perone	Mediana N. Giorni Attesa Intervento Tibia Perone
2024	bt (160113)	41	5,00
2023	bt (160113)	58	4,00
2022	bt (160113)	55	4,00
2021	bt (160113)	52	4,00
2020	bt (160113)	46	4,00
2019	bt (160113)	48	5,00

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

Standard di qualità

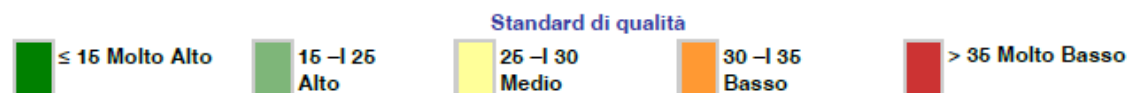


Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Frattura Collo Femore Operati 0-2 GG	N. Ricoveri Diagnosi Frattura Collo Femore	Pazienti Operati Entro 2 Giorni
2024	bt (160113)	226	364	62,09%
2023	bt (160113)	374	505	74,06%
2022	bt (160113)	361	465	77,63%
2021	bt (160113)	309	408	75,74%
2020	bt (160113)	315	450	70,00%
2019	bt (160113)	308	463	66,52%

AREA CLINICA PERINATALE

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

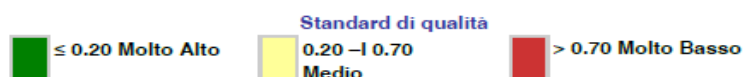
Gravidanza e Parto



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Cesarei Primari	N. Parti No Pregresso Cesareo	% Parti Cesarei Primari
2024	bt (160113)	217	1.029	21,09%
2023	bt (160113)	245	1.256	19,51%
2022	bt (160113)	233	1.052	22,16%
2021	bt (160113)	246	1.146	21,47%
2020	bt (160113)	333	1.344	24,78%
2019	bt (160113)	344	1.718	20,02%

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

Gravidanza e Parto



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Naturali con Complicanze Severe	N. Parti Naturali	% Complicanze Severe entro 42 gg Parto Naturale
2024	bt (160113)	1	653	0,15%
2023	bt (160113)	2	1.022	0,20%
2022	bt (160113)	2	823	0,24%
2021	bt (160113)	2	901	0,22%
2020	bt (160113)	4	1.019	0,39%
2019	bt (160113)	9	1.378	0,65%

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

Gravidanza e Parto



ASL BT

PugliaSalute

Standard di qualità

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

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Parti Cesarei con Complicanze Severe	N. Parti Cesarei	% Complicanze Severe entro 42 gg Parto Cesareo
2024	bt (160113)	1	315	0,32%
2023	bt (160113)	3	511	0,59%
2022	bt (160113)	4	445	0,90%
2021	bt (160113)	1	485	0,21%
2020	bt (160113)	1	594	0,17%
2019	bt (160113)	2	678	0,29%

AREA CLINICA INTERVENTI CHIRURGICI

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

Standard di qualità

 ≥ 80 Molto Alto
  70 – 80 Alto
  60 – 70 Medio
  50 – 60 Basso
  >50 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Intervento Colecistectomia Laparoscopica	N. Ricoveri Intervento Colec.Lapar.Degenza Post-Oper. < 3 GG	% Colecistectomie Lap. con degenza post-operatoria < 3 gg
2024	bt (160113)	220	149	67,73%
2023	bt (160113)	405	282	69,63%
2022	bt (160113)	323	234	72,45%
2021	bt (160113)	167	113	67,66%
2020	bt (160113)	178	98	55,06%
2019	bt (160113)	291	168	57,73%

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



ASL BT

PugliaSalute

Standard di qualità

■ = 100 Molto Alto ■ 80 I- 100 Alto ■ 60 I- 80 Medio ■ 30 I- 50 Basso ■ < 30 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Colectomie Rep > 90 Int. Anno	N. Colectomie	Proporzione Colectomie in Reparti > 90 Interventi Anno
2024	bt (160113)	256	335	76,42%
2023	bt (160113)	546	549	99,46%
2022	bt (160113)	450	456	98,68%
2021	bt (160113)	189	272	69,49%
2020	bt	168	276	60,87%
2019	bt (160113)	306	378	80,96%

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

Chirurgia Oncologica

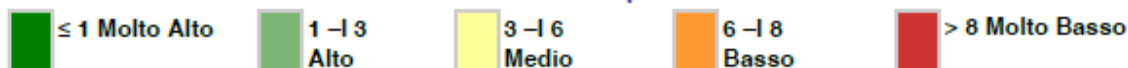
Standard di qualità

■ ≤ 2 Molto Alto ■ 2-4 Alto ■ 4-7 Medio ■ 7-10 Basso ■ > 10 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri TM Gastrico	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	4	14	28,57%
2023	bt (160113)	2	14	14,29%
2022	bt (160113)	3	20	15,00%
2021	bt (160113)	1	21	4,76%
2020	bt (160113)	4	24	16,67%
2019	bt (160113)	0	22	0,00%

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

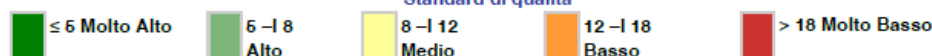
Standard di qualità



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri TM Colon	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	2	73	2,74%
2023	bt (160113)	8	103	7,77%
2022	bt (160113)	6	106	5,66%
2021	bt (160113)	14	94	14,89%
2020	bt (160113)	7	95	7,37%
2019	bt (160113)	9	101	8,91%

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

Standard di qualità



Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Ricoveri Nuovo Interv. Resez. 120 GG	N. Ricoveri Resez. Mammella TM	Proporzione Nuovo Intervento Resezione a 120 GG
2024	bt (160113)	0	40	0,00%
2023	bt (160113)	4	89	4,49%
2022	bt (160113)	2	96	2,08%
2021	bt (160113)	4	91	4,40%
2020	bt (160113)	2	76	2,63%
2019	bt (160113)	2	73	2,74%

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

Standard di qualità

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

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Interventi In Reparti > 135 Interventi Anno	N. Interventi Tumore Mammella	Quota Interventi Eseguiti In Reparti Con Volume Attività > 135
2024	bt (160113)	0	66	0,00%
2023	bt (160113)	0	118	0,00%
2022	bt (160113)	0	134	0,00%
2021	bt (160113)	0	126	0,00%
2020	bt (160113)	0	122	0,00%
2019	bt (160113)	0	125	0,00%

AREA CLINICA RESPIRATORIO

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

Respiratorio

Standard di qualità

 ≤ 6 Molto Alto
  6 |– 7 Alto
  7 |– 12 Medio
  12 |– 16 Basso
  > 16 Molto Basso

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria	N. Decessi 30 GG	N. Ricoveri BPCO Riacutizzata	Proporzione decessi a 30 GG
2024	bt (160113)	33	344	9,59%
2023	bt (160113)	59	500	11,80%
2022	bt (160113)	53	361	14,68%
2021	bt (160113)	64	302	21,19%
2020	bt (160113)	82	358	22,91%
2019	bt (160113)	77	428	17,99%

PIANO NAZIONALE ESITI AGENAS – EDIZIONE 2024

OSPEDALE DI ANDRIA

Aree Cliniche Proporzionali ai Volumi di Attività della Struttura

Ospedale Andria



⚠ Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica

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

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	IMA: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	300	15.78	7.13	×	×	🔍
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti	160	67.31	56.14	×	×	
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	163	7.75	9.63	×	×	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	107	16.32	9.40	×	×	
	Intervento chirurgico per T. cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	116	2.89	2.96	×	×	
RESPIRATORIO	BPCO ricoverata: mortalità a 30 giorni	60	14.58	9.55	×	×	
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	113	73.04	84.74	229	52	
CH. ONCOLOGICA	Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	79	5.36	5.64	⚠ 118	79	
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	111	10.51	3.69	65	21	🔍
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	505	21.31	22.66	613	54	
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	97	1.00	11.57	613	54	🔍
	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	394	29.42	10.54	613	54	🔍
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	232	58.80	56.27	261	54	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	89	3.57	3.12	121	75	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	156	27.12	11.47	×	×	

OSPEDALE DI BARLETTA

Aree Cliniche Proporzionali ai Volumi di Attività della Struttura

Ospedale Barletta - Mons. R. Dimiccoli



⚠ Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica

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

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	IMA: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	84	10.00	7.13			
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	79	5.92	9.63			
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	189	4.17	9.40			
RESPIRATORIO	BPCO ricoverata: mortalità a 30 giorni	196	10.58	9.55			
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	149	74.11	84.74	163	53	
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	58	2.70	3.69	29	10	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	363	18.70	22.66	440	41	
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	33	-	11.57	440	41	
	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	298	6.46	10.54	440	41	
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	269	49.15	56.27	311	74	
	Intervento di protesi di ginocchio: nammissioni a 30 giorni	61	1.65	1.12	88	88	
	Intervento di protesi di anca: nammissioni a 30 giorni	117	8.24	3.12	171	89	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	122	14.46	11.47			

OSPEDALE DI BISCEGLIE

Aree Cliniche Proporzionali ai Volumi di Attività della Struttura

Ospedale Bisceglie

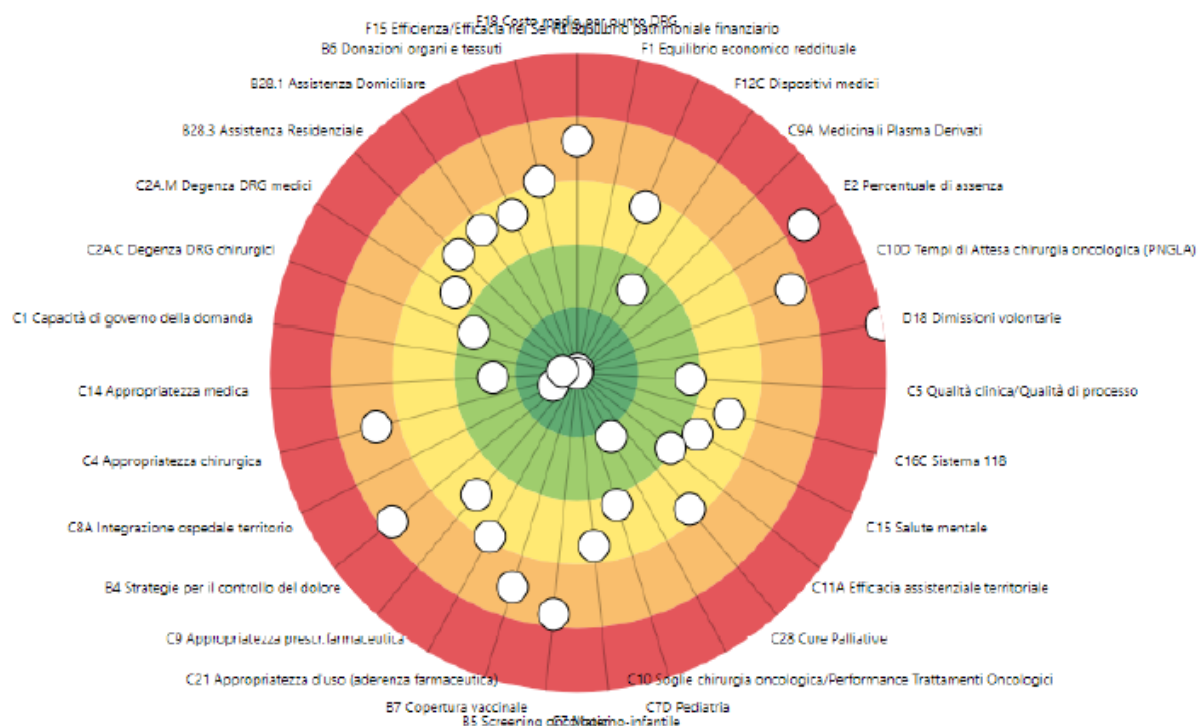


- ⚠ Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica
- ⦿ Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

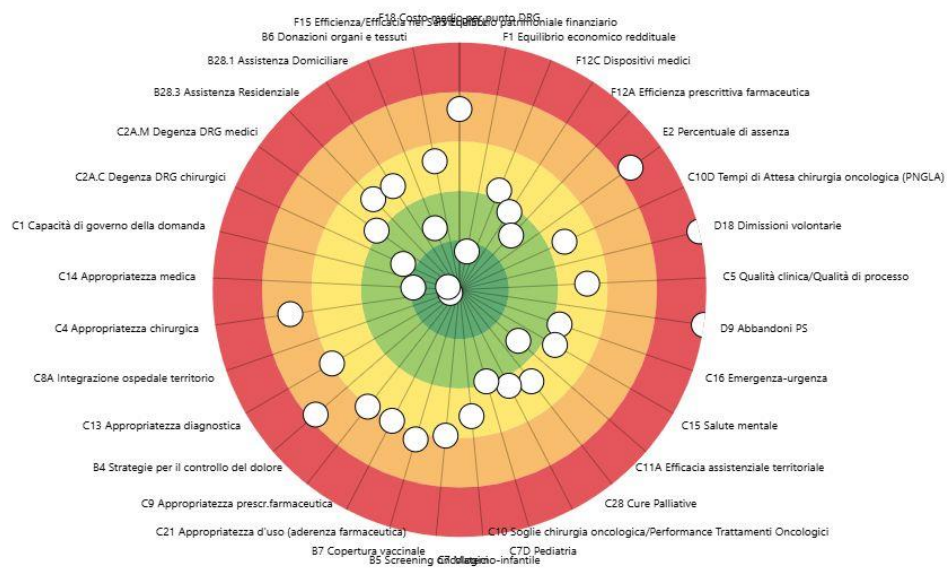
AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	IMA: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	74	9.03	7.13	-	-	-
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	86	8.07	9.63	-	-	-
RESPIRATORIO	BPCO ricattizzata: mortalità a 30 giorni	81	17.32	9.55	-	-	-
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	141	88.74	84.74	157	101	-
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	28	-	3.69	17	11	-
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	414	22.18	22.66	514	43	-
	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	327	12.89	10.54	514	43	-
OSTEOMUSCOLARE	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	77	1.38	1.12	102	73	-
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	43	-	3.12	60	75	-
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	108	11.68	11.47	-	-	-

NETWORK REGIONI S. ANNA PISA– EDIZIONE 2023

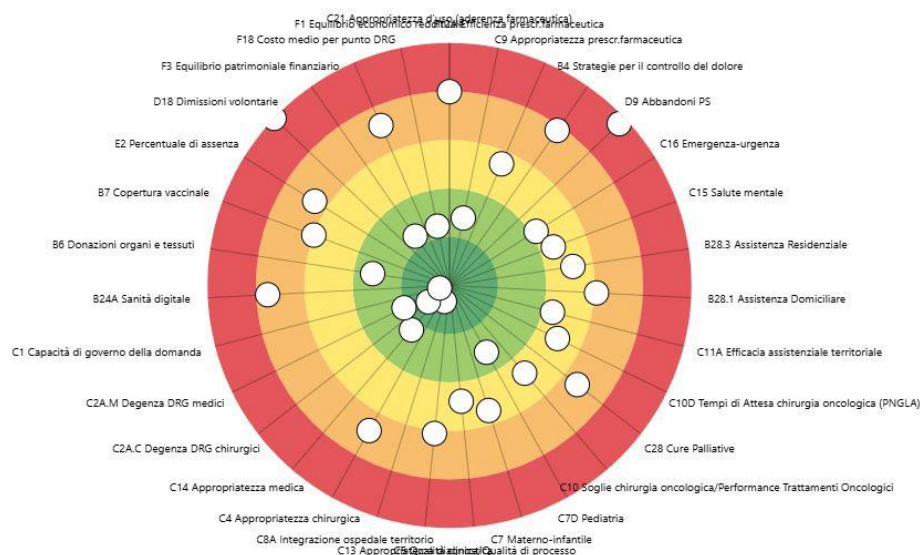
Bersaglio 2023 - Puglia



Bersaglio 2023 - ASL Barletta-Andria-Trani



Bersaglio 2022 - ASL Barletta-Andria-Trani



Dalla lettura comparativa tra il dato regionale e quello della ASL BT emerge che gli indicatori aziendali sono sostanzialmente in linea con quelli medi regionali.

Dalla comparazione degli indicatori ASL BT del 2023 rispetto al 2022 si evidenzia in generale un trend costante.

Nella tabella di seguito riportata, sono invece analizzati volumi e tempi medi di attesa relativi all'attività chirurgia oncologica programmata per classi di priorità "A" e relativa al biennio 2023 – 2024 (n. totale ricoveri chirurgici prevalenti ≥ 5 nel biennio).

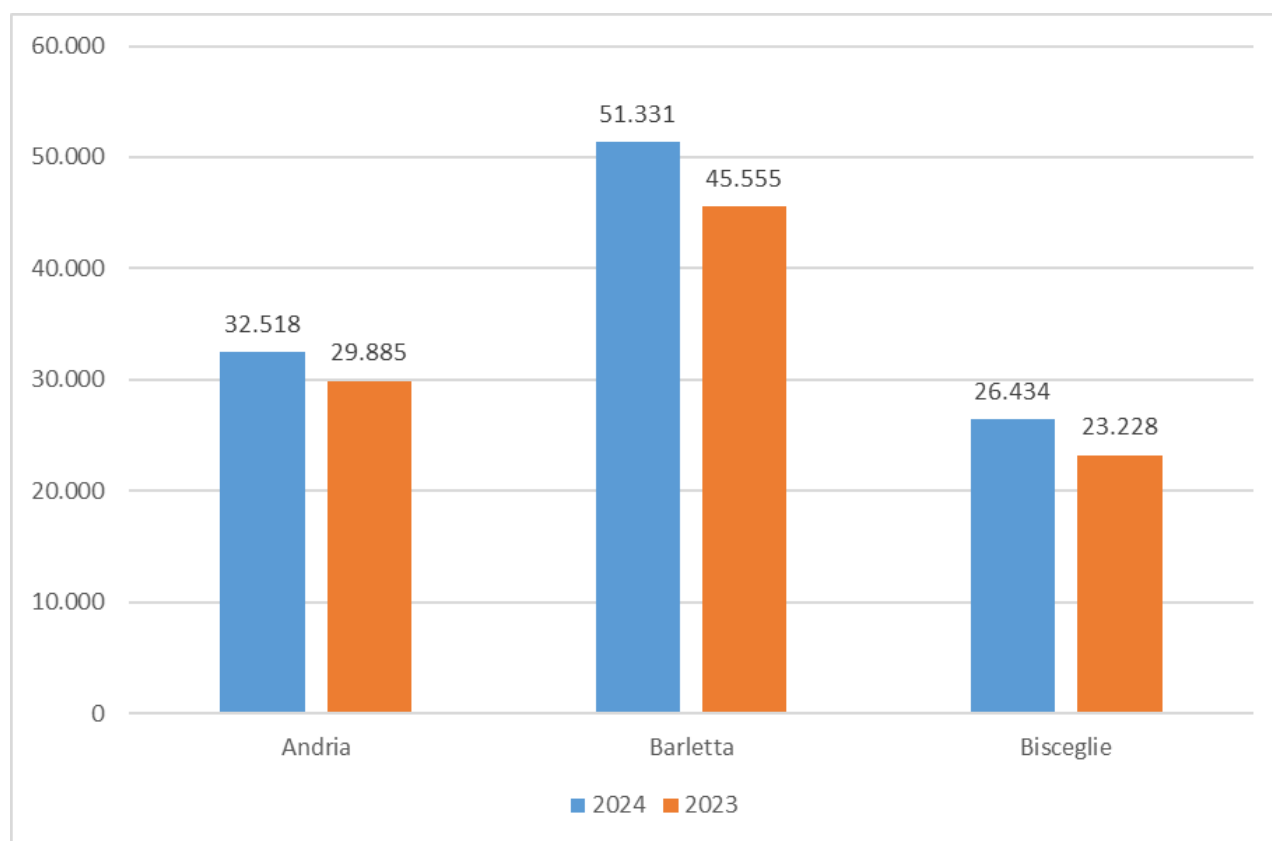
Diagnosi Principale Dimissione	2023 (Consolidato)		2024 (Temporaneo)	
	N. Ricoveri	Media GG liste di Attesa x Ricovero	N. Ricoveri	Media GG liste di Attesa x Ricovero
tumori maligni della prostata (185)	181	52	135	68
tumori maligni di parte non specificata della vescica (1889)	2	140	129	101
tumori maligni della altre sedi specificate della mammella della donna (1748)	28	13	30	12
tumori maligni del rene, eccetto la pelvi (1890)	32	47	25	72
tumori maligni della ghiandola tiroide (193)	6	37	22	37
tumori di comportamento incerto della laringe (2356)	6	26	22	31
tumori maligni del retto (1541)	18	38	19	44
tumori maligni del quadrante supero-esterno della mammella della donna (1744)	34	12	17	18
tumori di comportamento incerto delle ghiandole salivari maggiori (2350)	16	16	16	23
tumori di comportamento incerto della mammella (2383)	15	16	15	28
tumori benigni della ghiandola tiroide (226)			14	21
tumori maligni del colon ascendente (1536)	22	13	14	15
tumori maligni del sigma (1533)	7	50	13	16
tumori maligni della parete laterale della vescica (1882)	135	73	12	85
tumori maligni del quadrante supero-interno della mammella della donna (1742)	21	6	10	13
tumori di comportamento incerto di rene e uretere (23691)	2	31	8	57
tumori maligni del testicolo: altro e non specificato (1869)	7	20	7	13
tumori maligni di altre specificate sedi della vescica (1888)			6	105
tumori di natura non specificata dell'apparato digerente (2390)	7	38	6	22
tumori maligni della parte centrale della mammella della donna (1741)	5	17	6	25
tumori maligni dell'uretere (1892)	2	79	5	83
tumori maligni del trigono vescicale (1880)	18	85	3	65
tumori maligni della parete posteriore della vescica (1884)	16	75	1	132
tumori maligni della cupola vescicale (1881)	15	73	0	0
tumori maligni del quadrante infero-interno della mammella della donna (1743)	13	8	3	19
tumori maligni della laringe, non specificata (1619)	12	11	2	11
tumori benigni delle ghiandole salivari maggiori (2102)	10	22	2	91
tumori benigni delle meningi cerebrali (2252)	9	22	3	19
tumori maligni del colon discendente (1532)	9	18	3	7
tumori maligni del quadrante infero-esterno della mammella della donna (1745)	8	11	0	0
tumori maligni della giunzione rettosigmoidea (1540)	6	13	4	11
tumori maligni del colon trasverso (1531)	6	5	2	16
tumori benigni della laringe (2121)	6	29	1	1
tumori maligni di altre e non specificate sedi della mammella dell'uomo (1759)	6	21	1	19
tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici (1977)	6	22	1	127
tumori benigni dell'ovaio (220)	5	9	2	11
tumori maligni del flessura epatica (1530)	5	9	2	16
tumori maligni dell'antro pilorico (1512)	5	30	2	12
tumori maligni della pelvi renale (1891)	5	48	1	32
tumori benigni del rene, eccetto la pelvi (2230)	5	64	0	0

L'ultima analisi riguarda il numero di accessi registrati nei Pronto Soccorso aziendali, confrontati rispetto al 2023 (Anno 2024 Database non Consolidato). L'analisi del dato evidenzia un significativo aumento del numero che di fatto lascia intendere come in condizioni di "normalità" aumenti il numero

di accessi inappropriati che, con una migliore organizzazione dell'offerta territoriale, potrebbero essere gestiti diversamente:

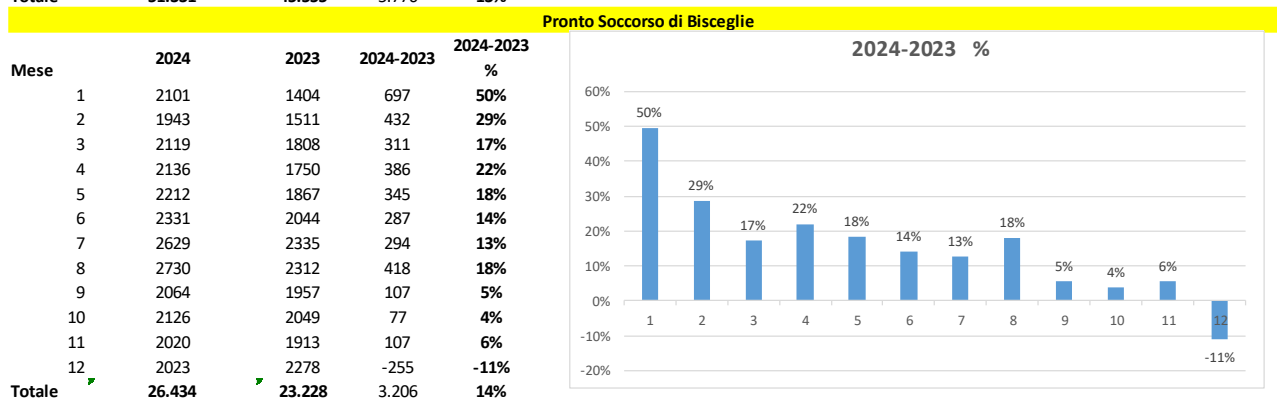
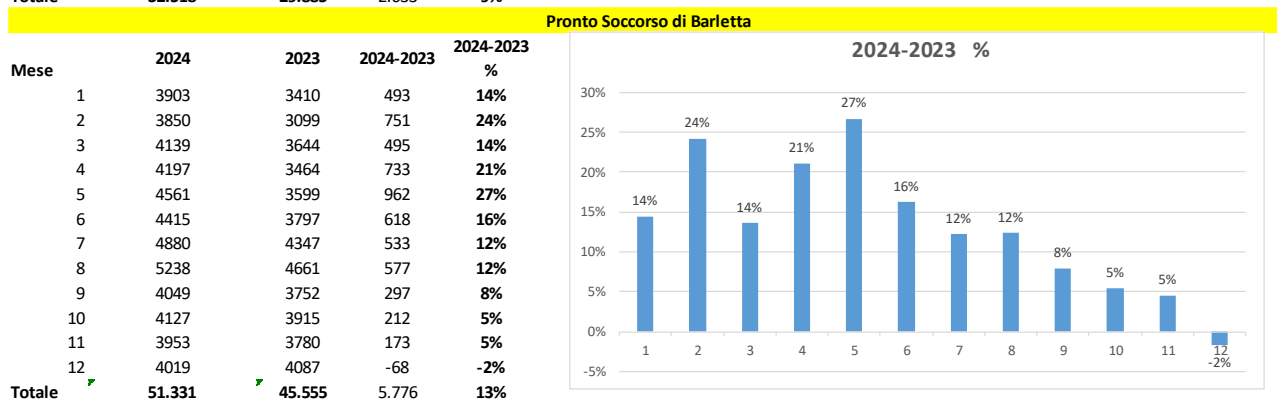
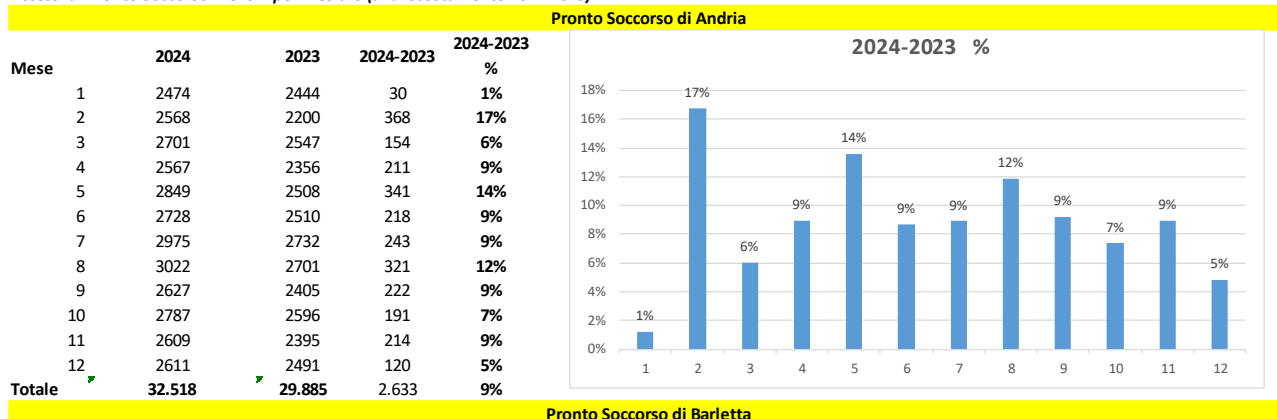
Numero Accessi di Pronto Soccorso per Presidio (Fonte: Edotto Accettazione d'urgenza – Registro di P.S.)

Struttura	2024	2023
Andria	32.518	29.885
Barletta	51.331	45.555
Bisceglie	26.434	23.228
Totale complessivo	110.283	98.668



Le tabelle di seguito riportate, evidenziano gli scostamenti mensili del 2024 rispetto al 2023.

Accessi di Pronto Soccorso Mensili per Presidio (% di scostamento 2024-2023)



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

Tabella per Struttura d'Urgenza (Fonte: Edotto Accettazione d'urgenza – Tempi medi di attesa)

TEMPI MEDI DI ATTESA									
TRIAGE	Andria			Barletta			Bisceglie		
	2023	2024	%	2023	2024	%	2023	2024	%
ARANCIONE - URGENZA	84,82	75,23	-11%	43,17	37,91	-12%	17,45	25,03	43%
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	94,81	86,55	-9%	70,08	78,36	12%	25,06	40,56	62%
BIANCO - NON URGENZA	124,95	117,23	-6%	105,37	117,85	12%	37,98	76,15	101%
NERO - DECEDUTO							2		
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	13,6	38,38	182%	16	11,09	-31%	4,57	12,5	174%
ROSSO - EMERGENZA	8,85	8,36	-6%	5,17	4,95	-4%	8,02	7,71	-4%
VERDE - URGENZA MINORE	79,91	71,09	-11%	72,93	70,79	-3%	29,1	45,77	57%

Tabella Aziendale con evidenza Numero Episodi Tempi Medi di Attesa

ASLBT	2023		2024	
Triage	N. Episodi	TEMPI MEDI DI ATTESA	N. Episodi	TEMPI MEDI DI ATTESA
ARANCIONE - URGENZA	15.595	48,48	17.117	46,06
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	39.604	63,32	46.774	68,49
BIANCO - NON URGENZA	854	89,43	1.130	103,74
NERO - DECEDUTO	1	2,00		
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	19	11,39	41	20,66
ROSSO - EMERGENZA	2.480	7,35	2.563	7,01
VERDE - URGENZA MINORE	37.152	60,65	41.056	62,55
Totale complessivo	95.705	44,41	108.681	51,42

	N. EP.	TEMPI MEDI DI ATTESA	N. EP.	TEMPI MEDI DI ATTESA
Istituto/Triage	2023		2024	
Andria	28.542	67,82	31.986	66,14
ARANCIONE - URGENZA	8.295	84,82	8.288	75,23
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	9.618	94,81	10.397	86,55
BIANCO - NON URGENZA	272	124,95	505	117,23
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	5	13,60	8	38,38
ROSSO - EMERGENZA	1.298	8,85	1.342	8,36
VERDE - URGENZA MINORE	9.054	79,91	11.446	71,09
Barletta	44.383	52,12	50.474	53,49
ARANCIONE - URGENZA	5.239	43,17	5.173	37,91
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	21.232	70,08	25.211	78,36
BIANCO - NON URGENZA	277	105,37	303	117,85
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	7	16,00	11	11,09
ROSSO - EMERGENZA	904	5,17	899	4,95
VERDE - URGENZA MINORE	16.724	72,93	18.877	70,79
Bisceglie	22.780	17,74	26.221	34,62
ARANCIONE - URGENZA	2.061	17,45	3.656	25,03
AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	8.754	25,06	11.166	40,56
BIANCO - NON URGENZA	305	37,98	322	76,15
NERO - DECEDUTO	1	2,00		
NON RILEVATO PER ACCESSO DIRETTO	7	4,57	22	12,50
ROSSO - EMERGENZA	278	8,02	322	7,71
VERDE - URGENZA MINORE	11.374	29,10	10.733	45,77
Totale complessivo	95.705	44,41	108.681	51,42

Attività Sanitaria Ambulatoriale

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

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

L'attività specialistica ambulatoriale erogata agli assistiti del territorio dagli ambulatori ospedalieri negli anni 2023 e 2022 atteso che non risultano ancora disponibili i dati definitivi riferiti all'anno 2024 è così riassunta:

OSPEDALI						
2023			Andria (Canosa)	Bisceglie	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl		9.672	2.840	22.116	34.629
Prestaz.	N.ro		376.354	244.408	921.283	1.542.045
- di cui visite specialistiche	n.ro		38.481	9.286	62.420	110.187
- di cui diagn. per immagini	n.ro		40.250	10.920	43.339	94.509
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro		260.566	211.701	684.068	1.156.335
- di cui altre prestazioni	n.ro		37.057	12.501	131.456	181.014
Fatturato medio prestaz.	€		25,7	11,6	24,0	22,5

OSPEDALI						
2022			Andria (Canosa)	Bisceglie	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl		8.789	2.077	19.962	30.829
Prestaz.	N.ro		332.394	189.925	837.214	1.359.533
- di cui visite specialistiche	n.ro		35.061	8.567	60.354	103.982
- di cui diagn. per immagini	n.ro		36.813	7.769	40.446	85.028
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro		224.631	163.835	602.605	991.071
- di cui altre prestazioni	n.ro		35.889	9.754	133.809	179.452
Fatturato medio prestaz.	€		26,4	10,9	23,8	22,7

OSPEDALI						
2023 Vs 2022			Andria	Bisceglie	Barletta	Totale
Fatturato	€/mgl		883	763	2.154	3.800
Prestaz.	N.ro		43.960	54.483	84.069	182.512
- di cui visite specialistiche	n.ro		3.420	719	2.066	6.205
- di cui diagn. per immagini	n.ro		3.437	3.151	2.893	9.481
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro		35.935	47.866	81.463	165.264
- di cui altre prestazioni	n.ro		1.168	2.747	-2.353	1.562
Fatturato medio prestaz.	€		-0,7	0,7	0,2	-0,2

Fonte dati prestazioni specialistiche ed ambulatoriali "Edotto NCUP".

E' doveroso precisare che tutte le prestazioni Specialistiche effettuate dall' ex Ospedale di Andria -plesso di Canosa sono confluite nell'assistenza Territoriale come PTA Multidisciplinare.

Anche l'attività specialistica ambulatoriale evidenzia un segnale di ripresa con un aumento di fatturato di circa il 12% e un aumento di numero di prestazioni di circa il 13%

Inoltre, si evidenzia l'andamento degli Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in Pronto Soccorso per accessi non seguiti da ricovero anno 2019-2024 (Fonte Disar Modello LA - 3A120)

Anno Accettazione P	Codice Azienda Struttura Accettazione Urgenza	Distretto Istituto Ricovero Struttura Accettazione Urgenza	N. Prestazioni erogate in PS	N. Consulenza Episodio PS	Imp. Tariffa Nomenclatore	Tipo Data Warehouse
2019	160113	P.S. - Andria	79.716	35.533	2.167.978,39 €	Consolidato
2019	160113	P.S. - Barletta	48.999	57.744	2.665.901,53 €	Consolidato
2019	160113	P.S. - Bisceglie	31.754	24.978	1.319.505,25 €	Consolidato
2020	160113	P.S. - Andria	43.067	71.928	1.281.864,00 €	Consolidato
2020	160113	P.S. - Barletta	36.486	103.850	1.637.161,00 €	Consolidato
2020	160113	P.S. - Bisceglie	18.352	56.338	793.686,00 €	Consolidato
2021	160113	P.S. - Andria	37.941	68.022	1.242.086,00 €	Temporaneo
2021	160113	P.S. - Barletta	27.616	69.161	1.304.551,00 €	Temporaneo
2021	160113	P.S. - Bisceglie	8.800	23.611	365.639,00 €	Temporaneo
2022	160113	P.S. - Andria	24.296	25.797	863.690,00 €	Consolidato
2022	160113	P.S. - Barletta	36.570	65.214	1.547.839,00 €	Consolidato
2022	160113	P.S. - Bisceglie	16.571	41.740	673.093,00 €	Consolidato
2023	160113	P.S. - Andria	23.693	15.483	818.044,00 €	Consolidato
2023	160113	P.S. - Barletta	42.879	73.097	1.882.762,00 €	Consolidato
2023	160113	P.S. - Bisceglie	30.159	60.883	1.076.557,00 €	Consolidato
2024	160113	P.S. - Andria	24.758	15.803	845.849,00 €	Temporaneo
2024	160113	P.S. - Barletta	45.421	50.443	1.761.684,00 €	Temporaneo
2024	160113	P.S. - Bisceglie	34.806	82.127	1.221.415,00 €	Temporaneo

Nel 2023 l'organico medio impiegato nei 5 Distretti incluso il PTA di Trani e il PTA di Canosa è stato pari a 470 unità così distribuite:

2023

	Ruolo Sanitario			Ruolo Prof.le			Ruolo Tecnico			Ruolo Amm.vo			TOTALE		
	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
PTA - Trani	13	28	41			0	4	4				0	13	32	45
PTA - Canosa	10	44	54		1	1	14	14		1	1		10	60	70
Distretti	61	187	248	0	0	0	0	50	50	3	54	57	64	291	355
D.S.S. 1	6	23	29			0	4	4		11	11		6	38	44
D.S.S. 2	8	23	31			0	7	7		1	11	12	9	41	50
D.S.S. 3	9	39	48			0	16	16		0	8	8	9	63	72
D.S.S. 4	18	36				0	10	10		1	9	10	19	55	74
D.S.S. 5	20	66	86			0	13	13		1	15	16	21	94	115

I dati relativi alle prestazioni ambulatoriali erogate nel 2023 e nel 2022 dai poliambulatori distrettuali (fonte CUP) sono di seguito riassunti:

DISTRETTI									
2023		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	6.351	2.554	771	868	2.387	1.367	2.090	16.387
Prestaz.	N.ro	275.406	357.001	38.716	49.866	53.911	81.860	99.008	955.768
- di cui visite specialistiche	n.ro	12.320	1.196	18.919	24.043	19.977	33.067	36.650	146.172
- di cui diagn. per immagini	n.ro	27.141	17.181	4.692	3.813	8.919	4.959	10.897	77.602
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	212.794	337.397	1.100	167	145	709	3.094	555.406
- di cui altre prestazioni	n.ro	23.151	1.227	14.005	21.843	24.870	43.125	48.367	176.588
Fatturato medio prestaz.	€	23,1	7,2	19,9	17,4	44,3	16,7	21,1	17,1
DISTRETTI									
2022		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	4.973	2.063	764	484	2.056	1.139	2.238	13.717
Prestaz.	N.ro	233.691	316.673	40.527	28.288	48.074	65.994	109.153	842.400
- di cui visite specialistiche	n.ro	10.994	673	20.468	18.818	18.436	26.850	38.001	134.240
- di cui diagn. per immagini	n.ro	26.077	17.716	5.563	2.984	8.290	4.274	11.362	76.266
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	178.386	297.776	1.777	178	391	708	3.831	483.047
- di cui altre prestazioni	n.ro	18.234	508	12.719	6.308	20.957	34.162	55.959	148.847
Fatturato medio prestaz.	€	21,3	6,5	18,9	17,1	42,8	17,3	20,5	16,3
DISTRETTI									
2023 Vs 2022		PTA - Trani	PTA - Canosa	DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5	Totale
Fatturato	€/mgl	1.378	491	7	384	331	227	-148	2.670
Prestaz.	N.ro	41.715	40.328	-1.811	21.578	5.837	15.866	-10.145	113.368
- di cui visite specialistiche	n.ro	1.326	523	-1.549	5.225	1.541	6.217	-1.351	11.932
- di cui diagn. per immagini	n.ro	1.064	-535	-871	829	629	685	-465	1.336
- di cui prestaz. di patol. clinica	n.ro	34.408	39.621	-677	-11	-246	1	-737	72.359
- di cui altre prestazioni	n.ro	4.917	719	1.286	15.535	3.913	8.963	-7.592	27.741
Fatturato medio prestaz.	€	1,8	0,6	1,1	0,3	1,5	-0,6	0,6	0,9

i dati sopra riportati nonostante la pandemia riportano un aumento sia in termini di fatturato 19% che di numero di prestazioni 13%.

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

Tra gli altri dati di attività disponibili si riepilogano, di seguito, relativamente agli anni 2023 e 2022, quelli concernenti l'assistenza di Guardia Medica (Quadro F), Assistenza Farmaceutica Convenzionata (Quadro G), Assistenza Domiciliata Integrata (Quadro H), Assistenza Programmata (Quadro I):

FLS 21 Attività di assistenza sanitaria di base

F: Guardia Medica

2023

2022

Punti	11	17
Medici Titolari	53	47
Ore Totali	56508	52617
Contatti Effettuati	37670	28789
Ricoveri Presscritti	427	349
Medici con disponibilità domiciliare	60	36
Ore di apertura del servizio	39352	60818

G: Assistenza Farmaceutica Convenzionata

2023

2022

	Numero	Importo	Numero	Importo
Ricette di specialità Medicinali e Galenici	3.679.687	49.816.015	3.739.529	51.637.664
Assistenza Integrativa		1.405.140		4.365.150
Ticket e Quote Fisse		10.861.985		11.325.905
Ricette Esenti		3.275.736		0

H: Assistenza Domiciliare Integrata 2023

Casi Trattati	4.488	Utenti in Lista di Attesa	128
di cui anziani	3.329		
di cui malati terminali	585		
Accessi del Personale Medico	24.163	di cui ad anziani	12.612
		di cui a malati terminali	8.422

	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Ore di Assistenza Erogata	58.006	68.427	47.262	173.695
di cui ad anziani	46.392	43.568	27.197	117.157
di cui a malati terminali	290	7.413	895	8.598
Accessi degli operatori	51.493	78.108	26.535	156.136
di cui ad anziani	41.168	51.237	15.514	107.919
di cui a malati terminali	274	11.043	2.340	13.657

H: Assistenza Domiciliare Integrata 2022

Casi Trattati	5.154	Utenti in Lista di Attesa	130
di cui anziani	3.842		
di cui malati terminali	625		
Accessi del Personale Medico	25.734	di cui ad anziani	13.686
		di cui a malati terminali	9.155

	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Ore di Assistenza Erogata	94.113	62.184	51.260	207.557
di cui ad anziani	76.954	39.950	29.618	146.522
di cui a malati terminali	676	7.949	1.042	9.667
Accessi degli operatori	80.068	89.521	31.726	201.315
di cui ad anziani	65.296	62.334	19.675	147.305
di cui a malati terminali	600	11.950	2.477	15.027

I: Assistenza Programmata
2023
2022

Numero di Medici	235	257
Numero di Autorizzazioni Concesse	4.694	5.189

Il **Servizio Sovradistrettuale di Riabilitazione** garantisce prevalentemente l'assistenza riabilitativa, di cui all'art. 26 L.833/78, sia attraverso strutture a gestione diretta, sia attraverso strutture convenzionate. Nel 2022 l'organico medio impiegato nel S.S.R. è stato pari a 128 unità.

Ruolo Sanitario			Ruolo Prof.le			Ruolo Tecnico			Ruolo Amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
15	88	103			0			22			22	3	3	15
												113		128

I principali dati relativi all'attività svolta nel 2023 e nel 2022 dal S.S.R. sono riassunti nella seguente tabella:

DATI DI ATTIVITA'

	S.S.R.		
	2023	2022	2021
Utenti e attività a gestione diretta			
Utenti in regime ambulat.	820	767	856
Utenti in trattamento domiciliare	769	649	602
Utenti centri semiresidenziali	17	17	22
Utenti centri residenziali	0	0	0
Trattamenti in regime ambulat.	30.273	26.832	17.995
Trattamenti in regime domiciliare	16.762	15.349	10.908
Trattamenti in regime semiresid.	3116	2985	1.964
Trattamenti in regime residenziale	0	0	0
Accessi ambulatoriali :			
Accessi amb. riabilitazione neurologica	14.792	11.703	9.544
Accessi amb. riabilitazione motoria	1.437	2.555	829
Accessi amb. riabilitazione psico-sensoriale	473	396	83
Accessi amb. riabilitazione neuropsichiatrica infantile	12.044	11.268	6.959
Utenti strutture convenzionate*			
Utenti centri semiresidenziali	83	55	92
Utenti centri residenziali	1858	336	687
Altri dati di attività*			
gg di degenza in strutture semiresid.	18931	12036	11.647
gg di degenza in strutture residenziali	47690	24988	39.029

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

DATI DI STRUTTURA

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA - SERV.SOVR. DI RIAB.	Trinitapoli	Andria	Canosa	Minervino	Spinazzola	Barletta	Trani	Bisceglie
Ambulatori		1	1	1	1	1	1	1
Centri semiresidenziali		1				1		1
Centri residenziali								
Ass. Specialistica Ambulatoriale (DM 22/07/1996)	1	1	1	1	1	1	1	1
(*)								

(*) Altre eventuali tipologie di strutture (specificare)

STRUTTURE CONVENZIONATE - SERV.SOVR. DI RIAB.	REGIME	Margh. di S.	Trinitapoli	Andria	Canosa	Minerv.	Spinazz.	Barletta	Trani	Bisceglie	S. Ferdinando
Villa San Giuseppe - riabil. ex art.26 L.833/78	resid.									1	
Centro Alzheimer - riabil. demenze primarie e secondarie	resid.									1	
Istituto Ortofrenico - riabil. residuale ad esaurimento	resid.									1	
Quarto di Palo - riabil. ex art.26 L.833/78	semiresid.			1							
Italia Salute - riabilitazione ex art.26 L.833/78	amb.\dom.	1	1								1

Il **Dipartimento delle Dipendenze Patologiche** si occupa della prevenzione e dell'assistenza delle dipendenze da sostanze legali e illegali (alcol, droghe), ma anche delle dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, internet, cellulari). Il D.D.P. svolge la sua attività sia attraverso i sei Ser.T. ubicati nei comuni di Margherita di S., Andria, Canosa, Barletta, Trani e Bisceglie, sia attraverso strutture in convenzione per l'assistenza residenziale e semiresidenziale ai tossicodipendenti. L'organico medio nel 2023 è stato di 42 unità.

Ruolo Sanitario			Ruolo Prof.le			Ruolo Tecnico			Ruolo Amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
12	20	32			0			9		9		1		1

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2023, confrontati con i dati dell'anno precedente, sono riassunti nella tabella che segue:

	2023	2022
Utenti e attività a gestione diretta		
Utenti in regime ambulat.	2.925	2.327
Utenti in trattamento domiciliare	0	1
Prestazioni in regime ambulat.	207.445	183.008
Prestazioni in regime domiciliare	0	5
Utenti strutture convenzionate		
Utenti centri semiresidenziali	1	0
Utenti centri residenziali	134	151
Altri dati di attività		
gg di degenza in comunità semiresid.	225	0
gg di degenza in comunità residenziali	23.927	25.399

I dati sopra riportati evidenziano un incremento degli Utenti e delle prestazioni in regime ambulatoriale a gestione diretta.

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

DATI DI STRUTTURA

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA - D.D.P.

	Margh. di S.	Andria	Canosa	Minerv.	Spinazz.	Barletta	Trani	Bisceglie
Ambulatori (Ser.T)	1	1	1			1	1	1
Ambulatori (GAP) (Gestione Andria - sede operativa Barletta)						1		
Centri diurni								
Centri semiresidenziali								
Centri residenziali								

(*) Altre eventuali tipologie di strutture (specificare)

STRUTTURE CONVENZIONATE - D.D.P.	REGIME (Residenzi)	Margh. di S.	Trinitapoli	Andria	Canosa	Minerv.	Spinazz.	Barletta	Trani	Bisceglie
1 C.T. OASI 2									x	

Il **Dipartimento di Salute Mentale** svolge la sua attività di assistenza e cura dei soggetti affetti da patologie psichiatriche avvalendosi di strutture e risorse proprie, oltre che di strutture convenzionate.

Fanno capo al D.S.M. i servizi di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia Clinica ed il reparto di Psichiatria SPDC ubicato presso l'ospedale di Barletta.

Il personale dipendente impiegato nel Dipartimento, nel 2023, è stato pari a 194 unità (organico medio):

Ruolo Sanitario			Ruolo Prof.le			Ruolo Tecnico			Ruolo Amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
56	90	146			0		40	40	1	7	8	57	137	194

I principali dati che hanno caratterizzato l'attività del Dipartimento nel corso del 2023, confrontati con i dati degli anni precedenti, sono riassunti nella tabella che segue:



ASL BT

PugliaSalute

	D.S.M. 2023	D.S.M. 2022
Utenti e attività a gestione diretta		
Utenti in regime ambulat. / domiciliare(1)	5420	4.992
Utenti centri semiresidenziali	60	57
Utenti centri residenziali (2)	36	27
Trattamenti in regime ambulat. (3)	58329	57.224
Trattamenti in regime domiciliare	9241	8.532
Trattamenti in regime semiresid.	11254	6.802
Trattamenti in regime residenziale (4)	11223	11.223
Utenti Ambulatorio NPIA	3228	3.226
Utenti Centri Residenziali NPIA	32	35
Trattamenti in regime ambulatoriale NPIA	735	710
Trattamenti in regime domiciliare NPIA	10	11
Integrazione Scolastica NPIA	2130	2.127
Utenti Centro Autismo Territoriale NPIA	1214	1.214
Utenti Centro di Riferimento Regionale ADHD NPIA	130	130
Visite Collegiali (DPCM 185/06) NPIA	703	703
Utenti in trattamento Riabilitativo NPIA	75	80
Utenti strutture convenzionate		
Utenti centri semiresidenziali	65	55
Utenti centri residenziali (5)	125	120
Utenti Centro Semires. Terap. Min. "IRIS" (convenzionato)	20	20
Altri dati di attività (6)		
gg di degenza in comunità semiresid.	12130	12.120
gg di degenza in comunità residenziali	31510	31.533

DATI DI STRUTTURA

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA - DSM

	March. di S.	Andria	Canosa	Minerv.	Spinazz.	Barletta	Trani	Bisceglie
Centri di Salute Mentale		1				1		
Ambulatori di salute mentale adulti	1		1	1	1		1	1
Ambulatori di neurops.inf.		1				1	1	
Centri diurni psichiatrici		1	1			1		
CRAP (comunità riabil. assist. psich. h.24)				1				
REMS Spinazzola...(apertura dal 01 dicembre 2015).....					1			
Disturbi Comportamento Alimentare							1	

(*) Altre eventuali tipologie di strutture (specificare)

STRUTTURE CONVENZIONATE - DSM

	REGIME	March. di S.	Trinitapoli	Andria	Canosa	Minerv.	Spinazz.	Barletta	Trani	Bisceglie
Soc. Coop. Arcobaleno	semires.		1							
Centro diurno psichiatrico soc. coop. Tenenos	semires.									1
CRAP (comunità riabil. assist. psich. h.24)	resid.		1				1	1	1	
Comunità Alloggio h.12	semires.		1	1				1	1	
Gruppi appartamenti	resid.			3				2	2	
Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo per Minori Psichiatrici	semires.								1	
crap dedicata a paz. psichiatrici autori di reato	resid.							1		

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

		2023	2022
		Barletta	Barletta
Posti letto (medi)	n.ro	10	10
Ricoveri ordinari	n.ro	554	514
Giornate di deg.	gg	5.688	4.710
Deg. media	gg	10,3	9,2
Utilizzo p.l.	%	155,8	129,0
Case mix		0,71	0,70

3.2 L'assistenza Collettiva

A) *Stato dell'arte*

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

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

Il personale dipendente impiegato nel Dipartimento, nel 2023, è stato pari a 177 unità (organico medio):

Ruolo Sanitario			Ruolo Prof.le			Ruolo Tecnico			Ruolo Amm.vo			TOTALE		
Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale	Dirig.	Comp.	Totale
51	89	140			0		8	8	1	28	29	52	125	177

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

I principali dati relativi all'attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. BT, nel 2023, sono di seguito riportati.

**ASL BT****PugliaSalute**

DIP. PREV. (Igiene e Sanità Pubblica)	ANNO 2023	ANNO 2022
Certificazioni medico-legali	3.765	1.428
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	215.663	624.351
Certificati di vaccinazione	21.327	78.321
Counseling medicina del turismo	374	143
Indagine epidemiologiche	278	14.336
Notifiche malattie infettive (SIMI)	89	97
Idoneità igienico-sanitarie attività sanit. e socio-sanit.	138	126
Idoneità scuole private e pubbliche	41	28
Idoneità palestre, piscine, centri sportivi e stab. baln.	24	5
Idoneità attività artigianali e commerciali	198	138
Idoneità parrucchieri, estetiste e tatuatori/piercing	23	8
Idoneità alberghi, Bed & Breakfast	43	19
Certificazione conformità scarichi e vasche imhoff	57	12
Certificati antigenicità ambienti di vita	13	11
Numero istanze invalidi civili pervenute	17.361	15.272
Numero pratiche invalici civili evase	17.209	15.198
Partecipazione conferenze di servizio	116	80
Partecipaz. commiss. pubblico spettacolo...	73	28
Inconvenienti igienico-sanitari	198	145
Pareri edilizi	79	45
Certificazioni necroscopiche (più scheda ISTAT)	1.167	1.252
Nulla osta sanitario per trasporto salme	23	31
Traslazioni ed esumazioni straord. di salme	8	5
Autorizzaz. autorimesse e idoneità carri funebri	29	6
Attività di vigilanza igienico-sanitaria	287	315
Attività di sorveglianza Legionella	40	57

DIP. PREV. (SIAN)	ANNO 2023	ANNO 2022
Controlli sui produttori	252	124
Controlli sulla distribuzione degli alimenti	389	622
Controlli sui trasporti degli alimenti	24	22
Controlli sulla ristorazione pubblica	135	173
Controlli sulla ristorazione collettiva	32	43
Controlli su confezionatori	0	107
Controlli sui prodotti fitosanitari	29	171
Controlli ispettorato micologico	12	22
Controlli sulle acque	179	328
Controlli nelle mense	17	32
Controlli sulla sicurezza alimentare e sulle tossinfez.	5	2
Corsi di formazione	9	192



DIP. PREV. (SPESAL)	ANNO 2023	ANNO 2022
Nr lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamento o certificazioni sanitarie:	181	260
di cui apprendisti minori:		
Numero di indagini effettuate per infortuni sul lavoro:	44	25
Numero di indagini effettuate per malattie professionali:	12	21
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche	56	40
Numero di Aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria	674	807

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "A")	ANNO 2023	ANNO 2022
Catture cani randagi	593	717
Sterilizzazioni cani randagi	339	516
Controlli sulla popolaz. canina randagia	5337	6.520
Controlli sulla popolaz. canina di proprietà	6588	7.500
Programmi di eradicazione e controllo brucellosi	13120	14.024
Piani di controllo, monitoraggio ed eradicazione delle malattie previste dall'art. 5 comma 1 lettera a) del Reg. (UE)2016/429	449	4.684
Piani di controllo, monitoraggio ed eradicazione delle malattie previste dall'art. 5 comma 1 lettera b) de Reg. (UE)2016/429 e s.m.i	3833	380
Anagrafe Zootecnica - SUMMA - SANAN - ACIR - SIMAN	77920	68.000

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "B")	ANNO 2023	ANNO 2022
n. ispezione su strutture riconosciute	870	833
n. ispezioni con non conformità	24	26
n. ispezione si strutture registrate	527	554
n. ispezion con non conformità	86	80
n. audit	38	36
n. campioni totali	344	282
n. campioni non conformi	19	21
n. provvedimenti amministrativi	111	112
n. provvedimenti penali	9	3



ASL BT

PugliaSalute

DIP. PREV. (Serv. Veterinario Area "C")	ANNO 2023	ANNO 2022
Controlli sui residui come da PNR e PNAA ↓	88	95
a) programmati	85	87
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	1	2
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	2	6
Controlli BSE ↓	0	0
a) programmati	0	0
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	0	0
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	0	0
Interventi di farmacovigilanza: ↓	38.044	31.875
1) controlli sul campo ↓	81	152
a) programmati	71	76
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	7	8
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	3	68
2) verifica ricette (Scorte, Animali DPA)	1.816	1.525
3) verifica appropriatezza farmaci prescritti (Scorte, Animali DPA)	4.558	4.418
4) verifica REV Pet-NDPA*	14.741	11.975
5) verifica appropriatezza farmaci prescritti REV Pet-NDPA*	16.848	13.805
Interventi di farmacovigilanza	0	0
Controlli sul benessere animale ↓	83	64
1) In allevamento ↓	58	47
a) programmati	26	25
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	28	13
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	4	9
2) Idoneità Mezzi di Trasporto ↓	25	17
a) programmati	20	14
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	2	1
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	3	2
Controlli produz. zootecniche primarie (O.S.A.) ↓	20	18
a) programmati	16	18
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	3	0
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	1	0
Controlli sottoprodotti di O.A. ↓	45	36
a) programmati	14	16
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	31	18
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	0	2
Controlli alimentazione animale (O.S.M.) ↓	146	261
a) programmati	129	213
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	1	7
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	16	41
Controlli attività commerciali diverse ↓	38	36
a) programmati	19	21
b) non programmati (<i>ad hoc</i>)	13	11
c) ulteriori accertamenti (attività cessate, assenza titolare, etc.)	6	4
Controlli Igiene ambientale	11	9
Controlli sulla riproduz. animale	0	0
Pratiche istruite (autorizzaz., registraz., vidimaz., protocollo etc.)	1.705	1615

OBIETTIVI GENERALI

Obiettivi Generali - Piano della Performance – Ciclo di Budget ASL BT 2025-2027

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

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

Dall'analisi dei fattori di contesto esterni ed interni all'Azienda, precedentemente esposta, emerge uno spazio strategico ben definito per la ASL BT, i cui obiettivi posti al centro del piano di performance aziendale sono riconducibili alle più significative fonti normative di seguito indicate, hanno diverso grado di vincolo, ma tutti ugualmente convergenti nell'orientare la strategia aziendale per il triennio di riferimento 2025-2027:

- **Obiettivi di Mandato** contenuti nell'incarico conferito al Direttore Generale;
- **Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi** assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. pugliese per gli anni dal 2023 al 2024 con D.G.R. n. 1558 del 13/11/2023, e pubblicata su BURP n. 107 del 04/12/2023;
- **Nuovo Sistema di Garanzie (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria** di cui al Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019 (Gazzetta Ufficiale n. 138 del 14 giugno 2019) e **D.G.R. n. 167 del 17 febbraio 2020** recante "Monitoraggio dell'attività della rete ospedaliera (di cui al R.R. n. 23/2019) secondo gli indicatori del D.M. n. 70/2015 e del Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 (Nuovo Sistema di Garanzia)";
- **Programma Nazionale Esiti (AGENAS)** e **Network delle Regioni** (Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa).
- **Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR; in inglese National Recovery and Resilience Plan, abbreviato in Recovery Plan o NRRP)** approvato con Decreto del Ministero dell'economia e finanze, 6 agosto 2021, recante "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione

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

Rispetto a tali fonti, la pianificazione della performance aziendale 2025-2027 prevede i seguenti **Obiettivi Generali Strategici**:

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

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

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

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

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

Dagli Obiettivi Generali agli Obiettivi Specifici

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda l'esame degli obiettivi per area strategica, dei soggetti assegnatari e dei risultati attesi nel triennio 2025-2027 si rimanda all'Allegato A Report Obiettivi Triennali Perf. Organizz. 2025-2027 parte integrante del presente Piano.

La definizione degli obiettivi specifici e delle azioni operative è negoziata dalla Direzione con i Direttori dei Dipartimenti Aziendali alla presenza dei Dirigenti Responsabili di UOC e UOSVD.

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

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della Collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'Amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;

- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con Amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'Amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

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

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

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

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

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

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

In tal senso il conto economico preventivo 2025, terrà conto delle prodromiche attività di valutazione e di coerenza, rispetto alle specifiche indicazioni/linee operative regionali a tale riguardo.

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

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

Azioni per il miglioramento del Ciclo della Gestione delle Performance

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

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

integrazione con il sistema premiante aziendale e permettere la storicizzazione delle valutazioni che alimentano il fascicolo individuale del professionista;

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

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

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

Gli obiettivi strategici da considerare in materia di anticorruzione e trasparenza, in continuità con quelli individuati negli anni precedenti, sono analiticamente indicati nella Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza Art. 1 Obiettivi strategici.

Sistema di misurazione e valutazione delle performance

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

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

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

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

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

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

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

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

Il Sistema di misurazione della performance rispetta i seguenti requisiti:

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

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

le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo e prevede idonee modalità per assicurare la trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale che nei confronti degli stakeholders.

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

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

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

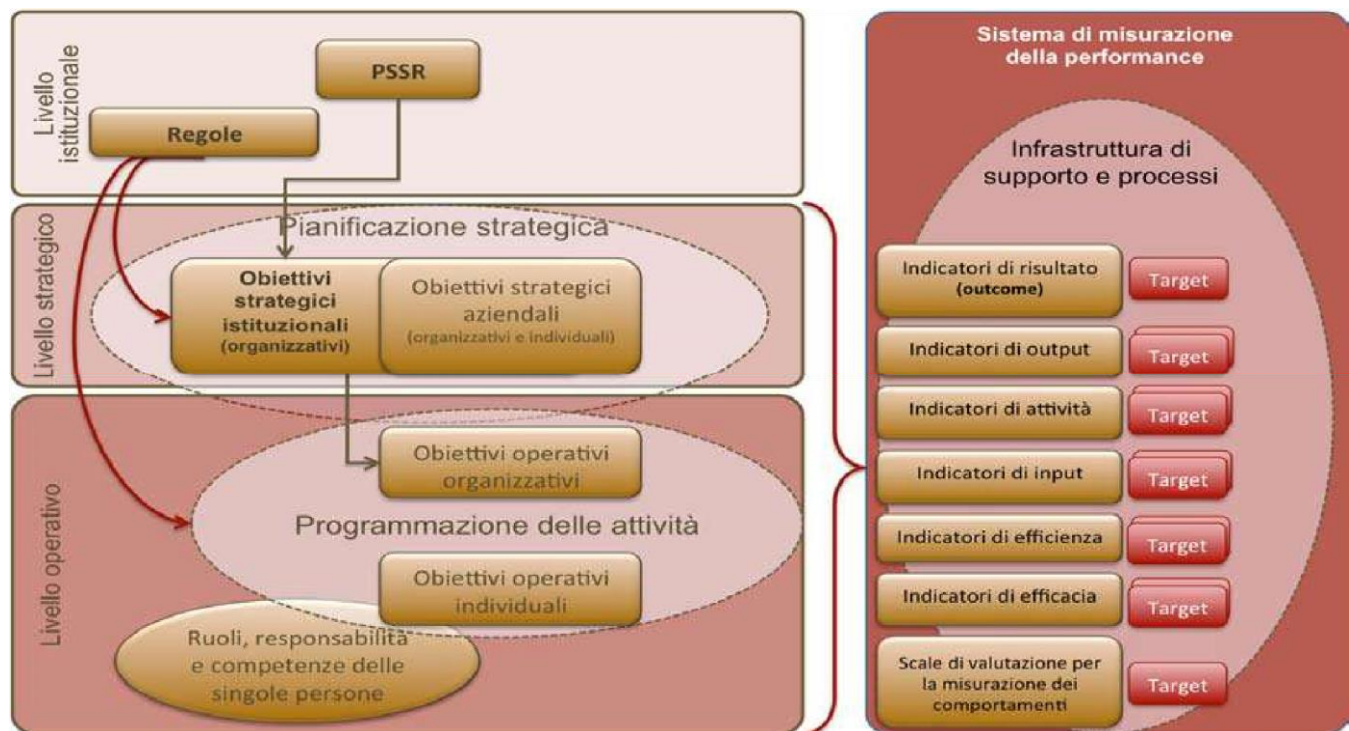
Per perseguire tale finalità il sistema di valutazione deve essere in linea con i seguenti principi:

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

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

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

Grafico: Livelli di performance:



Indicatore

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

L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

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

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

Target

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

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

Infrastruttura di supporto

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

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

Processo

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

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

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

Grafico "Il Ciclo di Gestione della Performance".



LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LE FASI RELATIVE AL CICLO DELLA PERFORMANCE

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

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

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

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

L'ATTRIBUZIONE DEGLI OBIETTIVI

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

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

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

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

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

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

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

LA MISURAZIONE DEGLI OBIETTIVI

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

- a) Obiettivi riguardanti prestazioni:** la misurazione e la valutazione dei risultati di tali obiettivi, di tipo quantitativo, si avvale dei dati e delle verifiche effettuate da parte del Controllo di Gestione tramite il sistema informativo aziendale o regionale (Edotto). Pertanto, il Controllo di Gestione fornisce supporto documentale e comparativo dei risultati gestionali delle diverse strutture del sistema organizzativo aziendale, in riferimento alla efficienza ed efficacia delle attività svolte.
- b) Obiettivi riguardanti implementazione o attivazione di procedure nonché obiettivi di qualità dei servizi:** questi obiettivi non sono misurabili con i dati provenienti dai flussi informativi del Controllo di Gestione in quanto si riferiscono prevalentemente ad obiettivi qualitativi riguardanti l'adozione di procedure/percorsi di tipo clinico – assistenziali. Pertanto, la valutazione del risultato conseguito si baserà sulla relazione predisposta dal Dirigente della Struttura interessata, convalidata dalla Direzione Strategica oppure confermata da terzi sulla base di documentazione ed atti coerenti, che deve dimostrare, in relazione all'obiettivo assegnato, il risultato effettivamente raggiunto.
- c) Obiettivi riguardanti attivazione o implementazione di attività di supporto:** in tale ambito rientrano gli obiettivi relativi alle attività gestionali amministrative, tecniche e di staff per le funzioni comuni di carattere generale e di supporto. La valutazione dei risultati conseguiti si baserà sulla relazione predisposta dal Dirigente della Struttura interessata (Aree, Servizi Tecnici, ecc.), convalidata dalla Direzione Strategica oppure confermata da terzi sulla base di documentazione ed atti coerenti, che deve dimostrare, in relazione all'obiettivo assegnato, il risultato effettivamente raggiunto.

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

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

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

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

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

LA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA

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

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

- Mappatura degli stakeholder dell'amministrazione;
- Selezione dei servizi e delle attività oggetto di valutazione e delle corrispondenti modalità e strumenti di coinvolgimento;
- Selezione dei cittadini e/o degli utenti;
- Definizione delle dimensioni di performance organizzativa per la valutazione dei servizi e delle attività selezionati;

- Motivazione dei cittadini e/o degli utenti nonché dei dipendenti coinvolti nella valutazione;
- Valutazione delle attività e/o dei servizi;
- Utilizzo dei risultati ai fini della valutazione della performance organizzativa

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

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

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

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

Nel corso del 2023 è stata avviata una indagine di customer satisfaction negli ospedali e nelle strutture di ricovero della Asl Bt: ad aprile in tutte le unità operative è stata affissa una locandina con un Q-code attraverso il quale poter compilare un questionario di gradimento. Fino a dicembre 2023 hanno risposto al questionario 335 pazienti: l'analisi dei dati ha messo in evidenza che il tempo di attesa prima del ricovero, il livello di informazioni ricevute, il rapporto con i medici e con gli altri operatori sanitari è stato considerato soddisfacente mentre è bassa la valutazione della qualità del cibo. Il questionario per presidi ospedalieri resterà attivo anche per l'anno 2024 con l'obiettivo di aumentare

il numero di risposte da parte dei pazienti o dei loro familiari. Le unità operative di Rischio clinico e qualità e di Comunicazione e Formazione redigeranno nel corso dell'anno un questionario adatto all'assistenza territoriale.



Partecipa al
QUESTIONARIO
MIGLIORIAMO ASSIEME I SERVIZI



- ✓ **PARTECIPA AL QUESTIONARIO:** rispondi a poche semplici domande sull'esperienza di ricovero e cura negli Ospedali della ASL Bt
- ✓ I dati raccolti saranno utilizzati per **MIGLIORARE I SERVIZI**
- ✓ Il questionario è anonimo e volontario: sono **GARANTITE LA PRIVACY E LA RISERVATEZZA DEL PAZIENTE**

COME PARTECIPARE?
inquadra il QR Code



Si potrà rispondere al questionario dal 1° APRILE al 31 DICEMBRE 2023

A cura di UOSVD Gestione rischio clinico, Qualità e Bed Management e UOSVD Informazione, Comunicazione, Polo Universitario e Formazione.

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

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Al termine del periodo di riferimento, il Dirigente Responsabile della struttura organizzativa predispone e trasmette al Controllo di Gestione la relazione annuale conclusiva delle azioni e delle attività svolte per il conseguimento degli obiettivi di budget. La valutazione del livello di raggiungimento degli

obiettivi avviene secondo una scala cui corrisponde un giudizio finale, tenuto conto della specifica tipologia degli obiettivi, così espresso:

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

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

Fasce della Performance Organizzativa	% Raggiungimento complessivo degli obiettivi	% Retribuzione di Risultato / Incentivazione alla Produttività
Pienamente Raggiunta	= > 90%	100%
Parzialmente Raggiunta	compreso tra 46% ed 89%	in proporzione alla % del risultato raggiunto

Non Raggiunta	< = 45%	0%
---------------	---------	----

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

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

- Macrostruttura/Dipartimento di riferimento;
- Unità Operativa/Articolazione funzionale;
- Percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget;

al fine di porre in essere tutti gli adempimenti connessi e consequenziali.

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

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Oggetto della Valutazione individuale

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

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

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

I Dirigenti di Struttura semplice saranno valutati per:

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

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

- ☐ il raggiungimento degli obiettivi dell'Unità organizzativa di appartenenza;
- ☐ il raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo;

- ☐ le competenze manageriali/professionali dimostrate facendo riferimento ad uno specifico modello delle competenze

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

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

Il personale del comparto sarà valutato per:

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

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

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

La Scheda di Valutazione individuale e relative ponderazioni adottate

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

In particolare:

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

Obiettivi individuali o di gruppo: descrive gli obiettivi assegnati al singolo dipendente con il relativo indicatore e la ponderazione.

In particolare, per ogni obiettivo viene indicato:

- L'Obiettivo, che indica il risultato quantitativo da conseguire;
- Il Valore dell'obiettivo, ossia il target prefissato;

- Il valore minimo atteso, ossia il risultato minimo al di sotto del quale non viene considerato raggiunto neppure parzialmente;
- Il Risultato raggiunto, ossia il risultato conseguito a fine anno;
- % di raggiungimento
- Peso determinato a inizio anno dal valutatore che attribuisce l'obiettivo
- Totale: indica la percentuale di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicati per i pesi assegnati.

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

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

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

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

La UOC Controllo di Gestione predispone e sottopone ai Responsabili di Struttura un applicativo excel che consente la individuazione e la assegnazione degli obiettivi individuali ai soggetti destinatari, nonché la successiva verifica del raggiungimento degli stessi, con quantificazione della valutazione

che verrà riportata nella scheda di valutazione di ciascun dipendente nella specifica area Obiettivi individuali e/o di gruppo.

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

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

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

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

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

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

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

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

Competenze trasversali/professionali: nella scheda di valutazione individuale ciascuna competenza trasversale e/o professionale da valutare è articolata in differenti aree. Per ogni area è riportato uno o più item, da valutare attraverso indicatori (domande) al fine di mettere in condizione

il valutatore di focalizzare la sua attenzione su una specifica competenza dimostrata del valutato e quindi sulla qualità della sua performance lavorativa.

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

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

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

VALUTAZIONE NON CONDIVISA

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

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

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

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

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

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

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

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

VALUTAZIONE NEGATIVA

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

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

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

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

Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza

INDICE

PREMESSA

- Art. 1 Obiettivi strategici
- Art. 2 Analisi del Contesto esterno e del Contesto interno
 - Art. 2.1 Analisi del contesto esterno
 - Art. 2.2 Analisi del contesto interno
 - Art. 2.3 Temporanea assenza e periodi vacatio RPCT
 - Art. 2.4 Processo di elaborazione della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza
 - Art. 2.5 O.I.V.
 - Art. 2.6 Istituzione dell'Ufficio Controllo Strategico e del Servizio Ispettivo Aziendale (SIA)
 - Art. 2.7 Istituzione del Comitato Unico di Garanzia
 - Art. 2.8 La Transizione al Digitale
 - Art. 2.9 Altre figure di rilievo
- Art. 3 Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – Missione 6
- Art. 4 Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio
 - Art. 4.1 Monitoraggio e riesame
- Art. 5 Misure per prevenire la corruzione

Art. 5.1 MISURE DI CARATTERE GENERALE

- Il codice di comportamento
- Rispetto della disciplina sul conflitto di interessi
- Rispetto della disciplina relativa all'autorizzazione ai dipendenti a svolgere incarichi esterni
- Rispetto della disciplina ivi recata in materia di inconferibilità/incompatibilità
- Formazione delle Commissioni di gara
- Rotazione del personale
- Rispetto della disciplina in materia di tutela del Whistleblowing
- Formazione del personale dipendente distinto in basic ed advanced
- Istituzione del Registro informatico dell'accesso civico e dell'accesso al portale web
- Il Pantouflage

Art. 5.2 MISURE DI CARATTERE SPECIALE

- Pubblicazione del piano ed apertura all'esterno, agli stakeholders
- Trasparenza: rinvio alla sezione dedicata
- Monitoraggio e controllo dell'attuazione del PTPCT da parte dell'RPCT con verifiche mirate ed a campione. Esecuzione obiettivo strategico

- Art. 6 Gestore antiriciclaggio
- Art. 7 Disciplina delle società partecipate
- Art. 8 Collegamento Sezione Performance e Sezione rischi corruttivi e trasparenza
- Art. 9 I meccanismi di attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione
- Art. 10 Monitoraggio delle misure anticorruzione
- Art. 11 Gli obblighi di trasparenza
- Art. 12 Cronoprogramma. Obiettivo strategico 2024

SEZIONE II- TRASPARENZA E INTEGRITA'

- Art. 13 La trasparenza ed integrità della Pubblica amministrazione
- Art. 14 I dati e le informazioni: i Dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento
- Art. 15 Disposizioni finali

ALLEGATO A – REPORT SEMESTRALE ANTICORRUZIONE

ALLEGATO B - ELENCO DATI DA PUBBLICARE E ELENCO REFERENTI AZIENDALI TRASPARENZA

ALLEGATO C – MAPPATURA DEI PROCESSI

ALLEGATO D – ESITI APPLICAZIONE MISURE SPECIFICHE
ALLEGATO E – OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE – BANDI DI GARA E CONTRATTI – DELIBERA ANAC 601
DEL 19/12/2023

PREMESSA

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è l'adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni. È stato introdotto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

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

La presente Sezione del PIAO denominata "*Rischi corruttivi e trasparenza*" disciplina la politica aziendale e la *mission* che intende realizzare l'Amministrazione ASL BT in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza negli anni **2025-2027**.

Recepisce le novità in materia di anticorruzione introdotte dalle disposizioni normative di cui sopra, dalla Delibera Anac n. 1 del 12 gennaio 2022, dagli orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 approvati dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022 e visibili al link:

<https://www.anticorruzione.it/documents/91439/120313/Orientamenti+per+la+pianificazione+anticorruzione+e+trasparenza+2022.pdf/4deceff0-e76e-be0d-c149-0a2cc46cfe61?t=1643818349850>,

nonché dal PNA 2022.

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

- 1)** la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- 2)** la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
- 3)** la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- 4)** l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle amministrazioni delle misure previste dalla legge n.190 del 2012 e s.m.i. e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- 5)** la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- 6)** il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;

7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013 e smi.

Art. 1

Obiettivi strategici

In linea di continuità rispetto ai Piani degli anni precedenti, il RPCT, dott.ssa Raffaella Notarpietro, nominata con Delibera n. 2480 del 30.12.2020, in attuazione all'art. 1, comma 8, della L.190/2012 e smi, con nota prot. n. 1433 del 08/01/2025 ha chiesto alla Direzione Generale di formalizzare specifici obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza evidenziando, altresì, le novità introdotte dal legislatore nazionale.

Gli obiettivi strategici da considerare in materia di anticorruzione e trasparenza, in continuità con quelli individuati negli anni precedenti, sono i seguenti:

OBIETTIVO

Assegnato alla UOSVD Informazione, Comunicazione, Formazione e Polo Universitario

Formazione di tutto il personale dipendente (100%) in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

anno 2025 - attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata nell'anno precedente ovvero conclusione del processo formativo avviato con la "formazione in house"; avvio di processi formativi del personale neo assunto;

anno 2026 - attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata nell'anno precedente ovvero conclusione del processo formativo avviato con la "formazione in house"; avvio di processi formativi del personale assunto;

anno 2027 - attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata nell'anno precedente ovvero conclusione del processo formativo avviato con la "formazione in house"; avvio di processi formativi del personale assunto;

OBIETTIVO

Assegnato al RPCT

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

nella misura dell'11% per l'anno 2025;

nella misura del 12% per l'anno 2026;

nella misura del 13% per l'anno 2027;

OBIETTIVO

Assegnato all'Area Gestione del Personale

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

In ordine al rispetto della disciplina sul conflitto di interessi rileva l'acquisizione delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti nell'anno 2024, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013 e s.m.i.), dei Direttori di UOC, UOSVD e UOS, nonché attività di controllo aggiuntiva, da espletarsi

entro il 30/09/2025; questo tipo di attività dovrà essere implementata negli anni 2026 e nel 2027 coinvolgendo i Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione ed il personale titolare di posizione organizzativa.

OBIETTIVO

Assegnato a tutte le Strutture Aziendali

invio n. 2 relazioni infrannuali, nel rispetto delle indicazioni fornite dal RPCT e previste dalla Sezione / PTPCT, rispettivamente entro il 30/06 e 31/12 di ciascun anno; rispetto del cronoprogramma indicato nel piano da adottarsi e obbligo di rendere apposita attestazione, con le due relazioni infra annuali, relativa all'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.

OBIETTIVO

Assegnato all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/UOSVD Informazione, comunicazione, Polo Universitario e Formazione / area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies, Affari Generali, UOSVD SBL e tutte le Strutture Interessate rispetto del cronoprogramma riferito all'anno 2025.

OBIETTIVO

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

Al fine di assicurare il rispetto dell'istituto del pantouflage, appare necessaria l'acquisizione della dichiarazione, da parte del dipendente, all'atto della cessazione del rapporto di lavoro; trasmissione di apposito elenco al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura di 5 estrazioni per l'anno 2025 (percentuale da implementarsi negli anni successivi);

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

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

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

Art. 2

Analisi del Contesto esterno e del Contesto interno

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

Art. 2.1

Analisi del contesto esterno

L'ASL BT coincide con il territorio della Provincia di Barletta, Andria e Trani, e comprende i Comuni di Andria, Barletta, Bisceglie, Canosa di Puglia, Margherita di Savoia, Minervino Murge, San Ferdinando di Puglia, Spinazzola, Trani, Trinitapoli.

Si estende su un territorio di complessivi Kmq 1.542,95 e vanta circa 380.000 abitanti (**ultimo aggiornamento ISTAT 2023**).

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

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

Sul piano occupazionale, i dati per il periodo 2018-2022 hanno evidenziato una crescita complessiva da circa 115 mila a circa 121 mila unità, laddove il settore primario ha registrato una crescita di circa 5 mila unità, il settore industriale e il settore terziario una sostanziale stabilità; restano più bassi i tassi di occupazione femminile e giovanile, che nel 2022 sono stati rispettivamente pari a 28,1% e 38,2%, con la differenza che il tasso di occupazione giovanile è in crescita rispetto al 2018, mentre quello femminile in diminuzione.

La produttività del lavoro, nell'ultimo triennio disponibile 2018-2020, registra una sostanziale stabilità, ma con sensibili divari a livello settoriale. Nel triennio, i servizi hanno manifestato una crescita, mentre l'agricoltura-foreste-pesca e l'industria hanno registrato una sensibile contrazione di produttività.

Tale dato appare significativo e, al contempo preoccupante atteso che in Puglia, nel 2023, l'agricoltura è il settore che ha registrato il peggiore saldo nascita-mortalità delle imprese attive: al 30 novembre 2023, risultano iscritte nelle camere di commercio pugliesi 75.386 imprese attive contro le 77.619 del 30 novembre 2022. Il saldo annuale è negativo, mancano 2.233 imprese all'appello, con una contrazione del 2,9%.

Dall'esame di notizie di stampa emerge che durante il periodo post pandemia, nel 2023, la BT ha registrato un rallentamento della crescita economica, così come evidenziato dai dati a livello nazionale.

L'ISTAT ha elaborato un documento relativo al "Benessere equo e sostenibile dei territori – Puglia 2024", consultabile al seguente link: https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/12/Puglia_BesT_2024.pdf

Una vera e propria radiografia dettagliata, in merito al c.d. contesto criminale del territorio della Provincia BAT è stata effettuata dalla Direzione Investigativa Antimafia, consultabile al seguente link: <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2021/12/Rel.-Sem.-2-2023-WEB.pdf>.

Con delibera ASL BT n. 2190 del 18 dicembre 2024 è stato rinnovato il "Protocollo di legalità per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata negli affidamenti di lavori, servizi e forniture" sottoscritto dall'ASL BT e dalla Prefettura di Barletta-Andria-Trani. Il Protocollo de quo, da intendersi rinnovato per un ulteriore biennio, sarà oggetto di verifica nel corso del 2026. Un'ulteriore analisi nell'ambito della criminalità è stata stilata da Il Sole 24 Ore (indice della criminalità 2024), dalla quale si evince che la provincia Bat risulta al 39° posto in Italia nella classifica finale, preceduta dalla provincia di Foggia (23° posto) e seguita da quella di Bari (43° posto). Il report si basa sul numero di denunce di reati pervenute alle forze dell'ordine e recepite dal Ministero dell'Interno. Tra i vari dati analizzati, il più preoccupante risulta essere quello afferente alla "categoria associazione di tipo mafioso", dove la Bat è collocata al 4° posto. Sebbene questi dati non siano confortanti, durante la conferenza stampa di fine anno tenuta dal Questore della Provincia Bat è stato presentato il bilancio delle attività svolte nel 2024, dal quale si evince una riduzione generale dell'indice di delittuosità, grazie ad una stretta collaborazione con enti locali e cittadini e a strategie operative innovative. Tra queste spicca l'istituzione della "Sezione Falchi" in seno alla sezione criminalità diffusa - antidroga della locale Squadra Mobile, sezione fortemente voluta per contrastare più efficacemente gli episodi di microcriminalità del territorio. Tutto ciò ha fatto sì che l'anno 2024 si rivelasse un anno cruciale nel corso del quale è stato possibile raggiungere traguardi importanti in termini di sicurezza nella provincia BAT.

(Fonti: "La Gazzetta del Mezzogiorno", 12 ottobre 2024; "L'immediato", 27 dicembre 2024)

Partecipazione della ASL BT al Network Sanità

L'Azienda continua la collaborazione assicurata sulle tematiche della trasparenza e della prevenzione della corruzione con il Network Regione Puglia dei RPCT SSR, istituito presso la Segreteria Generale della Presidenza della Regione Puglia – Sezione Affari istituzionali e giuridici. Al fine di garantire un coordinamento delle politiche di prevenzione della corruzione delle varie Aziende ed Enti del SSR, nell'ambito dell'ultimo incontro tenutosi nel mese di ottobre 2024, i cui esiti sono riportati in apposito verbale, sono stati discussi i seguenti punti:

- ❖ **Verifica e pubblicazione – sui rispettivi siti web – delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi dei dirigenti e dei titolari di incarichi**

di vertice, con costante aggiornamento e comunicazione delle variazioni dei link in cui sono pubblicati;

- ❖ **Pubblicazione degli accordi contrattuali sottoscritti con le strutture sanitarie private (riguarda solo le sei aziende sanitarie locali);**
- ❖ **Rotazione degli operatori economici nelle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture;**
- ❖ **Incarichi di consulenza e collaborazione;**
- ❖ **Varie ed eventuali.**

Art. 2.2

Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione. Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza. L'analisi del contesto interno, inoltre, è volta ad individuare le competenze e le capacità distintive proprie dell'organizzazione aziendale in termini di risorse umane, finanziarie, produttive ed innovazione, offre spunti di valutazione circa le prospettive di graduale e realistico sviluppo della strategia aziendale in materia di integrità. La gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura organizzativa. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate.

Per quanto concerne il CONTESTO INTERNO si evidenzia che la ASL BT è un'Azienda Sanitaria con 3851 dipendenti, come di seguito esplicitato:

- **Comparto** **n. 2982**
- **Dirigenza non Medica** **n. 159**
- **Dirigenza Medica** **n. 710**

Rileva, a tal fine, la circostanza che, in ragione dei differenti profili del personale dipendente della ASL BT, trovano applicazione, presso l'Azienda Sanitaria, tre differenti contratti, ossia: il CCNL Comparto Sanità sottoscritto il 21/05/2018 con successive integrazioni nell'anno 2022, i recenti CCNL Area Sanità e CCNL Area Funzioni Locali. Sebbene la ASL BT sia un'azienda particolarmente complessa, appare significativo il dato fornito dall'UPD e riportato nella relazione annuale del **RPCT 2024; nel 2024 sono stati avviati 19 procedimenti disciplinari (di cui 2 a carico di medici convenzionati).**

Nel corso del 2024, di questi 19 procedimenti, sono stati conclusi 14 mentre 3 sono stati avviati e sospesi; 2 sono ancora in corso. Nel 2024 è stato riaperto e concluso un procedimento disciplinare, già avviato nel 2010, a seguito di conclusione del procedimento penale. Numero 3 dipendenti della ASL BT sono stati interessati da procedimenti disciplinari/penali afferenti fenomeni corruttivi; la restante parte dei procedimenti disciplinari avviati nell'anno 2024 hanno riguardato fatti e atti

connessi a violazioni di natura comportamentale (una analisi dettagliata è prevista dalla presente Sezione all'art. 5.1 – Il codice di Comportamento).

Quanto sopra sostenuto consente, pertanto, di valutare il quadro ambientale in cui opera la ASL BT, non caratterizzato da particolari necessità ed esigenze, sebbene è intenzione del RPCT, anche alla luce degli obiettivi strategici definiti per **l'anno 2025** dalla Direzione Generale, confermare, in linea con quanto previsto nel precedente piano, un incremento dei controlli sulle attività assolate allo scopo di scongiurare ogni eventuale rischio, nei limiti dei poteri ascritti e concessi al RPCT.

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

Così come rappresentato con la Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza anno 2024/206, la ASL BT è stata interessata dalla "Nuova Organizzazione Dipartimentale" come da delibera ASL BT n. 930 del 15/07/2022, successivamente rettificata con due distinte deliberazioni (provvedimento n. 1681 del 01/12/2022 e n. 160 del 25/01/2023), in coerenza con i parametri individuati con la DGR n. 1603 del 13/09/2018.

Con delibera ASL BT n. 746 del 24/04/2024, si è proceduto alla Adozione dell'Atto Aziendale, ex art. 3 comma 1 bis del D.lgs n. 502 del 30 dicembre 1992. Con il documento, avente natura privatistica, vincolato dalle indicazioni di natura pubblicistica rivenienti dalle direttive regionali, si esprime l'autonomia imprenditoriale dell'azienda e vengono effettuate le scelte della Direzione Strategica dell'ASL BT in merito al modello organizzativo ritenuto più idoneo per il perseguimento dei fini istituzionali di tutela della salute, in coerenza con i principi di efficiente, efficace ed economica gestione, così come sanciti dall'art. 1, comma 1, del d.lgs. 502/92; l'ASL BT si uniforma al disposto normativo di cui all'art. 17 del D.lgs n. 502/92 e s.m.i., recante il modello organizzativo dipartimentale quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale e di governo clinico unitario, omogeneo, trasparente e responsabile dei servizi sanitari, a garanzia dell'equità nell'accesso alle cure e di qualità delle prestazioni rese;

l'atto aziendale dell'ASL BT delinea, in conformità alle Linee Guida regionali per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali, i seguenti macro-ambiti di intervento:

- **gli elementi identificativi e caratterizzanti l'Azienda;**
- **la propria Mission e Vision istituzionale nel SSR;**
- **l'assetto istituzionale e organizzativo degli Organi e degli Organismi aziendali;**
- **l'Organizzazione Dipartimentale di base;**
- **l'Organizzazione Ospedaliera aziendale e interaziendale;**
- **l'Organizzazione Dipartimentale Territoriale e l'Assistenza Distrettuale dell'Azienda, anche alla luce della sopravvenuta novella normativa introdotta con il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 del Ministero della Salute, recante il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale";**
- **l'Organizzazione Dipartimentale Professionale, Tecnica e Amministrativa;**

- ***il Funzionamento di tutto l'assetto organizzativo ripartito tra funzioni di governo e funzioni di gestione, mediante Pianificazione Strategica integrata e Sistema di Responsabilità e Deleghe di funzioni, volti al perseguimento della Mission e Vision Aziendali;***
- ***in coerenza con siffatto assetto organizzativo, l'atto aziendale disciplina altresì, in osservanza dei principi enucleati nella L.R. n. 36/94, i controlli interni ed, in particolare, il controllo di gestione, di regolarità amministrativa ed il controllo strategico, disciplinando l'attività dell'Organismo indipendente di valutazione e del Collegio Sindacale, le cui funzioni sono poste a presidio del perseguimento degli obiettivi di performance organizzativa e del raggiungimento di risultato quali-quantitativo dell'Azienda.***

Il modello dipartimentale, così come descritto, comprende, dunque, l'organizzazione:

- della rete ospedaliera
- dei servizi di assistenza territoriale.

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

- Il Distretto n. 1 comprende i Comuni di Margherita di Savoia, San Ferdinando di Puglia, Trinitapoli.
- Il Distretto n. 2 comprende il Comune di Andria.
- Il Distretto n. 3 comprende i Comuni di Canosa di Puglia, Minervino Murge, Spinazzola.
- Il Distretto n. 4 comprende il Comune di Barletta.
- Il Distretto n. 5 comprende i Comuni di Bisceglie e Trani.

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

L'organizzazione della rete ospedaliera tiene conto del R.R. n. 23/2019 e della D.G.R. n. 1079/2020; questi ultimi sono provvedimenti con i quali la Regione Puglia ha proceduto al riordino ospedaliero in ottemperanza al D.M. n. 70/2015 dedicato al Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

I servizi di assistenza territoriale sono stati "organizzati" tenendo conto dei principi e contenuti del D.M. 77/2022 dedicato al Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale (delibera ASL BT n 658 del 11/04/2023).

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

UFFICIO RELAZIONI COL PUBBLICO

- ***Il nuovo Urp digitale della Asl BT è un centro unico di contatto informatizzato che consente alle persone di comunicare con l'azienda sanitaria 24 ore su 24 attraverso diversi canali. Sul portale sono attivi:***
 - 1. un assistente virtuale che risponde alle richieste in tempo reale***
 - 2. un catalogo informativo sempre aggiornato sui principali servizi***
 - 3. una sezione dedicata alle news***
 - 4. il canale messenger per inviare un messaggio alla pagina Facebook della Asl***

5. il modulo per le segnalazioni

6. i contatti, il numero verde (800.18.49.77) e la mail urp@aslbat.it

Il nuovo Urp digitale utilizza un Customer Relationship Management (CRM) che permette di tracciare in maniera chiara e immediata i passaggi di ogni richiesta, i tempi di risoluzione e di aggiornare continuamente le informazioni utili agli utenti, oltre che gestire con tempestività i reclami proposti, indirizzandoli alle Strutture competenti.

La possibilità di centralizzare le richieste consente di fare valutazioni mirate, conoscere la domanda e il punto di vista delle persone in maniera tale da fornire risposte adeguate e organizzare i servizi e i flussi informativi in maniera più efficace.

ATTRIBUZIONE DI INCARICHI AL PERSONALE AFFERENTE ALL'AREA COMPARTO.

- *Con delibera ASL BT n. 931 del 31/05/2024, è stato adottato il "Regolamento per la graduazione e l'affidamento degli incarichi personale dell'Area del comparto ai sensi degli artt. 24-36 CCNL 02/11/2022. Presa d'atto e recepimento incarichi comparto", tenendo conto, altresì, della deliberazione della DG n.746 del 26/4/2024 di adozione del nuovo Atto Aziendale dell'ASL BT ex art.3, comma 1 bis, del D.lgs. n.502 del 30/12/1992, della delibera della DG n.817 del 16/5/2024 di determinazione fondi contrattuali consolidati anno 2023 e fondi contrattuali provvisori anno 2024 - Area Comparto, nonché della deliberazione della Giunta Regionale Pugliese del 21 giugno 2011 n.1388 e s.m.i. con la quale sono stati approvati i parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR. Successivamente l'adozione del regolamento di cui sopra, la ASL BT ha indetto e concluso le procedure dirette alla assegnazione di n. 189 incarichi al personale sanitario, amministrativo e tecnico del comparto.*

REGOLAMENTO INCENTIVI FUNZIONI TECNICHE

- *Con delibera ASL BT n. 2112 del 03/12/2024, è stato adottato regolamento per la disciplina, la costituzione e la ripartizione degli incentivi per funzioni tecniche, di cui all'art.45 del decreto legislativo del 31 marzo 2023, n.36.*

REGOLAMENTO PER LA PROGRESSIONE ECONOMICA ALL'INTERNO DELLE AREE ART. 19 CCNL Comparto Sanità Triennio 2019/2021

- *Con delibera ASL BT n. 2144 del 27/12/2023, tenuto conto della nuova disposizione contrattuale ex art. 19 CCNL 2019/2021 dedicato ai "differenziali economici di professionalità" (DEP), da intendersi come incrementi stabili del trattamento economico finalizzati a remunerare il maggior grado di competenza professionale progressivamente acquisito dai dipendenti nello svolgimento delle attribuzioni proprie dell'area di classificazione, veniva dato atto e recepito l'Accordo per la progressione economica all'interno delle aree di cui all' art.19 CCNL Comparto Sanità Triennio 2019/2021 (anno 2023), sottoscritto in data 14 novembre 2023 a maggioranza dei componenti di parte sindacale*

compresa la RSU, avente ad oggetto i criteri per l'attribuzione dei DEP con decorrenza giuridica ed economica a far data dal 1° gennaio 2023.

REGOLAMENTO AZIENDALE IN MATERIA DI ORARIO DI LAVORO DELLA DIRIGENZA SANITARIA IN APPLICAZIONE DEL CCNL 2019 – 2021

- *Con delibera ASL BT N. 2327 del 31/12/2024, tenuto conto del nuovo CCNL AREA SANITÀ 2019/2021 approvato in data 23 gennaio 2024, con riferimento ai "criteri generali relativi all'articolazione dell'orario di lavoro, è stato adottato il nuovo regolamento sull'orario di lavoro della dirigenza medica è stato approvato con deliberazione della D.G. n. 2327 del 31/12/2024;*

REGOLAMENTO PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI RIABILITATIVI, DI PROMOZIONE E INSERIBILIZZAZIONE TERRITORIALI E DI STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA ASLBAT RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI IN MATERIA DI SALUTE MENTALE DIRETTA ASL BAT.

- *Con delibera ASL BT N. 1796 del 24/10/2024 si è dato atto che il DSM ha svolto, nel corso degli anni, attività riabilitative caratterizzate da trasversalità, sostenibilità nel tempo ed integrazione con il territorio, che prescindono anche dall'inserimento degli utenti psichiatrici nelle strutture residenziali e semiresidenziali; è sorta, pertanto, la necessità di disciplinare (modi, tempi, obiettivi da raggiungere, esiti, spesa...) la presentazione dei suddetti progetti riabilitativi nell'ottica di contemperare i principi di trasparenza e imparzialità dell'azione amministrativa con il conseguimento delle finalità socio-sanitarie alle quali saranno destinate le risorse pubbliche impiegate, attraverso l'adozione di un apposito Regolamento.*

REVISIONE E AGGIORNAMENTO DEL REGOLAMENTO AZIENDALE PER LE ATTIVITÀ DEL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO (R.U.P.) E DEL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO (D.E.C.), APPROVATO CON LA DELIBERAZIONE N. 1199/2019.-

- *Con delibera ASL BT n. 1163 del 11/07/2024, tenuto conto dell'entrata in vigore il Decreto Legislativo 31.03.2023, n. 36 "Codice dei Contratti Pubblici in attuazione dell'art. 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78 recante delega al Governo in materia di contratti pubblici", nonché degli artt. 15 "Responsabile Unico del Progetto – RUP" e 114 "Direzione dei lavori e dell'esecuzione dei contratti" del d. Lgs. n. 36/2023 dedicati, rispettivamente, alle funzioni e alle competenze del R.U.P. e del D.E.C., è sorta la necessità di adottare il nuovo regolamento aziendale;*

Art. 2.3

Temporanea assenza e periodi di *vacatio* del RPCT

Alla luce di quanto indicato nell'Allegato 3 del PNA 2022, paragrafo 1.4.2, nell'eventualità di un periodo di assenza temporanea del RPCT, fino ad un max di 20 gg lavorativi, il dott. Dario De Luca, Collaboratore Amministrativo Professionale del RPCT, assumerà il ruolo di sostituto del RPCT, Avv. Raffaella Notarpietro.

Ove il periodo di assenza del RPCT si traduca, invece, in una vera e propria *vacatio* del ruolo, il RPCT ovvero il dott. Dario De Luca rappresenteranno alla Direzione Strategica Aziendale la necessità di provvedere alla nomina

del sostituto del RPCT in carica.

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

Art. 2.4

Processo di elaborazione della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza.

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

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

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

Gli Allegati alla presente sezione, B ed E, riportano i referenti/le strutture aziendali a cui afferiscono gli obblighi di pubblicazione.

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

Gli stessi, infatti, ogni semestre trasmettono al RPCT apposita relazione, su modello predisposto dal RPCT (Allegato A), attestante l'assolvimento delle misure generali e specifiche previste dalla Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza, fornendo altresì specifici spunti al RPCT nell'apposito campo destinato alle c.d. "note aggiuntive". La relazione viene redatta in attuazione dei principi di cui al DPR n.445/2000. In base ai contenuti delle relazioni, il RPCT si riserva controlli a campione in libertà ed autonomia. ***Tale attività risulta di fondamentale per la fase afferente il monitoraggio e revisione delle misure introdotte, a cura del RPCT, i cui esiti sono riportati nell'Allegato D.***

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

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

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

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

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

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

Art. 2.5

O.I.V.

Con delibera ASL BT N. 2532/2020 è stata disposta la costituzione dell'O.I.V., organo collegiale preposto a: partecipare al processo di gestione del rischio; considerare i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;

svolgere compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);

- rendere apposita attestazione in ordine all'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza
- esprimere parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001).

Art. 2.6

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

Al fine di rafforzare l'attività di pianificazione, verifica e controllo dei processi amministrativi, preme evidenziare che a partire dal 01/01/2021, ha preso vita l'Ufficio Controllo Strategico, la cui attività è disciplinata dall'art. 6, co. 1 del D.Lgs. n. 286/1999 e s.m.i. che, testualmente recita: "L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico. L'attività stessa consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi".

La ASL BT ha da tempo attivato un processo strategico di prevenzione – contrasto della corruzione, provvedendo, altresì, a dare attuazione alla disposizione di cui all'art. 12.B.4 del Piano Anticorruzione 2021/2023 che prevedeva la nomina del Gestore Antiriciclaggio e dei soggetti delegati del gestore (delibere ASL BT 573/2021 e 1380/2021). La ASL BT ha istituito, altresì, anche alla luce del Regolamento Regionale n. 16/2017, con il quale la Regione Puglia ha disciplinato l'attività ispettiva sanitaria, il Servizio Ispettivo Aziendale (deliberazione n. 1570 del 03/09/2021), allo scopo di assicurare effettività ai controlli e alle verifiche nel rispetto della normativa nazionale in tema di prevenzione della corruzione e tutela dell'integrità nelle pubbliche amministrazioni, tra cui, segnatamente, la l. n. 190/2012, cd. legge anti-corruzione, ed i connessi decreti legislativi n. 33/2013 e smi, cd. decreto trasparenza e n. 39/2013 e smi, quest'ultimo recante disposizioni in materia di incompatibilità ed inconfiribilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, nonché il D.P.R. 62/2013, avente ad oggetto Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Con delibera ASL BT n. 2092 del 02/12/2024, è stata individuata la Dott.ssa Mara D'Avanzo, Dirigente Amministrativo di Alta Specializzazione presso la U.O.C. Area Gestione Personale, quale coordinatore del Servizio Ispettivo Aziendale, secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Strategica, in sostituzione del Dott. Damiano Racioppi; col provvedimento è stata confermata la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 1570 del 03.09.2021 in tutte le restanti parti non modificate e/o rettifiche, disponendo, altresì, la trasmissione della copia dello stesso al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, ai componenti designati ed al Collegio Sindacale.

ART. 2.7

Istituzione del Comitato Unico di Garanzia

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

Con delibera/ n.233 del 15/02/2022 sono stati recepiti il "Regolamento aziendale per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia" e il "Piano delle Azioni Positive" per il triennio 2022-2024. Alla stesura di entrambi i documenti hanno concorso tutti i membri del Cug, sia titolari che supplenti, con l'obiettivo della massima condivisione. La cura del benessere dei lavoratori – anche alla luce del lavoro svolto in oltre due anni di gestione della pandemia da Covid19 – è stata al centro dell'interesse della stessa Direzione strategica che ha sollecitato azioni di analisi e di miglioramento del benessere organizzativo nonché azioni in supporto allo sviluppo di strumenti di comunicazione efficace per migliorare i rapporti interni ed esterni con utenti e pazienti.

Art. 2.8

La Transizione al Digitale

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

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

L'Azienda ha intrapreso un ambizioso percorso di trasformazione digitale, finalizzato a migliorare l'efficienza operativa, la qualità dei servizi offerti ai cittadini e la trasparenza amministrativa. Questo processo è guidato dall'Ufficio per la Transizione al Digitale, istituito con Delibera N. 1486 del 08/08/2018, che funge da punto di contatto sia interno che esterno all'Amministrazione, collaborando con vari soggetti istituzionali e stakeholder.

L'incremento dei livelli di digitalizzazione consente a questa azienda una maggiore tracciabilità dei rischi relativi la corruzione, consentendo la mitigazione dei rischi che possono attentare alla sicurezza dei dati sensibili un incremento della trasparenza nei confronti del cittadino attraverso la pubblicazione in digitale.

Al fine di garantire un adeguato livello di gestione del rischio ed il rispetto delle norme vigenti, questa azienda ha intrapreso un percorso di digitalizzazione tramite l'adozione del "Piano di Trasformazione Digitale", come da delibera della Direttrice Generale n. 2326 del 31/12/2024 di cui si riportano i progetti di rilievo per la mitigazione dei rischi corruttivi e della trasparenza.

- **URC**

La gestione dell'attività di recupero crediti sanitari, generati a vario titolo, viene interamente gestita da un modulo software che assicura completa tracciabilità del flusso di lavoro, integrando varie piattaforme abilitanti, una fra tutte la piattaforma pagoPA.

Ogni fase del processo, dalla registrazione dei crediti alla loro riscossione, viene monitorata e documentata digitalmente, garantendo una maggiore visibilità e controllo. La digitalizzazione e le integrazioni adottate permettono di identificare rapidamente eventuali anomalie o comportamenti sospetti, facilitando l'adozione di misure correttive tempestive. Inoltre, il flusso di lavoro digitalizzato favorisce l'accesso sicuro e centralizzato ai dati, migliorando la collaborazione tra i vari dipartimenti e riducendo la possibilità di frodi interne.

- **Tempi Chirurgici**

Il progetto di monitoraggio dei tempi chirurgici dell'ASL BT (finanziato con fondi PNRR M6C2\1.1.1. – Digitalizzazione DEA I e II livello) mira a consolidare e potenziare le aree che la caratterizzano come struttura di alta specialità, rafforzando il ruolo di riferimento nella gestione del paziente chirurgico. Su mandato regionale, l'ASL BT intende individuare una soluzione che consenta il tracciamento

automatico dei pazienti lungo tutto il percorso chirurgico, monitorando le varie fasi del processo. Questo sistema di tracciamento automatico è fondamentale per garantire una maggiore trasparenza e mitigare i rischi corruttivi. La tracciabilità delle fasi chirurgiche permette di avere un controllo preciso e dettagliato su ogni passaggio, riducendo il rischio di errori e manipolazioni. Inoltre, la possibilità di monitorare in tempo reale il percorso del paziente assicura che tutte le procedure siano eseguite correttamente e nei tempi previsti, aumentando la responsabilità degli operatori sanitari. La trasparenza del processo chirurgico è migliorata, poiché ogni fase è documentata e accessibile, permettendo una verifica continua e puntuale delle attività svolte. Questo progetto, quindi, non solo migliora l'efficienza e la qualità delle cure, ma contribuisce anche a creare un ambiente sanitario più sicuro e trasparente, riducendo significativamente i rischi di corruzione e garantendo un servizio migliore ai pazienti.

- **Gestione Protesica**

L'implementazione del modulo di assistenza protesica per la gestione delle richieste protesi offre numerosi benefici, soprattutto nell'ottica di trasparenza e anticorruzione. Questo modulo, integrato con anagrafica Edotto, permette una gestione centralizzata e tracciabile delle richieste di protesi, riducendo significativamente il rischio di errori e manipolazioni. La digitalizzazione del processo consente di monitorare ogni fase della richiesta, dall'inserimento dei dati alla consegna della protesi, garantendo così una maggiore trasparenza nelle operazioni. La configurazione dei servizi di integrazione contribuisce ulteriormente a standardizzare le procedure e a prevenire comportamenti illeciti.

- **Evoluzione del sistema Protocollo Informatico – Gestione Documentale**

L'evoluzione del Protocollo Informatico con l'aggiunta del modulo documentale consente la conservazione e la fascicolatura dei documenti. Questo progetto è cruciale per migliorare la trasparenza amministrativa attraverso la digitalizzazione e la tracciabilità dei documenti. La gestione elettronica dei documenti riduce il rischio di manipolazione e perdita di informazioni, garantendo un accesso rapido e sicuro ai dati. La trasparenza delle operazioni amministrative è migliorata, poiché ogni documento è tracciabile e accessibile in modo sicuro, riducendo le possibilità di corruzione e aumentando la responsabilità degli operatori. Il processo prevede la dematerializzazione di tutte le fasi, fra cui l'introduzione di firme digitali non solo per i responsabili di struttura, ma anche per i vari funzionari istruttori.

- **Open Data**

L'implementazione di una piattaforma aziendale Open Data (<https://dati.aslbat.it>) valorizza e rende disponibile ai cittadini e alle imprese il patrimonio informativo aziendale. La piattaforma Open Data promuove la trasparenza rendendo accessibili i dati aziendali al pubblico. Questo progetto, in fase di implementazione, permette ai cittadini di monitorare le attività della ASL e di accedere a informazioni rilevanti, riducendo il rischio di corruzione attraverso la visibilità delle operazioni. La disponibilità di dati aperti consente un controllo pubblico più efficace e una maggiore responsabilità da parte dell'ASL.

- **Cartella clinica Elettronica**

- **Ambulatoriale (CCA)**

La cartella digitalizzata consente l'immodificabilità del referto e tracciabilità delle informazioni ivi riportate. Consente altresì di verificare il corretto flusso ambulatoriale: la prestazione, difatti, appartiene alla lista di lavoro giornaliera trasmessa dal CUP e quindi correttamente prenotata secondo i canali di prenotazione disponibili (portale, sportello, call center). Gli accessi ambulatoriali "diretti" sono tracciati: in tal modo è possibile monitorare eventuali abusi in ambito ambulatoriale;

- **Ricovero**

La gestione informatizzata della cartella di ricovero permette con il modulo ADT (Ammissione-Dimissione-Trasferimento) di gestire in maniera trasparente le agende riferite a ricoveri programmati. Il ricovero in elezione, difatti, può essere "attivato" richiamando il paziente della lista d'attesa, secondo criteri oggettivi e verificabili (classe di priorità, tempo di permanenza in lista). Il processo di degenza è quasi del tutto digitale: al momento rimane cartaceo l'acquisizione consenso informato e altri reperti cartacei prodotti da apparecchiature medicali (ecg, ecografie, ect.).

È, altresì, in corso di digitalizzazione il verbale di sala operatoria: anche in questo caso è possibile tracciare il processo di prenotazione "sala operatoria" da parte del reparto richiedente fino alla esecuzione dell'intervento chirurgico, inserendo tempi specifici per ciascuna fase del percorso chirurgico (entrata in Blocco, induzione anestesia, inizio intervento, ect.). Il processo di digitalizzazione della Cartella Ospedaliera è in continua evoluzione.

- **CUP – Gestione Liste d'Attesa**

Alla luce delle ultime disposizioni regionali e al fine di migliorare la gestione nonché la visibilità delle agende ai cittadini, è stata implementata una evoluzione del sistema informativo CUP in modo da mantenere costante la proiezione delle agende di prenotazione senza soluzione di continuità (sine die), introducendo convenzionalmente una riproiezione "automatica" per 5 anni. Tale riproiezione automatica, a cadenza giornaliera, garantisce sempre nuovi slot prenotabili, evitando contemporaneamente che si saturino fasce di disponibilità solo per alcune classi di priorità.

Tale gestione permette una migliore trasparenza nella gestione delle agende e nella gestione dei flussi utenti.

- **Piattaforma REGIS**

La Piattaforma ReGIS rappresenta un importante strumento per garantire trasparenza e combattere la corruzione nell'ambito della gestione dei fondi del PNRR. Grazie all'accesso tramite SPID, il RUP può caricare tutta la documentazione relativa al progetto, dalla fase iniziale sino alla chiusura. Questo processo di rendicontazione centralizzato permette di monitorare ogni fase del progetto in modo chiaro e tracciabile, riducendo il rischio di irregolarità e garantendo che tutte le informazioni siano facilmente accessibili e verificabili.

Di seguito si riporta esempio della piattaforma utilizzata per il caricamento della documentazione.

P.o. barletta viale ippocrate ammodernam		Soggetto Attuatore		Misura	Descrizione Misura
Stato In Corso		REGIONE PUGLIA		M5C21.1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)
Codice Unico Progetto C94E22004020005		Importo totale del Progetto 5.889.500,00 €		Target Partecipa: Si	Ultime modifiche
C.F.P./IVA Soggetto Attuatore 80017210727 REGIONE PUGLIA		Natura Cup ACQUISTO DI BENI 01			

Riepilogo	Anagrafica Progetto	Gestione Spese	Titolare Effettivo	€ Cronoprogramma/Costi	Soggetti Correlati	Gestione Fonti	Indicatori	Visualizza Altre Sezioni
---------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------	--

Iter di Progetto

[Tabella](#) [Gantt](#)

[Comprimi tutto](#) [Espandi tutto](#) [Scarica Excel](#)

Fase procedurale	Attività	Sottofase	Data Inizio Prevista	Data Fine Prevista	Data Inizio Effettiva	Data Fine Effettiva	Allegati
00103 AGGIUDICAZIONE			14/06/2022	31/12/2022	19/12/2022	19/12/2022	Allegati (2)
00104 STIPULA CONTRATTO	➔		20/12/2022	20/12/2022	20/12/2022	20/12/2022	Allegati (0)
00105 ESECUZIONE FORNITURA	➔		10/01/2023	30/06/2025	10/01/2023		Allegati (0)
00106 COLLAUDO	➔		10/01/2023	30/06/2025	10/01/2023		Allegati (0)

Art. 2.9

Altre figure di rilievo

- La ASL BT ha individuato, per svolgere le funzioni di R.A.S.A. (Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante) e per gli adempimenti propri dell'aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti, la dottoressa Nuziana Losito, Dirigente Responsabile della UOSVD Gestione Amministrativa dei Servizi Tecnici e PNRR. Alla luce del Comunicato Anac del 20 dicembre 2017, al RASA competono tutte le funzioni previste dall' art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.
- Il ruolo di Responsabile unico Liste d'attesa (R.U.L.A.) è svolto dalla dottoressa Silvia Cannone, incardinata presso la Direzione Sanitaria della ASL BT.
- In ASL BT sono state individuate, in ossequio alle vigenti Linee Guida AgID 2021, le figure del Responsabile della Gestione Documentale, dott.ssa Ylenia Piccolo, e quella del Responsabile della Conservazione Documentale, dott.ssa Valeria Coviello (rispettivamente nominate con disposizioni di servizio prot. n. 50952 del 28.06.2023 e n. 85747 del 20.11.2023)

Precisamente, il Funzionario Responsabile della Gestione Documentale è preposto alla gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e alla redazione del Manuale di Gestione Documentale, attualmente in fase di completamento in attesa dell'imminente implementazione del nuovo software relativo al protocollo informatico SEEDOO nella versione aggiornata alle ultime Linee Guida AgID, teso a garantire la completa funzionalità del sistema da parte di tutti gli uffici, orientandolo alla massima trasparenza ed efficienza.

Il Manuale di Gestione Documentale descrive il sistema di gestione informatica dei documenti e fornisce le istruzioni per il corretto funzionamento del protocollo informatico e della gestione dei flussi documentali, riguardando la formazione, la gestione, la trasmissione, l'interscambio, l'accesso ai documenti informatici nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali e in coerenza con quanto previsto nel Manuale di Conservazione.

Il Funzionario Responsabile conservazione documentale si occupa dell'attività di gestione di archiviazione di documenti, gestione scarto documentazione sanitaria, amministrativa e assimilata, anche con

riferimento sia al processo di digitalizzazione delle cartelle cliniche e sia alla piattaforma digitale di ricerca e trasmissione dei documenti gestita in outsourcing; si occupa, altresì, della gestione rapporti con fornitore esterno per esternalizzazione documenti.

- Di particolare interesse appare, inoltre, la nomina del Referente aziendale del PNRR, ossia del Direttore dell'Area Gestione Tecnica, Ing. Carlo Ieva.

Art. 3

Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – Missione 6

In data 30/04/2021 l'Italia ha presentato alla Commissione Europea il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che contiene 6 Missioni tra cui la Missione 6 "Salute", di interesse del Servizio Sanitario Nazionale. Il PNRR è un programma "performance-based" e non di spesa, incentrato sul raggiungimento di Milestones e targets (M&T) entro una tempistica prefissata e inderogabile.

La Missione 6 "Salute" del PNRR mira a potenziare e orientare il SSN e, dunque, a migliorarne l'efficacia per rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica. La Missione richiamata è articolata nelle seguenti Componenti:

- 1. Componente 1: "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale";***
- 2. Componente 2: "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN".***

Nello specifico si dettagliano le articolazioni riferite alle singole componenti:

- ***Componente 1 - Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale***
 - ✓ ***C1 Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona***
 - ✓ ***C1 Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina***
 - ✓ ***C1 Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)***
- ***Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale***
 - ✓ ***1 Aggiornamento tecnologico e digitale***
 - ✓ ***C2 Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero***
 - ✓ ***C2 Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile***
 - ✓ ***C2 Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per o la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione Azione 1 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Azione 2 Infrastruttura tecnologica del Min. Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria***
 - ✓ ***2 Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico***
 - ✓ ***C2 Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN***

- ✓ **C2 Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.**

La governance del PNRR è stata definita, con un'articolazione a più livelli, dal decreto-legge del 31 maggio 2021, n. 77, convertito dalla legge 19 luglio 2021, n. 108. La responsabilità di indirizzo è assegnata alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, la realizzazione operativa degli interventi alle Amministrazioni Centrali titolari, alle Regioni, alle Province Autonome e gli Enti locali, attraverso le proprie strutture ovvero avvalendosi di soggetti attuatori esterni.

L'art. 56 comma 2 del citato D.L. n. 77/2021, dispone, inoltre, che per l'attuazione dei programmi del PNRR di competenza del Ministero della Salute si procede attraverso la disciplina del contratto istituzionale di sviluppo (CIS) di cui agli articoli 1 e 6 del D.Lgs. n. 88/2011 e all'art. 7 del D.L. n.91/2017.

Le risorse del PNRR destinate alla realizzazione degli interventi sono state ripartite tra le Regioni e le Province autonome con Decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute "Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari.", pubblicato su Gazzetta Ufficiale (GU Serie Generale n.57 del 09-03-2022). I Soggetti Attuatori realizzano i loro interventi congiuntamente ed in solido con gli Enti del Servizio Sanitario regionale dai medesimi delegati. I "soggetti attuatori" degli interventi, come definiti ai sensi dell'articolo 1, co. 4, lett. o), del predetto D.L. n. 77/2021, coincidono, quindi, con gli Enti del Servizio sanitario regionale preposti ai singoli interventi.

1.2 La delega di attuazione all'ASLBT

Con DGR n. 134 del 15/02/2022, la Regione Puglia ha approvato il Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale pugliese, con successiva DGR n 688 del 11/05/2022, la Regione ha sottoscritto il Piano Operativo Regionale degli Investimenti Missione 6 Salute, e con DGR n. 763 del 26 maggio 2022 "è stato approvato il Contratto Interistituzionale di Sviluppo.

Le linee di intervento delegate ed attuate nell'ambito del PNRR all'ASL BT sono le seguenti:

- ❖ **M6.C1 – 1.1 Case della comunità e presa in carico della persona.**
- ❖ **M6.C1 – 1.2.2 Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrali operative territoriali.**
- ❖ **M6.C1 – 1.2.2 Centrali operative territoriali - Interconnessione aziendale.**
- ❖ **M6.C1 – 1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).**
- ❖ **M6.C1 – 1.2.2 Centrali operative territoriali - Device.**
- ❖ **M6.C2 – 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e I).**

❖ **M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie).**

In data 29 luglio 2022 è stato sottoscritto l'atto di delega con cui l'ASL BT è stata autorizzata dalla Regione Puglia all'attuazione degli interventi PNRR e per i quali è stato assegnato un finanziamento complessivo di € 48.512.109,22 così ripartito:

COT	COT device	COT interconnessioni	Ospedali di Comunità	Case di Comunità	Digitalizzazione DEA	Grandi Apparecchiature	totale ASL BT*	cofinanziamento
€ 995.000,00	€ 483.580,00	€ 355.358,00	€ 14.207.000,00	€ 10.442.447,00	€ 16.213.724,22	5.815.000,00	48.512.109,22	232.969,00

Analizziamo nel dettaglio le singole attività suddivise per componenti:

1.3 La Componente C1

Nell'ambito della suddetta componente rientrano gli interventi che prevedono l'ampliamento della rete territoriale della ASL BT e in particolare gli interventi per la realizzazione delle nuove strutture, quali Case della comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali di Comunità.

Gli investimenti delegati alla ASL BT relativamente alla suddetta componente sono di seguito indicati nel prospetto che segue che riporta per ciascun intervento il Codice Unico di Progetto (CUP) che costituisce un adempimento amministrativo obbligatorio per tutti i progetti d'investimento pubblico, il Comune di ubicazione, se trattasi di intervento di rifunzionalizzazione o di nuova costruzione, oltre all'indicazione del relativo importo di finanziamento:

N	Tipologia di intervento	CUP	Comune	Importo intervento finanziato con PNRR
1	Casa della Comunità	C15F22000580006	BISCEGLIE nuova costruzione	€ 1.584.000,00
2	Casa della Comunità	C25F22000430006	CANOSA DI PUGLIA ristrutturazione	€ 448.447,00
3	Casa della Comunità	C35F22000690006	MARGHERITA DI SAVOIA nuova costruzione	€ 1.468.000,00
4	Casa della Comunità	C52C22000100006	SAN FERDINANDO DI PUGLIA ristrutturazione	€ 1.196.000,00
5	Casa della Comunità	C62C22000250006	SPINAZZOLA ristrutturazione	€ 448.000,00
6	Casa della Comunità	C72C22000130006	TRANI ristrutturazione	€ 894.000,00
7	Casa della Comunità	C85F22000600006	ANDRIA nuova costruzione	€ 1.468.000,00
8	Casa della Comunità	C85F22000610006	TRINITAPOLI nuova costruzione	€ 1.468.000,00
9	Casa della Comunità	C95F22001780006	BARLETTA nuova costruzione	€ 1.468.000,00

N	Tipologia di intervento	CUP	Comune	Importo intervento finanziato con PNRR
1	Ospedale di Comunità	C35F22000710006	MARGHERITA DI SAVOIA nuova costruzione	€ 2.619.000,00
2	Ospedale di Comunità	C42C22000160006	MINERVINO MURGE ristrutturazione	€ 3.362.000,00
3	Ospedale di Comunità	C62C22000260006	SPINAZZOLA ristrutturazione	€1.494.000,00
4	Ospedale di Comunità	C72C22000150006	TRANI ristrutturazione	€1.494.000,00
5	Ospedale di Comunità	C85F22000630006	ANDRIA nuova costruzione	€ 2.619.000,00
6	Ospedale di Comunità	C95F22001810006	BARLETTA nuova costruzione	€ 2.619.000,00

N.	Tipologia di intervento	CUP	Comune	Importo intervento finanziato con PNRR
1	Centrale Operativa Territoriale	C35F22000700006	MARGHERITA DI SAVOIA	€199.000,00
2	Centrale Operativa Territoriale	C42C22000150006	MINERVINO MURGE	€199.000,00
3	Centrale Operativa Territoriale	C72C22000140006	TRANI	€199.000,00
4	Centrale Operativa Territoriale	C85F22000620006	ANDRIA	€199.000,00
5	Centrale Operativa Territoriale	C95F22001800006	BARLETTA	€199.000,00

Le Case della Comunità saranno strutture sanitarie territoriali, promotrici di un modello di intervento multidisciplinare (modello Case della Salute). Il cittadino può trovare tutti i servizi sanitari di base, il Medico di Medicina Generale e il Pediatria, gli specialisti ambulatoriali e altri professionisti (logopedisti, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione). Figura chiave nella Casa della Comunità sarà l'infermiere di famiglia, che diventa il professionista responsabile dei processi infermieristici in famiglia e Comunità.

2. Gli Ospedali di Comunità saranno strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica. Sono strutture intermedie tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica.

3. Le Centrali Operative territoriali (COT) saranno HUB tecnologicamente avanzati per la presa in carico del cittadino e per il raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.

Questa Azienda al termine del 2024 ha realizzato n. 5 COT che sono attualmente funzionanti e concluso le attività di progettazione per le Case di Comunità e per gli Ospedali di Comunità.

A seguito della Delibera della Direttrice Generale n. 56 del 16/01/2025, è stato approvato il "Modello Aziendale di Organizzazione e Funzionamento delle COT della ASL BT" in applicazione della D.G.R. 18 Novembre 2024, n. 1532 avente ad oggetto "Approvazione del documento "Linee di indirizzo sul funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) in Puglia" e recepimento delle «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1- 7 "Centrali operative pienamente funzionanti", sub investimento 1.2.2 - Centrali Operative territoriali"», Ministero della Salute, versione 1 del 26/1/2024".

La COT attualmente è dotata di un sistema che da supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale riguardo le attività e servizi distrettuali, consentendo un corretto accesso ai sistemi di FSE.

La gestione dei singoli setting territoriali allo stato attuale viene effettuata con il supporto del Sistema Informativo Regionale Edotto, ed in particolare per assistenza domiciliare, assistenza residenziale, assistenza hospice, assistenza riabilitativa e assistenza farmaceutica (Distribuzione Diretta Farmaci). Mentre l'assistenza ospedaliera viene implementata dal sistema di Cartella Clinica Elettronica (CCE) regionale.

La realizzazione dell'intervento Interconnessione aziendale è stata delegata dalla Regione all'Aress.

Il sistema COT Interconnessione è stato collaudato dall'AreSS in data 30/09/2024 e si resta in attesa dello svolgimento della formazione specifica degli operatori;

Per la realizzazione dell'intervento COT Device si attendono disposizioni regionali.

Attualmente sono stati avviati i lavori per la Case di Comunità di Spinazzola e di Canosa di Puglia.

1.4 La Componente C2

Nell'ambito della suddetta componente rientrano sia gli interventi di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie) e sia gli interventi di Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA (Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e I).

Con gli investimenti dedicati all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero si è proceduto all'acquisto delle grandi apparecchiature indicate nel prospetto che segue che documenta per ciascuna, il provvedimento di acquisizione e la data di avvenuto collaudo:

Tipologie di apparecchiature	Presidio Ospedaliero di allocazione	CUP	Importo Q.E.	PROVVEDIMENTI	Data collaudo Apparecchiatura	Data collaudo lavori (ove realizzati)
Tomografi Computerizzati	P.T.A. Trani	C79J2200 1540005	€ 530.000,00	lotto 2 deliberazione n.1412 del 22/08/2023	Differimento T2-2025	Differimento T2- 2025

(CT Scans) - 128 strati				lavori deliberazione n.1451 del 04/09/2024		
	P.O. Barletta	C99J2200 1180005	€ 530.000,00	lotto 2 deliberazione n.1412 del 22/08/2023 lavori deliberazione n.1451 del 04/09/2024	12/12/2024	12/12/2024
	P.O. Bisceglie	C19J2200 1440005	€ 530.000,00	lotto 1 deliberazione n. 440 del 14/03/2023 Accessori deliberazione n. 901 del 26/05/2023 lavori deliberazione n.2117 del 06/12/2024	12/12/2024	12/12/2024
	P.O. Andria	C89J2200 1460005	€ 530.000,00	lotto 2 deliberazione n.1412 del 22/08/2023	Prot.7950 26/01/2024	Prot.13473 13/02/2024
Tomografi a Risonanza Magnetica aperta (MRI) - max 1 Tesla	P.O. Andria	C99J2200 1190005	€ 914.000,00	lotto 1 deliberazione n. 1201 del 05/07/2023	Differimento T2-2025	Differimento T2-2025
Mammografi con tomosintesi	P.O. Andria	C99J2200 1590005	€ 274.500,00	lotto unico deliberazione n. 996 del 07/06/2023 lavori installazione deliberazione n. 1123 del 23/06/2023	18/01/2024	25/10/2023
Tipologia di angiografi	Presidio Ospedaliero di allocazione	CUP	Importo Q.E.	PROVVEDIMENTI	Data collaudo Apparecchiatura	Data collaudo lavori (ove realizzati)
Vascolari	P.O. Andria	C89J2000 2480005	€ 608.000,00	Lotto 1 deliberazione n. 188 del 07/02/2020 Indizione lavori deliberazione n. 273 del 08/02/2023	07/05/2024	Certificato ultimazione lavori parziale redatto dall'impresa e dal Dir. Lavori
Tipologia di ecotomografi	Presidio Ospedaliero di allocazione	CUP	Importo Q.E	PROVVEDIMENTI	Data collaudo Apparecchiatura	Data collaudo lavori (ove realizzati)
Multidisciplinari/Internistici	P.O. Andria	C19J2200 1770005	€ 82.500,000	lotto 1 sub lotto 1.a deliberazione n. 1218 del 12/09/2022	27/07/2023	Lavori non previsti
	P.O. Barletta (Radiologia)	C99J2200 1370005	€ 82.500,000		27/07/2023	Lavori non previsti
	P.O. Andria (Sala Operatoria)	C89J2200 1350005	€ 82.500,000		17/03/2023	Lavori non previsti
Cardiologici 3D	P.O. Barletta	C99J2200 1380005	€ 82.500,000	lotto 3 sub lotto 2.a deliberazione n. 1218 del 12/09/2022	28/02/2023	Lavori non previsti
	P.O. Bisceglie	C19J2200 1780005	€ 82.500,000		01/03/2023	Lavori non previsti
	P.O. Andria	C89J2200 1370005	€ 82.500,000		28/02/2023	Lavori non previsti
Ginecologici 3D	P.O. Barletta	C99J2200 1390005	€ 82.500,000	lotto 7 Sub lotto 4.a deliberazione n. 1547 del 02/11/2022	22/12/2022	Lavori non previsti
	P.O. Andria	C89J2200 1380005	€ 82.500,000		7/12/2022	Lavori non previsti
Apparecchiature di radiologia						
Telecomandati digitali per esami di reparto	P.O. Barletta	C99J2200 1580005	€ 247.700,000	lotto 1 deliberazione n. 255 del 03/02/2023	25/01/2023	13/02/2024

	PTA Trani	C99J2200 1570005	€ 247.700,000	lavori installazione deliberazione n. 1123 del 23/06/2023	31/01/2024	25/10/2023
	PPA Canosa di Puglia	C89J2200 1440005	€ 247.700,000		11/12/2023	25/10/2023
	P.O. Andria	C89J2200 1450005	€ 247.700,000		16/02/2024	13/02/2024
	P.O. Bisceglie	C19J2200 1910005	€ 247.700,000	lavori delibera n.2117 del 06/12/2024	12/12/2024	12/12/2024
			€ 5.815.000,00			

Relativamente agli interventi di Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA Dipartimenti i progetti sono i seguenti:

- **Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale DEA 1° livello - PO "L. Bonomo" di Andria, CUP C84E22000360005, importo finanziato € 6.389.200,00;**
- **Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale DEA 1° livello - PO "Dimiccoli" di Barletta, CUP C94E22004020005, importo finanziato € 5.889.500,00;**
- **Sistema di tracciabilità dei Tempi Chirurgici (ASL BT pilota regionale), CUP C85F22000580006, importo finanziato € 3.935.024,22.**

Di seguito si riportano gli avanzamenti relativi i suddetti progetti:

1. Deliberazione della Direttrice Generale n. 924 del 29/05/2024 con oggetto M6C2 - 1.1.1. Ammodernamento del Parco tecnologico e digitale Ospedaliero. Adesione alla Convenzione Consip ID 2425 – PC Portatili, Mobile Workstation e Chromebook per le PA. CIG Derivato A057649794: Sono stati ricevuti da parte del fornitore i dispositivi richiesti nella presente delibera. Tali device sono attualmente in fase di distribuzione presso le strutture Asl BT

2. Deliberazione della Direttrice Generale n. 1337 del 05/08/2024 con oggetto PNRR M6C2|1.1.1– Adesione all'AQ CONSIP SD2 "Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino", ID 2365–Lotto 4. Progetto "Accoglienza Digitale" in ambito DEA ASL BT C94E22004020005 - CIG: B24770A63C; CUP: C84E22000360005 – CIG: B246BBC209: Per tale progettualità, sono stati iniziati i lavori inerenti all'elaborazione dell'applicazione.

3. Deliberazione della Direttrice Generale, n. 1685 del 12/10/2023, - Adesione AQ CONSIP "Servizi Applicativi in ottica Cloud e PMO" L2; implementazione S.I. PNRR M6C2-1.1.1 CUP-C84E22000360005 e servizi di conduzione Sistemi Amministrativi e Clinico-Sanitari (48mesi).CIG derivato: A000D04E76.

4.Deliberazione della Direttrice Generale, n. 1934 del 23/11/2023, in riferimento al Progetto Regionale PNRR "Stima Tempi Chirurgici":

In aggiunta agli interventi di cui alle Delibere sopra citate si aggiungono i seguenti interventi:

1. Deliberazione della Direttrice Generale n. 1509 del 13 settembre 2024 PNRR M6C2|1.1.1 Adesione all'AQ CONSIP SD2-L6 "Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino"; progetto "Data Room e

Supporto specialistico DEA Andria e Barletta". CUP: C94E22004020005, CIG: B2AF0E621A; CUP: C84E22000360005, CIG: B2AEE337DD.

Per tale progettualità sono ad oggi state implementate le seguenti dashboard in PowerBI (Tecnologia Microsoft):

- ☐ **Dashboard di monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, convenzionata e diretta;**
- ☐ **Dashboard inerente alla gestione del personale;**
- ☐ **Dashboard DRG;**
- ☐ **Dashboard relativa i conferimenti FSE;**
- ☐ **Dashboard ICT-PDL-INFRA.**

2. Approvazione del Piano Operativo Progetto PNRR Digitalizzazione DEA M6C2|1.1.1 – "Servizi di conduzione applicativa e di manutenzione evolutiva CCE"

Si rappresenta, infine, che in merito agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti attraverso il sistema ReGiS, sono state espletate tutte le attività previste anche in questo terzo quadrimestre 2024.

In aggiunta, ogni mese viene aggiornato ed inviato, alla cabina di regia regionale, un file di monitoraggio progetti PNRR – Digitalizzazione DEA, secondo le indicazioni ricevute.

Le attestazioni degli avvenuti aggiornamenti su piattaforma ReGiS vengono raccolti in maniera centralizzata dalla U.O.S.V.D. Gestione Amm.va dei Servizi Tecnici e PNRR ed inviati in Regione a firma dalla Direttrice Generale, così come stabilito dalla cabina di regia PNRR della Regione Puglia

Art.4

Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio.

Il PNA 2016, l'Allegato 1 al PNA 2019 ed il nuovo PNA 2022, affermano che rileva "la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico" e che, così come riportato dal PNA 2022, la mappatura dei processi costituisce una parte fondamentale dell'analisi di contesto interno. Una buona programmazione delle misure di prevenzione della corruzione richiede che si lavori per una mappatura dei processi integrata al fine di far confluire obiettivi di performance, misure di prevenzione della corruzione e programmazione delle risorse umane e finanziarie necessarie per la loro realizzazione. Quanto all'integrazione fra la mappatura per la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la performance, seppure obiettivo da perseguire, essa va, tuttavia, sviluppata in una logica di gradualità e non a discapito della prevenzione della corruzione.

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

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

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

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

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

- elementi in ingresso che innescano il processo – “input”;
- risultato atteso del processo – “output”;
- sequenza di attività che consente di raggiungere l’output – le “attività”;
- responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
- tempi di svolgimento del processo e delle sue attività;
- criticità del processo.

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

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

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

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

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

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

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

Seguendo lo stesso principio di sostenibilità, per ciascuna misura programmata, sono stati individuati degli indicatori di monitoraggio che hanno consentito al RPCT di monitorare le misure programmate; di verificare che le stesse vengano attuate e, conseguentemente valutare il grado di efficienza.

I processi così mappati, sono stati riportati in forma tabellare, ritenuta la forma più utile ed intuitiva per rappresentare al meglio il lavoro svolto (vedasi Allegato C alla Sezione 2024/2026).

Questo metodo di risk management, ritenuto valido, sarà utilizzato per proseguire, **nel corso del 2025**, con la mappatura degli altri processi e per apportare eventuali aggiornamenti, **soprattutto tenuto conto della nuova organizzazione aziendale declinata con l'Atto Aziendale**.

- Valutazione e gestione del rischio -

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

I risultati della mappatura -

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

ART. 4.1

- Monitoraggio e riesame -

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

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

Il monitoraggio e il riesame periodico sono fasi del processo di gestione del rischio atteso che consentono di verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentono, ove necessario, di apportare le modifiche. Monitoraggio e riesame sono due attività differenti ma strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

La fase del monitoraggio ha riguardato sia lo stato di attuazione delle misure di carattere generale che lo stato di attuazione delle misure di carattere specifico.

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

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

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

Il monitoraggio prevede l'attività di verifica a cura del RPCT con particolare riferimento alle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori e l'acquisizione della documentazione.

Da una lettura comparativa con i precedenti report si rileva un continuo miglioramento delle attività di prevenzione della corruzione poste in essere dalla ASL BT ed una generalizzata attuazione delle misure di carattere generale e specifiche, contrastanti il verificarsi di fenomeni corruttivi.

Degli esiti del monitoraggio sulle misure specifiche individuate nelle mappature così svolte, si tenga conto dell'Allegato D.

Art. 5

Misure per prevenire la corruzione

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

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

5.1 MISURE DI CARATTERE GENERALE

Il codice di comportamento

Con delibera n. 9 del 03/01/2023, la ASL BT ha disposto la modifica del Codice di Comportamento aziendale, provvedendo, altresì, alla pubblicazione del documento in AT. La modifica è apparsa necessaria in ragione degli interventi operati dal Legislatore nazionale con il Decreto Legge n.36/2022 recante "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" che ha previsto quanto segue: "all'art.4 rubricato "Aggiornamento dei codici di comportamento e formazione in tema di etica pubblica", "all'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono apportate le seguenti modificazioni: a) dopo il comma 1 e' inserito, il seguente: «1-bis. Il codice contiene, altresì, una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione.»; b) al comma 7 e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Le pubbliche amministrazioni prevedono lo svolgimento di un ciclo formativo la cui durata e intensita' sono proporzionate al grado di responsabilita' e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico.». 2. Il codice di comportamento di cui all'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e' aggiornato entro il 31 dicembre 2022 anche al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui al comma 1, lettera a)".

La disciplina del Codice di Comportamento è stata rivista dal DPR n. 81 del 13 giugno 2023 che ha introdotto modifiche alla normativa esistente, in attuazione di quanto previsto dal PNRR 2, al fine di adeguarlo al nuovo contesto socio-lavorativo, allineandolo anche alle esigenze di tutela dell'ambiente, al principio di non discriminazione nei luoghi di lavoro e alla maggiore diffusione di Internet e dei social media.

Il Codice di Comportamento della ASL BT, come da comunicazione dell'Area Gestione del Personale prot. n. 56120 del 09/07/2024, è conforme alle nuove disposizioni normative che hanno apportato sostanziali modifiche agli artt. 11, 12, e 13 del D.P.R. 62/2013. Il "documento" vigente prevede un chiaro richiamo ai seguenti campi:

1. Conflitto di interessi (***richiamato nell'obiettivo strategico aziendale del 2025***);
2. Correttezza e buon andamento del servizio;
3. Collaborazione attiva dei dipendenti per prevenire fenomeni di corruzione e di mala-administration;
4. Comportamento nei rapporti tra privati;
5. Comportamento nei rapporti con il pubblico.

Nel 2024, pertanto, è stata effettuata l'attività di verifica e controllo della misura del rispetto del Codice di Comportamento dei dipendenti ASL da parte del RPCT, nell'ambito delle due relazioni infra annuali, prodotte dal Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura. ***Dall'esame delle dichiarazioni rese dai Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura nell'ambito delle relazioni del primo e secondo semestre 2024, è emerso un chiaro richiamo alla conoscenza, da parte degli stessi e di tutto il personale preposto ad ogni singola struttura, dell'esistenza del Codice di Comportamento e dei contenuti dello stesso. Le dichiarazioni sono supportate dal dato fornito al RPCT dal Presidente dell'Ufficio Procedimenti disciplinari che, al fine di consentire la predisposizione della relazione annuale 2024 a cura del Responsabile, ha chiarito che nel 2024 sono stati avviati n. 19 procedimenti disciplinari, esplicitati all'art. 2.2. Analisi del contesto interno.***

La Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza 2023/2024 prevedeva, all'articolo 4.1, quanto segue: "Dall'esame delle dichiarazioni rese dai Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura nell'ambito delle relazioni del primo semestre 2022, è emerso un chiaro richiamo alla conoscenza, da parte degli stessi e di tutto il personale preposto ad ogni singola struttura, dell'esistenza del Codice di Comportamento e dei contenuti dello stesso. Le dichiarazioni sono supportate dal dato fornito al RPCT dal Presidente dell'Ufficio Procedimenti disciplinari che, al fine di consentire la predisposizione della relazione annuale 2022 a cura del Responsabile, ha chiarito che nel 2022 ci sono stati n. 16 procedimenti disciplinari aventi ad oggetto violazioni di carattere comportamentale." L'articolo 4.1 prevedeva, altresì, la predisposizione della "mappatura dei comportamenti" tenuti dai dipendenti che dovrà tener conto, altresì, del dato fornito dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

La Sezione, all'art. 11, intitolato "Cronoprogramma – Obiettivo Strategico 2023" – stabiliva, invece, che il rispetto delle misure previste dallo stesso, rientrasse tra gli obiettivi strategici 2023 fissati dalla Direzione Strategica. Tra le misure indicate vi era quella di predisporre apposita relazione afferente la mappatura dei comportamenti tenuti dai dipendenti entro il 30/10/2023.

Il Gruppo di lavoro, che ha visto la partecipazione attiva dell'Area Gestione del Personale, dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari e della Struttura Burocratica Legale, ha effettuato la c.d. mappatura dei comportamenti.

Al fine di dare attuazione alla misura prevista, dunque, sono stati esaminati:

- i procedimenti disciplinari avviati negli anni 2021, 2022 e primo semestre 2023;
- i procedimenti penali comunicati dal personale dipendente della ASL BT attraverso l'istituto contrattuale della "Tutela legale", anni 2021, 2022 e primo semestre 2023.

I procedimenti disciplinari avviati attengono principalmente alle seguenti fattispecie:

- assenze ingiustificate
- ritardo significativo e negligenza nell'esecuzione dei compiti assegnati
- condotta non conforme a correttezza nei confronti di superiori, colleghi utenti
- denigrazioni e offese negli ambienti di lavoro (violazione dei rapporti di colleganza)
- offese a mezzo canali social
- svolgimento di attività che ritardano il recupero psico-fisico a seguito di uno stato di presunta malattia

Per quanto attiene l'ultimo punto dell'elencazione dei procedimenti disciplinari di cui sopra, si tiene ad evidenziare che la ASL BT ha adottato due distinte circolari (note prott. n.ri 65067/2024 e 73338/2024) relative ai "Tempi e modalità di richieste e fruizione dei permessi di cui alla L. 104/1992

e smi e del congedo straordinario ex art. 42 D.Lgs n. 151/2001", a cui seguiva la nota "precisazioni in merito alla nota prot. n. 65067 del 12/08/2024 (permessi L. 104/92 e smi).

Le circolari seguivano il regolamento aziendale adottato dalla ASL BT che regolamenta l'istituto della Aspettativa.

I procedimenti penali comunicati dal personale dipendente (la quasi totalità), attengono ai reati di cui agli artt. 589 / 590 del codice penale (omicidio colpose e lesioni personali colpose), ossia ai procedimenti che vedono coinvolto il personale sanitario, prevalentemente quello afferente il ruolo della Dirigenza Medica.

L'attività posta in essere rileva ai fini della emanazione del Codice Etico, già redatto in bozza ed in fase di condivisione e conclusione, che rappresenta il documento che definisce la politica aziendale e contiene la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'Azienda nei confronti di tutti i "portatori di interesse", ferma restando la disciplina contenuta nei vigenti CCNL e Codice di Comportamento Aziendale vigente.

Dall'attività posta in essere dal gruppo di lavoro e tenuto conto degli esiti delle azioni disciplinari elevate nel tempo, è possibile affermare che le stesse, ***nel periodo considerato***, sono riconducibili a comportamenti estemporanei dei dipendenti, di natura disciplinare e non collegabili a reati corruttivi.

L'attività afferente la mappatura dei comportamenti appare di notevole interesse tant'è che la stessa è ancora in corso; concordemente con l'Area Gestione del Personale, si ritiene di coinvolgere nel progetto di mappatura anche la UOSVD Informazione, comunicazione, formazione e polo universitario a cui afferisce l'Ufficio Relazioni col Pubblico.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2025: verifiche a campione da parte del RPCT tenendo conto delle dichiarazioni rese con le due relazioni infrannuali; adozione del Codice Etico a cura del RPCT e dell'Area Gestione del Personale entro il termine del 30 settembre 2025. – Eventuale introduzione di nuove misure di controllo relative al conflitto di interessi.

Anno 2026: verifica sulle misure introdotte ed eventuale introduzione di nuove misure di controllo relative al conflitto di interessi.

Anno 2027: verifica sulle misure introdotte ed eventuale introduzione di nuove misure di controllo relative al conflitto di interessi

Rispetto della disciplina sul conflitto di interessi.

La misura del rispetto della disciplina sul conflitto di interessi era già prevista all'art. 5 del PTPCT del 2018, esplicitata meglio da una apposita ***circolare*** diramata dal RPCT nello stesso anno a tutti gli uffici, invitando gli estensori delle delibere e/o della determina quali responsabili del procedimento, ad inserire già all'atto della predisposizione del provvedimento la seguente dicitura: "il sottoscritto responsabile del procedimento dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 in relazione al citato procedimento e della Misura contenuta nell'art. 5 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza"; i provvedimenti amministrativi adottati dalla ASL BT, dal 2023, prevedono un chiaro richiamo alla Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza, quale parte integrante del PIAO.

La presente misura è sempre stata oggetto di previsione strategica; anche per **l'anno 2025** sono previsti controlli sulla disciplina del conflitto di interessi estesi, in ragione della nuova organizzazione dipartimentale, a diverse Strutture (esplicitate nel cronoprogramma) e controlli specifici richiesti dal RPCT.

In ordine al rispetto della disciplina sul conflitto di interessi rileva l'acquisizione delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti **nell'anno 2024**, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013), dei Direttori di UOC, UOSVD e UOS, nonché attività di controllo aggiuntiva, da espletarsi entro il **30/09/2025**; questo tipo di attività dovrà essere implementata nel **2026** e nel **2027** coinvolgendo i Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione ed il personale titolare di incarichi di funzione.

Con verbale n. 8 del 05/03/2024, il Collegio Sindacale chiedeva alla RPCT "informazioni" sulla misura afferente l'istituto del conflitto di interessi applicata dall'Azienda; al verbale veniva dato riscontro con nota prot. n. 25265 del 21/03/2024.

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

In ragione delle indicazioni fornite dalla Sezione, anno 2023/2025, il RPCT emanava apposita circolare in materia di conflitto di interessi, secondo le indicazioni fornite dal PNA 2022, notificate a tutte le Strutture interessate.

Rileva, altresì, la circolare emanata dal Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio e dal Dirigente Responsabile della UOSVD Appalti, Contratti e Logistica, diretta a disciplinare la fase relativa alla raccolta dei fabbisogni di farmaci, dispositivi medici e/o materiale sanitario, da inserire nella programmazione degli acquisti di beni e servizi.

Il monitoraggio relativo all'applicazione della Misura di che trattasi, è declinato all'Allegato D.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2025: Implementazione della verifica a campione, nella misura del **14%** del totale delle clausole di conflitto di interesse nelle gare sopra i 140 mila euro ogni semestre a cura del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, del Dirigente Responsabile UOSVD Appalti contratti e logistica, del Dirigente Responsabile UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni, del Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria clinica ed HTA, del Dirigente Responsabile UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR, i quali renderanno in sede di report infra annuale al RPCT.

Acquisizione, da parte del Direttore dell'Area Gestione del Personale, delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti nell'anno **2024**, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013 e smi), dei Direttori di UOC e UOSVD e UOS e Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione, da espletarsi entro il **30/09/2025**; questo tipo di attività dovrà essere implementata coinvolgendo il personale titolare di incarichi di funzione. **Adozione Modelli Unici Aziendali relativi "all'istituto del conflitto di interessi" a cura del RPCT / Dipartimento Servizi Tecnici/ Dipartimento Direzionale Amministrativo/ Dipartimento Staff Direzione Strategica/ nonché tutti gli altri Dipartimenti interessati.**

ANNO 2026: Implementazione della verifica a campione, **nella misura del 15%** del totale delle clausole di conflitto di interesse nelle gare sopra i 140 mila euro ogni semestre a cura del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, del Dirigente Responsabile UOSVD Appalti contratti e logistica, del Dirigente Responsabile UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni, del Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria clinica ed HTA, del Dirigente Responsabile UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR, i quali renderanno in sede di report infra annuale al RPCT.

Acquisizione, da parte del Direttore dell'Area Gestione del Personale, delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti nell'anno **2025**, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013), dei Direttori di UOC e UOSVD e UOS e Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione, da espletarsi entro il **30/09/2026**; questo tipo di attività dovrà essere implementata coinvolgendo il personale titolare di incarichi di funzione.

Anno 2027: Implementazione della verifica a campione, **nella misura del 16 %** del totale delle clausole di conflitto di interesse nelle gare sopra i 140 mila euro ogni semestre a cura del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, del Dirigente Responsabile UOSVD Appalti contratti e logistica, del Dirigente Responsabile UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni, del Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria clinica ed HTA, del Dirigente Responsabile UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR, i quali renderanno in sede di report infra annuale al RPCT.

Acquisizione, da parte del Direttore dell'Area Gestione del Personale, delle dichiarazioni dei Dirigenti assunti nell'anno **2026**, dei Direttori di Dipartimento (art. 6 del DPR 62/2013), dei Direttori di UOC e UOSVD e UOS e Dirigenti titolari di incarichi di natura professionale e di alta specializzazione, da espletarsi entro il **30/09/2027**; questo tipo di attività dovrà essere implementata coinvolgendo il personale titolare di incarichi di funzione.

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

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

Con nota prot. n. 39856 del 30/05/2022 l'Area Gestione del Personale emanava a tutto il personale della ASL BT la circolare riguardante gli incarichi extraistituzionali ex art. 53 D.Lgs N. 165/2001 e smi, nelle more dell'adozione del nuovo regolamento aziendale afferente l'applicazione dell'istituto di che trattasi.

Con la delibera ASL BT n. 1303 del 25 luglio 2023 veniva adottato il Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, prevedendo la pubblicazione del documento in "Amministrazione Trasparente" sul portale aziendale, la notifica dello stesso a tutto il personale dipendente per il tramite dei Direttori/Dirigenti Responsabile delle unità operative di assegnazione e di trasmettere il Regolamento alla RPCT e alle OO.SS. Comparto e Dirigenza.

Con le relazioni infra annuali trasmesse al RPCT, sopra richiamate, i Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura evidenziano l'applicazione della Misura prevista dalla Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza (ex art. 4.1); dall'esame delle relazioni è emersa una generalizzata conoscenza dell'istituto di cui all'art. 53 del DLGS N. 15/2001 e smi.

Con le due relazioni infrannuali si esplicitano dettagliatamente il rispetto della misura riguardante il conferimento dell'incarico e la preliminare verifica, effettuata dai medesimi, in ragione delle disposizioni normative e regolamentari vigenti.

La ASL BT ha previsto, altresì, l'attività di verifica a campione e monitoraggio delle attività extraistituzionali svolte dal personale dipendente, prevedendo l'istituzione di un apposito gruppo di

lavoro, istituito con nota prot. n. 90582/2023. Gli esiti dell'attività saranno rei noti con la relazione infrannuale secondo semestre 2025

Cronoprogramma triennio:

ANNO 2025: implementazione dei controlli, anche con riferimento al nuovo regolamento, nella misura del 35% in più rispetto al 2024. Rendicontazione, entro dicembre 2025, in merito agli esiti dell'attività di verifica effettuata.

ANNO 2026: implementazione dei controlli, anche con riferimento al nuovo regolamento, nella misura del 40% in più rispetto al 2025.

ANNO 2027: implementazione dei controlli, anche con riferimento al nuovo regolamento, nella misura del 45% in più rispetto al 2026.

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

Nel corso dell'anno 2024, l'Area Gestione del Personale ha acquisito le dichiarazioni di inconferibilità ed incompatibilità da parte di tutti i Dirigenti della ASL BT (Area Sanità e PTA) titolari di incarico mentre il RPCT ha effettuato, così come previsto dall'art. 5.1 **della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza**, controlli mirati a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese e pubblicate.

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

Entrambe le verifiche, a seguito di specifica attività istruttoria effettuata dal RPCT con la collaborazione dell'Area Gestione del Personale, hanno dato esito negativo ed i relativi verbali sono stati pubblicati in Amministrazione Trasparente. Le risultanze sono state riportate nella Relazione Anac di fine anno **2024**.

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

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

- a) entro il 30 aprile 2025;
- b) entro il 30 ottobre 2025;

Il RPCT, secondo le modalità previste nell'alveo della Determinazione ANAC n. 833 del 3 agosto 2016, una volta ricevute tutte le dichiarazioni dall'Area Gestione del Personale deputato all'acquisizione dell'attestazione che deve essere allegata al contratto di assunzione del personale dirigenziale, espletterà un controllo a campione su almeno 4 dichiarazioni presentate. Le risultanze saranno oggetto di rendicontazione in sede di Relazione Anac di fine anno 2025. **La programmazione degli anni 2026 e 2027 segue la stessa calendarizzazione.**

Cronoprogramma triennio:

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

Anno 2026: Attuazione del regime dei controlli all'atto della trasmissione della dichiarazione.

Anno 2027: Attuazione del regime dei controlli all'atto della trasmissione della dichiarazione.

Formazione delle Commissioni di gara.

Per quanto concerne la misura di che trattasi, allo scopo di garantire la più ampia trasparenza e correttezza

dell'azione amministrativa, L'ASL BT ha adottato un Regolamento per la nomina dei componenti della Commissione di gara, in ossequio ai principi recati agli art. 78 e art. 216, comma 12, del Dlgs 50/2016 e s.m.i. e della Linea Guida n. 6/2016.

L'adempimento, che consente di stabilire regole chiare in tema di costituzione della commissione competente evitando la nomina degli stessi componenti, costituiva obiettivo di performance del Dirigente, è stato assolto con l'adozione della deliberazione n.1991 del 2020. La presente disciplina è confermata anche per il triennio **2025-2027**.

Con nota prot. n. 72415 del 29/09/2023 veniva trasmessa alle strutture interessate apposita raccomandazione a firma della RPCT, del Dirigente Responsabile della UOSVD Appalti, contratti e logistica e del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, diretta a fornire un adeguato supporto al personale coinvolto nella progettazione della gara, ovvero nella redazione degli atti di gara che definiscono i requisiti e le caratteristiche degli operatori economici che possono partecipare ad una gara, al fine di evitare la formazione di atti di gara c.d. "sartoriali".

In ragione dell'entrata in vigore del nuovo codice degli appalti appare necessario procedere alla revisione del regolamento vigente. A tale fine si demanda il procedimento amministrativo diretto alla predisposizione del nuovo regolamento dei componenti delle Commissioni di Gara al Dipartimento dei Servizi Tecnici.

Cronoprogramma triennio:

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

Anno 2026: Implementazione del regime dei controlli sul **35%** di gare annue espletate a campione da effettuarsi ogni 6 mesi, a cura dell'Area Gestione del Patrimonio, del Dirigente Responsabile UOSVD Appalti contratti e logistica, del Dirigente Responsabile UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni, del Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria clinica ed HTA, del Dirigente Responsabile UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR, i quali renderanno in sede di report infra annuale al RPCT.

Anno 2027: : Implementazione del regime dei controlli sul **40%** di gare annue espletate a campione da effettuarsi ogni 6 mesi, a cura dell'Area Gestione del Patrimonio, del Dirigente Responsabile UOSVD Appalti contratti e logistica, del Dirigente Responsabile UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni, del Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria clinica ed HTA, del Dirigente Responsabile UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR, i quali renderanno in sede di report infra annuale al RPCT.

Rotazione del personale.

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

Il regolamento disciplina le modalità di rotazione del personale, il periodo di formazione ed affiancamento e costituisce strumento non esclusivo per definire i criteri di rotazione del personale essendo rimessa alla competenza del RPCT e del DG la disamina delle condizioni di rotazione, al fine di evitare di confondere la rotazione ai sensi della L.190/2012 e s.m.i. con le misure organizzative in materia di riorganizzazione dei servizi. Il documento è stato approvato al fine di programmare le forme di rotazione obbligatoria, al sussistere di determinate condizioni di legge ed oggetto di precipuo atto di indirizzo da parte dell'organo di indirizzo politico e forme di rotazione straordinaria, che operano ope iudicis.

Con la Delibera ASL BT n. 2103/2021 ("Regolamento recante i criteri per la rotazione dei dipendenti operanti in aree a rischio di corruzione (L. n. 190/2012, art. 1 co 4)", sono state scandite le azioni utili ai fini dell'applicazione della misura, richiamate dalla Sezione 2023/2025, a cui si rimanda.

Tra le azioni elencate, rilevano in modo particolare la mappatura delle funzioni e delle professionalità, con l'indicazione dei c.d. ruoli infungibili, la definizione di un programma pluriennale e la gradualità dell'applicazione della misura.

La mappatura delle funzioni, pur essendo stata effettuata dai Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura, su impulso dell'Area Gestione del Personale, necessita di essere meglio esaminata dal gruppo di lavoro formato da un rappresentante dell'Area Gestione del Personale, dal RPCT e da un rappresentante della UOSVD Informazione, Comunicazione, Formazione e Polo Universitario, con particolare riferimento a quelle prodotte dalle aree maggiormente a rischio.

Ad ogni buon conto, tenuto conto della nuova organizzazione dipartimentale, cogliendo pertanto l'opportunità offerta dal nuovo assetto organizzativo aziendale, è possibile affermare che la rotazione ordinaria del personale costituisce una misura di prevenzione della corruzione cruciale, già attuata da questa ASL BT, seppur limitatamente alle figure dei Direttori di Dipartimento (delibera ASL BT n. 1563/2022), dei Direttori Medici di Presidio (rilevano le recentissime nomine del Direttore Medico del P.O. di Andria/ P.P.A di Canosa, del P.O. di Barletta e della Dirigente Responsabile del P.O. di Bisceglie) e dei Direttori dei 5 Distretti (delibera ASL BT n. 1344/2023); la rotazione rappresenta – ove possibile – strumento di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, anche per le Aziende Sanitarie Locali (raccomandazione del Presidente dell'ANAC del 21.01.21, prot. n. 76320).

Il gruppo di lavoro, tenuto conto della corposità delle mappature, ha ritenuto di dover procedere all'esame delle mappature del Dipartimento dei Distretti Socio Sanitari (tanto al fine di "completare" l'eventuale processo di rotazione), del Dipartimento Aree Operative e del Dipartimento Direzionale Amministrativo, entro il mese di febbraio 2025, riservandosi di convocare i Direttori di UOC e UOSVD.

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

- in maniera immediata, nelle ipotesi di: 1) notifica dell'informazione di garanzia, ricevuta e comunicata tempestivamente dal dipendente al proprio dirigente, o dal Dirigente al Direttore di Dipartimento o dal Direttore di Dipartimento al RPCT; 2) notifica del provvedimento di rinvio a giudizio ai sensi dell'art. 429 c.p.p.; 3) notifica di un provvedimento cautelare restrittivo di limitazione della libertà personale indicato nel Libro IV, Tit. I del Codice di procedura penale, ovvero di una sentenza all'esito

di un procedimento penale speciale deflattivo di alcune fasi processuali indicati nell'alveo della Parte Seconda, Libro VI, Titolo I,II,III,IV,V del Codice di procedura penale, per le fattispecie di reato previsti nell'alveo del Libro II, Titolo II del codice penale rubricato "Dei delitti contro la Pubblica Amministrazione".

- Se la misura della rotazione riguarda un dipendente, procederà il Dirigente dell'Area interessata, d'intesa con il Direttore di Dipartimento sentito il RPCT, con disposizione di servizio;
- Se la misura della rotazione riguarda un Dirigente e/o un Direttore di Dipartimento, procederà il RPCT, sentito il Direttore Generale e previa sua Deliberazione, volta a garantire lo spostamento ad altro incarico (salvo applicazione da parte del giudice di misura cautelare e/o interdittiva che ne determina la sospensione ipso iure dall'incarico), laddove sia possibile il collocamento in una area non di rischio corruttivo da effettuarsi al momento della verifica del fatto.

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

Cronoprogramma triennio:

Anno 2025: prosiegua attività diretta all'esame delle mappature e attività di monitoraggio e verifica attraverso l'interlocuzione tra il personale, dirigenziale e non, il RPCT, l'Area Gestione del Personale e la UOSVD Informazione, Comunicazione, Formazione e Polo Universitario e la Direzione Aziendale;

Anno 2026: eventuale prosecuzione delle attività di esame delle mappature ed eventuale avvio dei processi di formazione ed affiancamento minimo di sei mesi al fine di evitare di creare vuoto amministrativo; previsione di meccanismi di verifica sulla effettiva applicazione della misura e le difficoltà riscontrate;

Anno 2027: esame dello stato dell'arte afferente l'applicazione della misura della rotazione ed eventuale prosecuzione del processo di rotazione.

Rispetto della disciplina in materia di tutela del Whistleblowing.

Con il Decreto legislativo n. 24/2023 è stata data attuazione alla direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali.

Sul portale della ASL BT è stato creato apposito collegamento al link relativo alla normativa di riferimento ed è stata esplicitata la procedura da seguire al fine di effettuare la segnalazione attraverso l'utilizzo del canale interno <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/whistleblowingpa>, piattaforma gratuita di Transparency international.

La piattaforma è stata resa nota dal RPCT con inoltro di due distinte circolari esplicative, inoltrate a tutti i Direttori di Dipartimento e, per il loro tramite, a tutti i Direttori e Dirigenti Responsabili di Struttura e a tutto il Personale dipendente ASL B, nel mese di **giugno e nel mese di dicembre 2024 (prott. n.ri 46944/2024 e 94972/2024)**. **Appare comunque necessario regolamentare, con apposito documento, l'intero procedimento amministrativo di gestione della segnalazione.**

Cronoprogramma triennio

Anno 2025: sensibilizzazione all'utilizzo della piattaforma whistleblowing con avvio di una campagna ad hoc da parte del RPCT, da effettuarsi ogni semestre

Anno 2026: sensibilizzazione all'utilizzo della piattaforma whistleblowing con avvio di una campagna

ad hoc da parte del RPCT, da effettuarsi ogni semestre

Anno 2027: Conferma della campagna di sensibilizzazione avviata negli anni precedenti ovvero eventuali interventi diretti ad implementare la Misura

Formazione del personale dipendente distinto in basic ed advanced

Per quanto riguarda la formazione del personale della ASL BT, l'obiettivo strategico per l'anno 2024, assegnato alla UOSVD Informazione, Comunicazione, Formazione e Polo Universitario, costituisce una misura indispensabile ai fini della prevenzione della corruzione. Per questo motivo l'obiettivo strategico è stato nel tempo oggetto di incremento in ragione della sua obbligatorietà e la formazione rivolta a tutti i dipendenti dell'Ente.

Nel corso dell'anno si è provveduto a formare adeguatamente, tramite formazione in house, in modalità FAD, il personale ASL BT al fine di approfondire gli argomenti trattati dalla Sezione, prevedendo apposita esercitazione, attraverso l'elaborazione di apposito questionario.

Con apposita nota la RPCT e la Dirigente Responsabile della UOSVD Informazione, comunicazione formazione e polo universitario, tenuto conto dell'art. 13 del DPR 62/2013 e s.m.i., dedicato alle "Disposizioni particolari per i Dirigenti", che al comma 5 dispone che: "Il dirigente cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla formazione e all'aggiornamento del personale, all'inclusione (comma così sostituito dall'art. 1, comma 1, lettera c), del d.P.R. n. 81 del 2023) e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali; tenuto conto, altresì, dell'articolo 15, comma 5, del DPR 62/2013 ed s.m.i, che dispone quanto segue: "Al personale delle pubbliche amministrazioni sono rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti. (comma così sostituito dall'art. 1, comma 1, lettera d), del d.P.R. n. 81 del 2023)"; considerato l'art. 15, comma 5-bis, DPR n. 62/2013 e s.m.i che dispone: "Le attività di cui al comma 5 includono anche cicli formativi sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico, da svolgersi obbligatoriamente, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale, le cui durata e intensità sono proporzionate al grado di responsabilità", rammentavano a tutti di Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura che gli stessi sono tenuti, pertanto, in ragione dei documenti aziendali e della normativa vigente, ad informare il personale dipendente dell'esistenza del processo formativo attivato tramite formazione in house, in modalità FAD in materia di anticorruzione e trasparenza dalla UOSVD Comunicazione, Informazione, Formazione e Polo Universitario, diretto ad approfondire i temi dell'integrità e dell'etica, nonché quelli trattati dalla Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza, anche attraverso apposita esercitazione consistente nell'elaborazione di apposito questionario. Il corso è attivo sul portale www.formazioneaslb.it

Cronoprogramma triennio

anno 2025 – attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata nell'anno precedente ovvero conclusione del processo formativo avviato con la "formazione in house";

anno 2026 - attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata nell'anno precedente ovvero conclusione del processo formativo avviato con la "formazione in house"; avvio di processi formativi del personale neo assunto;

anno 2027 - attività di verifica dell'effettivo espletamento dell'attività formativa programmata nell'anno precedente ovvero conclusione del processo formativo avviato con la "formazione in house"; avvio di processi formativi del personale assunto;

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

Con delibera N. 1117 del 23 giugno 2023, la ASL BT ha approvato il nuovo "Regolamento in materia di accesso documentale, di accesso civico semplice e di accesso civico generalizzato", principalmente al fine di dare attuazione alle modifiche previste dal Legislatore nazionale all'art. 3 bis della legge n. 241/1990 e smi, con il c.d. Decreto Semplificazioni (l. 120/2020).

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

Tipo di Accesso (se civico o civico generalizzato)

Data della richiesta

Numero di protocollo generale

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

Oggetto della richiesta.

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

Ad ogni buon conto si tiene ad evidenziare che ***l'implementazione del registro è costante.***

Cronoprogramma triennio:

Anno 2025: Implementazione campagna di sensibilizzazione dell'istituto attraverso circolari del RPCT. A tal proposito verrà richiesto ai Dirigenti quali dati ulteriori pubblicare in Amministrazione trasparente, al fine di attuare i contenuti di cui alla Circolare n.1/2019. Conferma trasmissione dati al RPCT con la relazione infrannuale.

Anno 2026: Monitoraggio sull'attuazione del Foia. Conferma trasmissione dati al RPCT con la relazione infrannuale.

Anno 2027: Previsione di sistemi informatici per agevolare l'acquisizione di informazioni da parte del cittadino evitando il ricorso all'accesso civico generalizzato. Conferma trasmissione dati al RPCT con la relazione infrannuale.

Il Pantouflage

Il legislatore nazionale ha introdotto il comma 16-ter dell'art. 53 del d.lgs. n. 165/200144 che si applica ai casi di passaggio dal settore pubblico al privato a seguito della cessazione del servizio. La norma dispone nello specifico

il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. In caso di violazione del divieto sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie che hanno effetti sul contratto di lavoro e sull'attività dei soggetti privati. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono, infatti, nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti e accertati, riferiti a detti contratti o incarichi.

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

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

L'attività di verifica è stata effettuata dal RPCT, come emerge dal verbale del 19/12/2024, agli atti dell'ufficio.

Successivamente è stata acquisita, dalle strutture interessate, la documentazione prodotta dai soggetti dichiaranti (operatori economici e dipendenti cessati), i cui nominativi sono stati sorteggiati attraverso l'utilizzo del sistema Blia.it – Generatore lista numeri casuali.

Dall'esame della documentazione, emerge il rispetto della misura.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2025: trasmissione, entro il mese di novembre, di apposito elenco dei "dichiaranti" al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura di 5 dichiarazioni per l'anno 2025;

Anno 2026: trasmissione, entro il mese di novembre, di apposito elenco dei "dichiaranti" al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura di 5 dichiarazioni per l'anno 2026;

Anno 2027: trasmissione, entro il mese di novembre, di apposito elenco dei "dichiaranti" al RPCT al fine di consentire al Responsabile di effettuare l'attività di verifica nella misura di 5 dichiarazioni per l'anno 2027.

Art. 5.2

MISURE DI CARATTERE SPECIALE

Pubblicazione del piano ed apertura all'esterno, agli stakeholders

Il giorno 03/12/2024, con scadenza 27/12/2024, è stata aperta la fase di consultazione pubblica per gli

stakeholders della Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del **Piao 2024-2026**, ai sensi della Legge n. 190/2012 s.m.i. ed in virtù del PNA approvato con Deliberazione n. 1064/2019 dall'Anac. Finalità della consultazione pubblica sul Piano, pubblicata nella Sezione Amministrazione Trasparente/ Altri Contenuti /Corruzione è quella di raccogliere i contributi e i suggerimenti di tutti i cittadini che intendano presentare le loro pregevoli osservazioni.

L'obiettivo della consultazione pubblica è quello di consentire, infatti, la libera e volontaria partecipazione attiva di tutti i portatori di interesse delle attività e dei servizi resi, tanto per le attività in corso quanto per quelle che si svilupperanno in prosieguo. **Alla data del 27/12/2024**, non è pervenuta alcuna osservazione.

Cronoprogramma triennio

Anno 2025: Avvio delle attività di partecipazione alle misure della Sezione Rischi corruttivi e trasparenza attraverso l'organizzazione di tavoli tecnici all'uopo costituiti anche in modalità webinar.

Anno 2026: Implementazione delle attività di partecipazione alle misure del Piano attraverso l'organizzazione di tavoli tecnici all'uopo costituiti anche in modalità webinar.

Anno 2027: Implementazione delle attività di partecipazione alle misure del Piano attraverso l'organizzazione di tavoli tecnici all'uopo costituiti, che tengano degli esiti dei tavoli convocati nel 2024, anche in modalità webinar..

Trasparenza: rinvio alla sezione dedicata

Per quanto attiene alla trasparenza, si fa rinvio ai contenuti della trasparenza nell'apposita sezione dedicata. In questa sede viene invece stabilita la programmazione temporale delle verifiche ovvero:

Anno 2025 Controllo a campione aggiuntivo su almeno **5** Sezioni dell'Amministrazione Trasparente entro **ottobre 2025** a cura del RPCT. Pubblicazione verbali in AT.

Anno 2026: Controllo a campione aggiuntivo su almeno **5** Sezioni dell'Amministrazione Trasparente entro **ottobre 2026** a cura del RPCT. Pubblicazione verbale in AT.

Anno 2027: Controllo a campione aggiuntivo su almeno **5** Sezioni dell'Amministrazione Trasparente entro **ottobre 2027** a cura del RPCT. Pubblicazione verbale in AT.

La RPCT ha già avviato i lavori afferenti l'adeguamento della Sezione Amministrazione trasparente alla delibera ASL BT n. 495 del 25/09/2024.

Monitoraggio e controllo dell'attuazione del PTPCT da parte dell'RPCT con verifiche mirate ed a campione. Esecuzione obiettivo strategico.

Tra le misure di carattere speciale che questa Azienda ha istituito a regime, anche al fine di implementare i controlli richiesti dal PNA 2022, vi è l'attività di verifica, monitoraggio e controllo dell'attuazione del PTPCT all'interno dell'Ente da parte del RPCT.

Il RPCT ha, pertanto, effettuato le verifiche previste dall'art. 5.2 redigendo, per ciascuna verifica trimestrale, apposito verbale opportunamente inviato alla Direzione Strategica Aziendale e all'OIV; alla trasmissione del verbale sono seguite, altresì, apposite comunicazioni ovvero raccomandazioni alle strutture interessate.

Pertanto, anche **nell'anno 2025**, il RPCT effettuerà delle verifiche a cadenza trimestrale e segnatamente sugli atti adottati nel **2025** seguendo il calendario sotto riportato:

a) Atti adottati entro il 30 marzo 2025

b) Atti adottati entro il 30 giugno 2025;

c) Atti adottati entro il 30 settembre 2025.

d) Atti adottati entro il 30 dicembre 2025.

Le verifiche, da espletarsi entro i successivi trenta giorni ad eccezione della quarta sessione che potrà essere espletata entro i successivi sessanta giorni in virtù della concomitante scadenza dell'adozione del Piano anticorruzione e della relativa Relazione annuale del RPCT, si concentreranno sull'attuazione delle misure di carattere generale all'interno dell'Ente e riguarderanno le Delibere del Direttore Generale, le Determinazioni dirigenziali, i bandi di gara e di concorso ed avvisi pubblici, nella misura di X% di tutti gli atti adottati dall'Azienda su base trimestrale, sorteggiati a campione.

Le verifiche si concluderanno con la redazione di un verbale e le eventuali violazioni, salvo i casi più gravi, verranno segnalate ai Dirigenti competenti allo scopo di adottare tutte le misure necessarie per sanare eventuali vizi, salve le ipotesi più gravi nelle quali verrà richiesto l'annullamento in autotutela.

Cronoprogramma triennio:

Anno 2025: Attività di verifica, monitoraggio e controllo delle Deliberazioni e Determinazioni dirigenziali, dei bandi di gara e di concorso ed avvisi pubblici, nella misura **del 11% degli atti per l'anno 2025;**

Anno 2026: Attività di verifica, monitoraggio e controllo delle Deliberazioni e Determinazioni dirigenziali, dei bandi di gara e di concorso ed avvisi pubblici, tenendo nella misura del **12% degli atti per l'anno 2026;**

Anno 2027: Attività di verifica, monitoraggio e controllo delle Deliberazioni e Determinazioni dirigenziali, dei bandi di gara e di concorso ed avvisi pubblici, nella misura del **13% degli atti per l'anno 2027;**

I controlli, innovativi rispetto alle altre Aziende sanitarie, hanno consentito di migliorare la qualità degli atti, ridurre i tempi di pagamento delle fatture, agevolare il ricorso alle procedure semplificate nelle gare, tutelare la privacy laddove richiesta, consentire la rotazione dei Rup, eliminare alcune fasi ritenute troppo onerose per il procedimento.

Per questo motivo, nel **2025** e negli anni successivi, la Direzione generale ha incrementato la percentuale dei controlli degli atti a scalare nel tempo.

Per quanto attiene le ulteriori misure specifiche, si vedano gli allegati C e D della Sezione.

Art. 6

Gestore antiriciclaggio

Il PNA 2016, approvato con Determinazione dell'Anac n. 833 del 3 agosto 2016, al par. 5.2 rubricato "Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza" già stabiliva che in linea con quanto disposto dal decreto del Ministero dell'interno del 25 settembre 2015 recante "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione» (art. 6 co. 5 il quale prevede che nelle amministrazioni indicate all'art. 1 lett. h) del decreto) la persona individuata come "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette può coincidere con il Responsabile della prevenzione della corruzione, in una logica di continuità esistente fra i presidi anticorruzione e antiriciclaggio e l'utilità delle misure di prevenzione del riciclaggio a fini di contrasto della corruzione. Le amministrazioni possono quindi valutare e decidere, motivando congruamente, se affidare l'incarico di "gestore" al RPCT oppure ad altri soggetti già eventualmente provvisti di idonee competenze e risorse organizzative garantendo, in tale ipotesi, meccanismi di coordinamento tra RPCT e soggetto "gestore".

Con Delibera n. 573 del 21 aprile 2021 l'Asl Bat ha nominato il Gestore antiriciclaggio nella persona del Dott. Damiano Racioppi, Dirigente Amministrativo dell'Ufficio Controllo Strategico, fissando la durata dell'incarico fino

al 31.12.2023. Conseguentemente, con Delibera del Commissario straordinario n. 1380 del 9 agosto 2021 il Gestore ha proceduto a nominare i delegati deputati a segnalare al Gestore le operazioni anomale nelle persone del: Direttore Area Gestione del Patrimonio; Direttore Area Gestione Tecnica; Direttore Amministrativo Unico PP.OO.; Direttore Dipartimento Farmaceutico; Direttore Dipartimento Distretti; Dirigente U.O.S.V.D. Strutture Territoriali per Dipartimento Prevenzione; Dirigente U.O.S.V.D. Strutture Territoriali per Dipartimento di Salute Mentale; Dirigente U.O.S.V.D. Strutture Territoriali per Servizio di Riabilitazione; Dirigente U.O.S.V.D. Strutture Territoriali per Servizio Dipendenze Patologiche; Direttore Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) per REMS Spinazzola; Direttore Area Gestione del Personale; Direttore Area Gestione Risorse Finanziarie; Direttore U.O.C. Controllo di Gestione; Dirigente Responsabile S.B.L.

Con delibera ASL BT N. 1154/2022 è stato adottato il "Regolamento delle procedure di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo", pubblicato in AT ed opportunamente notificato a tutto il personale.

Con delibera ASL BT n. 2024 del 29/11/2024 veniva disposta la nomina della Dott.ssa Raffaella Notarpietro quale Gestore dell'Antiriciclaggio.

Cronoprogramma triennio

ANNO 2025: verifica delle attività svolte; eventuale avvio della mappatura dei processi afferenti le misure antiriciclaggio entro il mese di giugno 2025; eventuale revisione del regolamento attuativo, all'esito della mappatura, da effettuarsi entro il 30 novembre 2025.

ANNO 2026: Verifica delle misure antiriciclaggio con quelle anticorruzione in attuazione degli obiettivi strategici ed integrazione delle misure previste dal piano anticorruzione.

ANNO 2027: Incremento delle misure antiriciclaggio con quelle anticorruzione in attuazione degli obiettivi strategici ed integrazione delle misure previste dal piano anticorruzione.

Art. 7

Disciplina delle società partecipate

L'ASL BT detiene la Società Sanità Service Bt, interamente partecipata dall'Azienda Sanitaria, cui è preposto l'Amministratore Unico, **Dott.ssa Annachiara Rossiello** nominata con Delibera della Direttrice Generale n. 1838/2022, **per la durata di 3 (tre) esercizi**. Il 18 ottobre 2021, con apposito provvedimento pubblicato in AT, è stato nominato il RPCT; successivamente è stato nominato il RUP preposto all'espletamento di procedure di gara.

Nell'anno in corso verrà chiesto al RPCT di conoscere lo stato dell'arte in ordine alle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza intraprese dalla ridetta società partecipata.

Art. 8

Collegamento Sezione Performance e Sezione rischi corruttivi e trasparenza.

All'atto della definizione degli obiettivi strategici da parte della Direzione Generale, quale organo di indirizzo politico ai sensi dell'art. 1, comma 8 della L.190/2012 smi, è di diritto stabilito che gli obiettivi confluiscono all'interno della Sezione Valore pubblico¹ e declinati poi all'interno della Sezione performance, allo scopo di creare un unico filo conduttore tra la sezione strategica e quella operativa, oggetto di successiva valutazione da parte

¹ Fare collegamento con la sezione valore pubblico

dell'OIV in attuazione della novella legislativa contenuta nell'art.1, comma 8 bis, della L.190/2012 smi. La presente Sezione infatti, la cui attuazione sarà oggetto di valutazione della performance individuale dei Dirigenti da parte dell'OIV, reca, altresì, obiettivi specifici per ciascun Direttore / Dirigente Responsabile quali misure ulteriori in materia di prevenzione della corruzione, quali per esempio la relazione infrannuale che coinvolge tutte le direzioni, le pubblicazioni obbligatorie in materia di trasparenza, il rispetto generalizzato delle Misure anticorruzione, che si pongono in linea di continuità con il recente passato.

A tal proposito, infatti, è stato approntato un attento lavoro con la UOC Controllo di Gestione per creare le condizioni della eterointegrazione dei documenti programmatici tra di loro allo scopo di realizzare una mission comune.

Art. 9

I meccanismi di attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione

La pubblicazione dei provvedimenti amministrativi assunti nel sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Locale Barletta – Andria – Trani costituisce il mezzo fondamentale per il controllo, da parte del cittadino e/o utente, delle decisioni nelle materie a rischio di corruzione descritte dal presente Piano. Ogni provvedimento reca la indicazione del responsabile del procedimento, del dirigente proponente e del direttore della struttura. Tutti i soggetti interessati al procedimento, all'atto dello svolgimento della istruttoria, attestano l'assenza di conflitto di interessi. La sezione di secondo livello Atti Generali, prevede, per semplificare l'accesso degli utenti, due ulteriori sottosezioni, dedicate a regolamenti e delibere, dedicate agli atti generali della ASL BT.

Ogni Dirigente è individuato responsabile degli adempimenti di propria esclusiva competenza, nel rispetto delle prescrizioni contenute nell'Allegato C della Delibera n. 72/2013 Anac e D.lgs 33/2013 smi. Sulle pubblicazioni sono ammessi controlli a campione da parte del RPCT.

I responsabili di struttura devono dotarsi di credenziali per accedere al portale e procedere alla pubblicazione dei propri dati, contemperando esigenze di trasparenza con quelle di protezione dei dati sensibili.

Art. 10

Monitoraggio delle misure anticorruzione

Per quanto riguarda "il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure" anticorruzione già previsto dal PNA 2019 e dal PNA 2022, lo stesso è insito nelle scadenze riportate sopra, nel cronoprogramma (art. 12 della presente sezione) e quelle previste dall'attuazione delle Misure Specifiche.

La ricognizione è effettuata dal RPCT e gli esiti saranno resi noti nell'ambito della Relazione annuale del RPCT. Ad ogni buon conto, l'attività di monitoraggio è dettagliatamente esplicitata all'articolo 4.1 della presente Sezione, nonché nell'Allegato D, di cui alla presente Sezione.

Art. 11

Gli obblighi di trasparenza

La trasparenza costituisce una misura di fondamentale rilievo per la prevenzione della corruzione.

L'attuale quadro normativo è rappresentato dal D.Lgs 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, che all'art.10 prevede che il PTPCT contenga in apposita sezione, l'individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti delle informazioni e dei dati ai sensi dell'art. 33 del ridetto testo normativo.

Con la delibera n. 1310 del 28/12/2016, l'ANAC ha dettato le prime Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs n. 97/2016.

Sono individuati Referenti della Trasparenza tutti i Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura riportati nella tabella di cui all'allegato B ed E.

La trasparenza dell'attività amministrativa è assicurata mediante la pubblicazione nel sito web dell'Azienda delle informazioni concernenti le attività a più elevato rischio di corruzione:

- a) pubblicazioni di tutte le deliberazioni e determinazioni adottate dall'Azienda;
- b) pubblicazione dei dati richiesti dall'art. 18 della Legge 07/08/2012, n. 134;
- c) pubblicazione del regolamento afferente gli istituti degli accessi, documentale, civico e civico generalizzato;
- c.1) L'Azienda dovrà rendere accessibile in ogni momento agli interessati, tramite strumenti di identificazione informatica di cui all'art. 65, comma 1, del Codice di cui al D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, le informazioni relative ai provvedimenti e ai procedimenti amministrativi che li riguardano, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase;
 - d) pubblicazioni concernenti l'organizzazione dell'Azienda;
 - e) pubblicazioni concernenti i componenti degli organi di indirizzo politico;
 - f) pubblicazioni concernenti i titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza;
 - g) pubblicazioni concernenti la dotazione organica e il costo del personale, con i relativi tassi di assenza;
 - h) pubblicazione degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascuno dei propri dipendenti;
 - i) pubblicazione dei dati relativi alla valutazione delle performance e della distribuzione dei premi;
 - j) pubblicazione bandi di concorso e bandi di gara;
 - k) pubblicazione dei bilanci e conti consuntivi;
 - l) pubblicazione dei costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche e di produzione dei servizi erogati ai cittadini.

La disciplina integrale è recata nella Sezione Trasparenza, cui si fa rinvio.

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento.

In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali e si ricorda inoltre che, in ogni caso, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del RGPD).

In senso innovativo rispetto al passato, in ragione delle criticità riscontrate nel tempo dalle Direzioni ed alla luce della emergenza pandemica che obbliga le strutture a seguire numerosi procedimenti ulteriori rispetto al passato, che finiscono per esautorare gli uffici negli adempimenti, si stabilisce in questa sede, secondo quanto già stabilito che verranno considerate tempestive le pubblicazioni effettuate entro giorni 20 dalla ultimazione del documento digitale ovvero dell'informazione e/o dato utile per la sua pubblicazione. Suddetta previsione rientra nel più ampio

principio di autonomia organizzativa degli Enti.

In senso estensivo si dirà della Trasparenza nella Sezione II del Piano.

Art. 12

Cronoprogramma.

Obiettivo strategico 2025

Il presente Piano costituisce un documento dinamico soggetto ad aggiornamento progressivo anche sulla base dell'esperienza che si maturerà nel tempo.

Il rispetto delle misure previste dal Cronoprogramma rientra tra gli obiettivi strategici 2025 fissati dalla Direzione Strategica.

Si prevede, nel triennio, di sviluppare le attività riportate nelle Misure e secondo la calendarizzazione di seguito riportata, che in quanto tale costituisce presa d'atto da parte dei dipendenti nell'attuazione della disciplina anticorruzione all'interno dell'Ente ovvero:

31 gennaio 2025	Adozione PIAO	DG/ RPCT / Direttori e Dirigenti interessati
28 febbraio 2025	Verifica atti 2025 a campione	RPCT
28 febbraio 2025	Proseguo attività diretta all'esame mappature delle funzioni - rotazione	Area Gestione del Personale/ UOSVD Informazione, comunicazione, formazione e polo universitario.
1 marzo 2025	Adozione Modelli Unici Aziendali relativi "all'istituto del conflitto di interessi"	RPCT / Dipartimento Servizi Tecnici/ Dipartimento Direzionale Amministrativo/ Dipartimento Staff Direzione Strategica/ nonché tutti gli altri Dipartimenti interessati.
30 aprile 2025	Verifica inconferibilità ed incompatibilità a campione	RPCT
30 aprile 2025	Verifica atti 2025 a campione	RPCT
30 aprile 2025	Adozione Regolamento Aziendale in materia di Whistleblowing	RPCT
30 maggio 2025	Revisione Regolamento componenti commissioni di gara	Dipartimento delle Attività Operative
30 giugno 2025	Avvio attività di formazione personale	Dirigente Responsabile UOSVD Formazione e Polo universitario
30 giugno 2025	Relazione infrannuale su bozza tipo	Direttori e Dirigenti Responsabili
30 giugno 2025	Controlli su commissione di gara	Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti

		contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 giugno 2025	Comunicazione dati accesso civico e generalizzato da parte dei Dirigenti ai fini dell'aggiornamento del Registro accesso civico (comunicazione da effettuarsi con la relazione infrannuale di cui all'Allegato A	Direttori e Dirigenti Responsabili
30 giugno 2025	Sensibilizzazione uso piattaforma whistleblowing	RPCT
30 giugno 2025	Adozione Piano Triennale di Trasformazione digitale / Avvio dei lavori	UOSVD Information and Communication Technologies ed eventuale gruppo di lavoro da istituire
30 giugno 2025	Avvio mappatura dei processi afferenti le misure antiriciclaggio	RPCT/ Gestore Antiriciclaggio
30 luglio 2025 (facoltativo)	Verifica a campione società partecipate	RPCT
30 luglio 2025	Acquisizione dichiarazione inconfiribilità ed incompatibilità	Direttore Area Gestione del Personale
30 luglio 2025	Verifica atti 2025 a campione	RPCT
30 luglio 2025	Verifica a campione in materia di conflitto di interessi	RPCT
30 settembre 2025	Adozione Codice Etico	RPCT / Area Gestione del Personale / Affari Generali e Gruppo di lavoro da istituire
30 ottobre 2025	Verifica a campione su 5 Sezioni Amm.ne Trasparente	RPCT
30 ottobre 2025	Verifica inconfiribilità e incompatibilità a campione	RPCT
30 ottobre 2025	Verifica atti 2025 a campione	RPCT
30 novembre 2025	Ricognizione procedimenti da digitalizzare	UOSVD Information and Communication Technologies

**ASL BT****PugliaSalute**

30 novembre 2025	Istituto "Pantouflage" – trasmissione elenco RPCT	all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 novembre 2025	Adozione regolamento aziendale contributi e sovvenzioni	UOSVD Affari Generali / RPCT / UOSVD Direzioni Amministrative DSS e Gruppo di lavoro
30 dicembre 2025	Relazione infrannuale su bozza tipo	Direttori e Dirigenti Responsabili
30 dicembre 2025	Comunicazione dati accesso civico e generalizzato da parte dei Dirigenti ai fini dell'aggiornamento del Registro accesso civico (comunicazione da effettuarsi con la relazione infrannuale di cui all'Allegato A	Direttori/ Dirigenti Responsabili
30 dicembre 2025	Istituto "Pantouflage" – attività di verifica a cura del RPCT	RPCT
30 dicembre 2025	Rendicontazione attività di verifica istituto ex art. 53 D.lgs n. 165/2001 e smi	Area Gestione del Personale
30 dicembre 2025	Sensibilizzazione uso piattaforma whistleblowing	RPCT
30 dicembre 2025	Consultazione pubblica Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza	RPCT
ANNO 2026		
31 gennaio 2026	Adozione PIAO	DG/ RPCT / Direttori e Dirigenti interessati
28 febbraio 2026	Verifica atti 2026 a campione	RPCT
30 aprile 2026	Verifica inconferibilità ed incompatibilità a campione	RPCT
30 aprile 2026	Verifica atti 2026 a campione	RPCT
30 giugno 2026	Avvio attività di formazione	Dirigente Responsabile UOSVD

	personale	Formazione e Polo universitario
30 giugno 2026	Relazione infrannuale su bozza tipo	Direttori e Dirigenti Responsabili
30 giugno 2026	Controlli su commissione di gara	Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 giugno 2026	Trasmissione dati accesso civico e generalizzato ai Dirigenti ai fini dell'aggiornamento del Registro accesso civico	Direttori e Dirigenti Responsabili
30 giugno 2026	Sensibilizzazione uso piattaforma whistleblowing	RPCT
30 luglio 2026 (facoltativo)	Verifica a campione società partecipate	RPCT
30 luglio 2026	Acquisizione dichiarazione inconfiribilità ed incompatibilità	Direttore Area Gestione del Personale
30 luglio 2026	Verifica a campione in materia di conflitto di interessi	RPCT
30 luglio 2026	Verifica atti 2026 a campione	RPCT
30 ottobre 2026	Verifica a campione su 5 Sezioni Amm.ne Trasparente	RPCT
30 ottobre 2026	Verifica inconfiribilità a campione	RPCT
30 ottobre 2026	Verifica atti 2026 a campione	RPCT
30 novembre 2026	Ricognizione procedimenti da digitalizzare	Dirigente Servizi informatici
30 novembre 2026	Istituto "Pantouflage" – trasmissione elenco RPCT	all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e

		PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 dicembre 2026	Istituto "Pantouflage" – attività di verifica a cura del RPCT	RPCT
	ANNO 2027	
31 gennaio 2027	Adozione PIAO	DG/ RPCT / Direttori e Dirigenti interessati
28 febbraio 2027	Verifica atti 2027 a campione	RPCT
30 aprile 2027	Verifica inconferibilità ed incompatibilità a campione	RPCT
30 aprile 2027	Verifica atti 2027 a campione	RPCT
30 giugno 2027	Avvio attività di formazione personale	Dirigente Responsabile UOSVD Formazione e Polo universitario
30 giugno 2027	Relazione infrannuale su bozza tipo	Direttori e Dirigenti Responsabili
30 giugno 2027	Controlli su commissione di gara	Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 giugno 2027	Trasmissione dati accesso civico e generalizzato ai Dirigenti ai fini dell'aggiornamento del Registro accesso civico	Direttori e Dirigenti Responsabili
30 giugno 2027	Sensibilizzazione uso piattaforma whistleblowing	RPCT
30 luglio 2027 (facoltativo)	Verifica a campione società partecipate	RPCT
30 luglio 2027	Acquisizione dichiarazione inconferibilità ed incompatibilità	Direttore Area Gestione del Personale
30 luglio 2027	Verifica a campione in materia di conflitto di interessi	RPCT
30 luglio 2027	Verifica atti 2027 a campione	RPCT
30 ottobre 2027	Verifica a campione su 5 Sezioni Amm.ne Trasparente	RPCT

30 ottobre 2027	Verifica inconferibilità a campione	RPCT
30 ottobre 2027	Verifica atti 2027 a campione	RPCT
30 novembre 2027	Ricognizione procedimenti da digitalizzare	Dirigente Servizi informatici
30 novembre 2027	Istituto "Pantouflage" – trasmissione elenco RPCT	all'Area Gestione del Personale / Area Gestione del Patrimonio/area Gestione Tecnica / UOSVD Appalti contratti e logistica / UOSVD Costruzioni Ristrutturazioni e manutenzioni / UOSVD Ingegneria clinica ed HTA / UOSVD Gestione amministrativa dei servizi tecnici e PNRR / UOSVD Information and Communication Technologies
30 dicembre 2027	Istituto "Pantouflage" – attività di verifica a cura del RPCT	RPCT

SEZIONE II
TRASPARENZA E INTEGRITA'

Art. 13

La trasparenza e l'integrità della P.A.

Secondo gli Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022, la sezione Anticorruzione del PIAO non deve contenere la descrizione dettagliata del concetto di trasparenza e dell'evoluzione normativa, dottrinale e giurisprudenziale in materia.

La pubblicazione dei dati dell'ASL BAT, nel corso del triennio **2025- 2027NELLA SOTTO**, verrà implementata avendo comunque riguardo al rispetto della disciplina privacy in ragione della delicatezza dei dati detenuti dall'Azienda e nel rispetto delle norme della CEDU (art. 8 e 9) e del Regolamento europeo privacy di maggio 2018.

A tal fine, in ragione delle indicazioni fornite dal PNA 2022 è stata prevista nel sito web una sezione, denominata "Attuazione Misure PNRR", con indicazione per le sotto – sezioni, degli atti legislativi adottati e degli atti amministrativi emanati per l'attuazione della misura di riferimento, specificando, per ogni atto riportato: a) la tipologia (legge, decreto legislativo, decreto-legge, decreto ministeriale, decreto interministeriale, avviso, ecc.) b) il numero e la data di emissione o di adozione dell'atto, con il link ipertestuale al documento c) la data di pubblicazione d) la data di entrata in vigore e) l'oggetto f) la eventuale documentazione approvata (programma, piano, regolamento, ...) con il link ipertestuale al documento g) le eventuali note informative.

In materia di trasparenza, rileva la Delibera ANAC n. 601 del 19/12/2023 (e relativo allegato) che ha modificato la delibera n. 264 del 20 giugno 2023, riguardante la trasparenza dei contratti pubblici.

Il provvedimento individua gli atti, le informazioni e i dati del ciclo di vita dei contratti pubblici, oggetto di trasparenza. L'Autorità fornisce ulteriori e specifici chiarimenti sulle modalità di assolvimento di tali obblighi di pubblicazione.

I soggetti responsabili delle pubblicazioni, in ragione della normativa vigente e tenuto conto delle novità introdotte dal D.lgs n. 23/2023, sono previsti dall'Allegato B e dall'Allegato E, parti integranti la Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza 20250/2027

Nella sottosezione "bandi di gara e contratti" sono stati inseriti i seguenti link: Banca dati Nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) e Piattaforma di pubblicità a valore legale - ANAC

Art.14

I dati e le informazioni: i Dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento

L'attuale disciplina della trasparenza statuisce il diritto dei cittadini e di tutte le altre parti interessate ad un'accessibilità totale alle informazioni pubbliche, per le quali non esistano specifici limiti previsti da altre normative come, ad esempio, quella sulla riservatezza.

La trasparenza deve essere considerata per il valore strumentale al raggiungimento di fini di rango superiore: essenzialmente, il controllo democratico su responsabilità, buon andamento e imparzialità delle amministrazioni. Tale valore, per quanto rilevante, non si sovrappone completamente e non esaurisce gli obblighi che sono posti in capo alla P.A. per la gestione dei siti internet, come peraltro stabilito dal Garante privacy nelle più volte richiamate "Linee guida in materia di trattamento dei dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri soggetti obbligati", adottate dal Garante per la protezione dei dati personali in data 15/05/2014.

Attualmente, il punto di riferimento per la pubblicazione delle informazioni della P.A. è il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33: "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", come novellato dal D.Lgs. 97/2016 e smi.

L'Allegato B che riporta le diverse tipologie di documenti, di informazioni e di dati che devono essere pubblicati sul sito web aziendale, le strutture responsabili del procedimento di pubblicazione e il livello di aggiornamento si pone in linea con la disciplina di legge e deliberativa dell'Anac.

L'Allegato è finalizzato anche ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi di cui all'articolo 43, comma 3 del citato Decreto.

La richiamata normativa stabilisce che in tutti i siti istituzionali della Pubblica Amministrazione venga creata una sezione denominata "Amministrazione trasparente" che deve essere organizzata in sotto-sezioni all'interno delle quali devono essere inseriti i documenti, le informazioni e i dati previsti dal Decreto stesso.

Nel sito istituzionale dell'ASL BT è inserita la Sezione "Amministrazione Trasparente" e le sotto-sezioni di primo e secondo livello presenti sono state denominate esattamente come indicato nel Decreto.

I Direttori/Dirigenti Responsabili dell'ASL BT devono intendersi responsabili in merito all'individuazione, elaborazione, pubblicazione ed aggiornamento dei singoli dati di rispettiva competenza, nonché dell'esattezza e completezza delle informazioni oggetto di pubblicazione.

Pertanto, la pubblicazione dei dati avviene in relazione alla produzione, da parte degli uffici competenti, delle informazioni trasmesse dai Direttori/Dirigenti Responsabili individuati a margine di ciascuna tipologia.

L'aggiornamento dei dati contenuti nelle menzionate sottosezioni della sezione "Amministrazione Trasparente"

avverrà con la cadenza temporale indicata nel corrispondente livello di aggiornamento ed ogni qualvolta si verifichi la necessità di modificare i dati ovvero pubblicare provvedimenti urgenti.

In particolare sono evidenziate le strutture responsabili del procedimento di pubblicazione (Allegato B)

Al fine di garantire maggiore accessibilità alle informazioni e dati di questa ASL BT, nella sotto-sezione Dati Ulteriori vengono pubblicati gli atti relativi all'attività di verifica, con particolare riferimento agli istituti della incompatibilità ed inconferibilità, nonché con riferimento alle verifiche straordinarie effettuate dal RPCT in materia di trasparenza. Tale pubblicazione, pertanto, è aggiuntiva rispetto alle indicazioni fornite dal legislatore.

Art. 15

Disposizioni finali

Per quanto non espressamente previsto dalla presente Sezione trovano applicazione le norme dettate dalla Legge 190/2012 e ss.mm.ii. e dal PNA 2022.

Entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione all'Albo pretorio dell'Ente.

Sottosezione 3.1 - Struttura Organizzativa

Con deliberazione n. 746 del 24/04/2024, la Direzione Strategica Aziendale ha adottato il nuovo Atto Aziendale di organizzazione e funzionamento della ASL BT, ex art. 3, comma 1 bis del D. lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., che ha definito la nuova organizzazione aziendale, come di seguito delineata:

Nuova Riorganizzazione Dipartimentale						
Dipartimento				Tipo S. Complessa	Tipologia Struttura	Descrizione Struttura Completa
Dipartimento Emergenze	Area	Intensiva	e delle	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - M.E.U. - Pronto Soccorso
Dipartimento Emergenze	Area	Intensiva	e delle	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Anestesia-Rianimazione
Dipartimento Emergenze	Area	Intensiva	e delle	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - M.E.U. - Pronto soccorso
Dipartimento Emergenze	Area	Intensiva	e delle	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Anestesia-Rianimazione
Dipartimento Emergenze	Area	Intensiva	e delle		UOS	Medicina D'Urgenza, Osservazione Breve (S.Comp. P.O. Barletta)
Dipartimento Emergenze	Area	Intensiva	e delle		Uosvd	U.O.S.V.D. Day Service multidisciplinare ed anestesiológico PTA Trani – Canosa, Coordinamento Terapia del Dolore/Accessi Vascolari e Cure Palliative
Dipartimento Emergenze	Area	Intensiva	e delle		Uosvd	U.O.S.V.D. M.E.U. - Pronto Soccorso P.O. Bisceglie – Coordinamento 118
Dipartimento Emergenze	Area	Intensiva	e delle		Uosvd	U.O.S.V.D. Anestesia-Rianimazione P.O. Bisceglie – Coordinamento Aziendale Trapianti
Dipartimento Cardiologico						
Dipartimento Cardiologico				Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Cardiologia
Dipartimento Cardiologico				Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Cardiologia
Dipartimento Cardiologico					Uosvd	U.O.S.V.D. Emodinamica Andria
Dipartimento Cardiologico					Uosvd	U.O.S.V.D. Riabilitazione cardio-respiratoria
Dipartimento Cardiologico					Uosvd	U.O.S.V.D. Cardiologia di diagnostica non invasiva ed oncologica
Dipartimento Cardiologico					Uosvd	U.O.S.V.D. Cardiologia PO Bisceglie - Telecardiologia ambulatoriale/domiciliare
Dipartimento Cardiologico					Uos	U.O.S. Elettrofisiologia (Afferisce a S. Comp. P. O. Andria - Cardiologia)
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico						
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico				Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico				Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Ortopedia
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico				Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico				Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Chirurgia Generale
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico				Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Ortopedia



ASL BT

PugliaSalute

		Strutt.Comp. Osp.	S.Comp. P.O. Barletta – Oculistica
		Strutt.Comp. Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - O.R.L.
		Uosvd	U.O.S.V.D. Day Service oculistica P.O. Bisceglie e P.T.A Trani
		Uosvd	U.O.S.V.D. Day Service oculistica/Screening PPA Canosa Minervino Spinazzola Andria
		Uos	Uos Chirurgia Vitreo - Retinica P.O. Barletta (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Oculistica)
		Uos	Uos Patologia Orbitaria e Oftalmoplastica (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Oculistica)
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Endoscopia digestiva Andria
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Chirurgia della mammella P.O. Barletta
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Chirurgia Generale P.O. Bisceglie
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Ortopedia P.O. Bisceglie
Dipartimento Chirurgico-Traumatologico		Uos	Uos Chirurgia plastica Andria (Afferisce a S. Comp. P.O. Andria - Chirurgia Generale)
		Uos	Chirurgia Vertebro-Spinale (Afferisce a S.Comp. P.O. Andria - Neurochirurgia -)
Dipartimento di Riabilitazione	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. Struttura sovra-distrettuale della riabilitazione
Dipartimento di Prevenzione			
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - S.I.S.P.
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SPESAL
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAN
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - A
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - B
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. Dip.to Prevenzione - SIAV - C
Dipartimento di Prevenzione		Uosvd	U.O.S.V.D. Medicina Legale
Dipartimento di Prevenzione		Uosvd	U.O.S.V.D. Epidemiologia -flussi informativi
Dipartimento di Prevenzione	Territoriale	Uos	Uos Coordinamento attività di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di vita aperti e confinati (afferisce alla S. Comp. S.I.S.P.)
Dipartimento Direzioni Ospedaliere			
Dipartimento Direzioni Ospedaliere	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Direzione Medica
Dipartimento Direzioni Ospedaliere	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Direzione Medica
Dipartimento Direzioni Ospedaliere		Uosvd	U.O.S.V.D. P.O. Bisceglie - Direzione Medica
Dipartimento Direzioni Ospedaliere		Uos	Uos Direzione Medica Presidio Riabilitativo Canosa (Afferisce a S.Comp. P.O. Andria - Direzione Medica)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari			
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. DSS Margherita - Direzione



ASL BT

PugliaSalute

Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt. Comp Terr	S.Comp. DSS Andria - Direzione
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. DSS Canosa - Direzione e P.T.A. Minervino/Spinazzola
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. DSS Barletta - Direzione
Dipartimento Distretti Socio Sanitari	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. DSS Trani - Direzione e P.T.A Trani
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos Cure primarie Dss Margherita (Afferisce a S. Comp. DSS Margherita)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos Cure primarie Dss Andria (Afferisce a S. Comp. DSS Andria)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos assistenza consultoriale Dss Andria (Afferisce a S. Comp. DSS Andria)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos cure primarie Dss Canosa (Afferisce S. Comp. DSS Canosa)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos assistenza consultoriale Dss Canosa (Afferisce S. Comp. DSS Canosa)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos Cure primarie Dss Barletta (Afferisce a S. Comp. DSS Barletta)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos Assistenza consultoriale Dss Barletta (Afferisce a S. Comp. DSS Barletta)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos cure primarie Dss Trani Bisceglie (Afferisce a S. Comp. DSS Trani)
Dipartimento Distretti Socio Sanitari		Uos	Uos Assistenza consultoriale Dss Trani Bisceglie (Afferisce a S. Comp. DSS Trani)
		Uos	Uos Assistenza Consultoriale (afferisce a DSS Margherita di Savoia)
Dipartimento Farmaceutico			
Dipartimento Farmaceutico	Territoriale	Strutt. Comp Terr.	S.Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale
Dipartimento Farmaceutico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Dipartimento Farmaceutico		Uosvd	U.O.S.V.D. Farmacia Ospedaliera P.O. Barletta
Dipartimento Farmaceutico		Uosvd	U.O.S.V.D. Farmacia di base P.O. Bisceglie
Dipartimento Farmaceutico		Uosvd	U.O.S.V.D Farmacia Clinica e UFA
Dipartimento Farmaceutico		Uos	Uos Farmaco-vigilanza e Monitoraggio Area Farmaceutica (Afferisce a S. Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)
Dipartimento Farmaceutico		Uos	Uos Farmaceutica Convenzionata Area Farmaceutica (Afferisce a S. Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)
Dipartimento Farmaceutico		Uos	Uos Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area Farmaceutica (Afferisce a S. Comp. Aree - Servizio Farmaceutico Territoriale)
Dipartimento Immagini e Diagnostica			
Dipartimento Immagini e Diagnostica	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Patologia Clinica
Dipartimento Immagini e Diagnostica	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Radiologia
Dipartimento Immagini e Diagnostica	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Medicina Nucleare
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Patologia Clinica P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Radiologia P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Senologia P.O. Barletta



ASL BT

PugliaSalute

Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Fisica Sanitaria P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Patologia clinica di base P.O. Bisceglie
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Radiologia di base P.O. Bisceglie
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Radiologia Territoriale PTA Trani
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uosvd	U.O.S.V.D. Radiologia di Urgenza P.O. Barletta
Dipartimento Immagini e Diagnostica		Uos	Uos angiografia interventistica Andria (Afferisce a S. Comp. P.O. Andria - Radiologia)
(nelle more dell'istituzione del Dipartimento Interaziendale Immuno Trasfusionale)			
Servizio Immuno Trasfusionale (Dipartimento Interaziendale da istituire)	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - S.I.T. (Direzione)
Servizio Immuno Trasfusionale (Dipartimento Interaziendale da istituire)		Uosvd	U.O.S.V.D. Centro Tasfusionale P.O. Andria
Dipartimento Materno-Infantile			
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Ostetricia-Ginecologia
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Pediatria-Neonatologia
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Ostetricia-Ginecologia
Dipartimento Materno-Infantile	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Pediatria-Neonatologia
Dipartimento Materno-Infantile		Uosvd	U.O.S.V.D. Ostetricia-Ginecologia P.O. Bisceglie
Dipartimento Materno-Infantile		Uosvd	U.O.S.V.D. Pediatria-Neonatologia P.O. Bisceglie
Dipartimento Medico-Specialistico			
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Andria - Medicina Interna
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. Po Barletta - Gastroenterologia
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. Po Barletta - Medicina Interna
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Bisceglie - Malattie infettive
Dipartimento Medico-Specialistico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Bisceglie - Medicina Interna
		Strutt.Comp Osp	S.Comp. P.O. Barletta - Nefrologia e Dialisi
		Strutt.Comp Osp	S.Comp. P.O. Andria - Neurologia
		Strutt.Comp Osp	S.Comp. P.O. Barletta - Neurologia
		Uos	Uos Emodialisi (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Nefrologia e Dialisi)
		Uos	Uos Stroke Unit Neurologia (Afferisce a S. Comp. PO Barletta - Neurologia)
Dipartimento Medico-Specialistico		Uos	Uos Terapia antimicrobica Bisceglie (Afferisce a S. Comp. P.O. Bisceglie Malattie Infettive)
Dipartimento Medico-Specialistico		Uos	Uos Endocrinologia Bisceglie (Afferisce a S. Comp. P.O. Bisceglie Medicina Interna)
Dipartimento Medico-Specialistico		Uosvd	U.O.S.V.D. Pneumologica P. O. Bisceglie
Dipartimento Oncologico			
Dipartimento Oncologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Oncologia



ASL BT

PugliaSalute

Dipartimento Oncologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Ematologia
Dipartimento Oncologico	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Radioterapia
Dipartimento Oncologico		Uosvd	U.O.S.V.D. Anatomia Patologica Andria
Dipartimento Oncologico		Uosvd	U.O.S.V.D. D.H. Oncologia-Ematologia Trani
		Uosvd	UOSVD Reumatologia e Rischio Oncologico
Dipartimento di Salute Mentale			
Dipartimento di Salute Mentale	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. P.O. Barletta - Spdc
Dipartimento di Salute Mentale	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. Dsm - CSM Barletta - DSS 1 (Direzione)
Dipartimento di Salute Mentale		Uosvd	U.O.S.V.D. CSM Andria - Prevenzione Psichiatrica
Dipartimento di Salute Mentale		Uosvd	U.O.S.V.D. R.E.M.S. Spinazzola
Dipartimento di Salute Mentale		Uosvd	U.O.S.V.D. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
Dipartimento di Salute Mentale		Uosvd	U.O.S.V.D. Psicologia Clinica
Dipartimento di Salute Mentale		Uos	Uos CSM Bisceglie - Trani (Afferisce a S. Comp. Dsm CSM Barletta DSS1)
Dipartimento di Salute Mentale		Uosvd	U.O.S.V.D. Psichiatria Geriatrica e stati mentali a rischio
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche			
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. SERT - SERT Andria - DSS 1 - DSS 3 (Direzione)
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche		Uos	Uos SERT Barletta (Afferisce a S. Comp. SERT)
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche		Uos	Uos SERT Trani Bisceglie (Afferisce a S. Comp. SERT)
Dipartimento Staff di Direzione Strategica			
Dipartimento Staff di Direzione Strategica	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. Controllo di Gestione
Dipartimento Staff di Direzione Strategica	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S. Comp. Epidemiologia e Statistica
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Struttura Burocratico - Legale
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Affari Generali
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Screening Oncologici
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Gestione rischio clinico, Qualità e Bed Management
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. U.V.A.R.P.
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Informazione, comunicazione, Polo Universitario e Formazione
Dipartimento Staff di Direzione Strategica		Uosvd	U.O.S.V.D. Sicurezza e sorveglianza sanitaria
Dipartimento delle attività Operative			
Dipartimento delle attività Operative	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. - Direzione Area gestione Patrimonio
Dipartimento delle attività Operative	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. - Direzione Area gestione Tecnica
Dipartimento delle attività Operative		Uos	Uos Inventario beni mobili ed investimenti (Afferisce a S. Comp. Direzione Area Patrimonio)
Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Appalti contratti e logistica
Dipartimento delle attività Operative		Uos	U.O.S.V.D. Costruzioni /ristrutturazioni/ manutenzioni

Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Ingegneria clinica ed HTA – Acquisizione e gestione delle tecnologie biomediche
Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Gestione amministrativa dei servizi tecnici e P.N.R.R.
Dipartimento delle attività Operative		Uosvd	U.O.S.V.D. Information and Communication Technologies.
Dipartimento Direzionale Amministrativo			
Dipartimento Direzionale Amministrativo	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. - Direzione Area gestione Personale
Dipartimento Direzionale Amministrativo	Territoriale	Strutt.Comp Terr.	S.Comp. - Direzione Area gestione Econ.Finanziaria
Dipartimento Direzionale Amministrativo	Ospedaliera	Strutt.Comp Osp.	S.Comp. Direzione Amm.va Presidi
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uosvd	U.O.S.V.D. Assunzioni-mobilità-concorsi/Personale convenzionato
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uos	Uos Gestione personale dipendente/Relazioni sindacali (Afferisce a S. Comp. Direzione Area Personale)
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uosvd	U.O.S.V.D. Servizi Socio Sanitari
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uosvd	U.O.S.V.D. Direzioni amministrative DSS
Dipartimento Direzionale Amministrativo		Uos	Uos Contabilità Generale Analitica e Bilanci (Afferisce a S. Comp. Area gestione Econ.Finanziaria)

Così come programmato, nel corso del 2024 questa Azienda ha dato seguito alle attività finalizzate all'applicazione del Sistema degli Incarichi di cui agli artt. 24 e ss. del CCNL Comparto 2019 – 2021, che hanno determinato il conferimento degli Incarichi di Funzione Organizzativa e Professionale al personale del Comparto, per complessivi n. 189 incarichi.

Pertanto, nel corso del 2024 è stata completato il processo che ha portato alla puntuale e completa applicazione delle previsioni contrattuali in materia di Incarichi sia per il personale del Comparto che per il personale della Dirigenza; allo stato attuale, tutto il personale individuato dai CCNL vigenti (CCNL Comparto 2019 -2021, CCNL Dirigenza Sanità 2019- 2021, CCNL Dirigenza PTA 2019 -2021) risulta assegnatario di un Incarico, con relativa graduazione economica dello stesso.

Sottosezione 3.2 - Organizzazione del Lavoro Agile

ARTICOLO 1 - Definizioni

ARTICOLO 2 - Oggetto

ARTICOLO 3 - Obiettivi

ARTICOLO 4 - Destinatari

ARTICOLO 5 - Condizioni per l'applicazione del lavoro agile

ARTICOLO 6 - Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa agile

ARTICOLO 7 - Strumento del lavoro agile

ARTICOLO 8 - Procedura di accesso al lavoro agile. Accordo individuale di lavoro agile

ARTICOLO 9 - Fasce di contattabilità e diritto alla disconnessione

ARTICOLO 10 - Lavoratori fragili e in condizioni di disabilità grave

ARTICOLO 11 - Lavoro da remoto: telelavoro domiciliare

ARTICOLO 12 - Trattamento giuridico ed economico

ARTICOLO 13 - Obblighi afferenti alla riservatezza e alla sicurezza dei dati

ARTICOLO 14 - Sicurezza sul lavoro

ARTICOLO 15 - Recesso

ARTICOLO 16 - Monitoraggio e Valutazione

ARTICOLO 17 - Analisi di Impatto e Work Life Balance negli Anni 2025-2027

ARTICOLO 18 - Formazione

ARTICOLO 19 - Clausola d'invarianza

ARTICOLO 20 - Disposizioni Finali

PREMESSA NORMATIVA

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni”;

VISTO il D.lgs n. 196 del 30 giugno 2003, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali recante disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione dei dati che e che abroga la direttiva 95/46/CE e s.m.i.;

VISTO il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante “Codice dell’amministrazione digitale”;

VISTA la legge 22 maggio 2017, n. 81 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”;

VISTO l’art. 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, recante “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”, come modificato dall’art. 263, comma 4-bis del D.L. n. 34/2020 conv. con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020 n. 77;

VISTO il decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni e s.m.i.;

VISTA la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 giugno 2017, n. 3 recante “Indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;

VISTO il D.L. 9 giugno 2021 n. 80 conv. con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n. 113, recante Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia e in particolare, l’art. 6, comma 2 lett. b), che stabilisce che il Piano integrato di attività ed organizzazione delle amministrazioni pubbliche deve prevedere, tra l’altro la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il lavoro agile e che debba essere adottato e aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno;

VISTO il D.L. n. 24 del 22 marzo 2022, recante disposizioni Urgenti per il superamento delle misure di contrasto della diffusione dell’epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza;

VISTO il decreto del Ministro per la pubblica amministrazione dell’8 ottobre 2021, recante “Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”;

VISTO il decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro per la pubblica amministrazione del 4 febbraio 2022, con cui sono state individuate le patologie in presenza delle quali ricorre la condizione di fragilità e di disabilità grave;

VISTA la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 giugno 2017, n. 3, recante “Indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2, dell’articolo 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;

VISTE le Linee Guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche elaborate ai sensi dell’art. 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione dell’8 ottobre 2021, sulle quali è stata acquisita l’intesa della Conferenza Unificata il 16 dicembre 2021;

VISTO il contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del Comparto SANITA’, per il triennio 2019-2021 ed in particolare il TITOLO VI, CAPI I e II;

DATO ATTO CHE Questa Azienda,

- in occasione dell'adozione del primo Piano di Organizzazione del Lavoro Agile (P.O.L.A), adottato con deliberazione del D.G. n. 81 del 31 gennaio 2020, ha provveduto alla mappatura delle attività eseguibili e compatibili con siffatta modalità operativa, nonché al censimento dei relativi uffici;
- con deliberazione della Direttrice Generale n. ----del --- ha adottato nell'ambito del P.I.A.O 2023-2025, la sezione sull'Organizzazione del Lavoro Agile

EVIDENZIATO che il Ministro per la Pubblica Amministrazione, con direttiva del 29.12.2023, stante il progressivo e ormai definitivo superamento della situazione emergenziale pandemica, rimarca la reale natura del lavoro agile quale strumento organizzativo di flessibilità e produttività rimettendone l'applicazione alle amministrazioni pubbliche affinché individuino specifiche previsioni che tengano conto delle proprie peculiari specificità e ne garantiscano uno sviluppo ponderato e al tempo stesso armonioso;

INFORMATO il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'ASL BT;

INFORMATE le Organizzazioni Sindacali;

Tutto ciò premesso si delinea il seguente

Regolamento per lo Sviluppo e Attuazione del Lavoro Agile

ARTICOLO 1 Definizioni

1. Ai fini del presente Regolamento s'intende per:

- a) "Lavoro agile", una modalità flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro connotata dalle seguenti caratteristiche:
 - svolgimento di parte dell'attività lavorativa all'esterno della sede di lavoro e senza precisi vincoli d'orario, fatte salve le fasce di contattabilità e fermo il diritto del dipendente di disconnettersi dalle strumentazioni tecnologiche e dalle piattaforme informatiche utilizzate per svolgere la prestazione lavorativa, secondo le modalità stabilite nell'accordo individuale di cui alla successiva lettera c);
 - utilizzo per il lavoro agile di strumenti tecnologici messi a disposizione in parte dall'Amministrazione e in parte dal dipendente;
 - assenza di una postazione fissa durante i periodi di lavoro svolti in luogo diverso dalla sede di servizio;
- b) **"compatibilità delle attività espletabili in modalità "agile"**, le attività che non necessitano della presenza costante nella sede di lavoro in quanto tecnicamente eseguibili, sia per natura della prestazione che per disponibilità delle strumentazioni tecnologiche, digitali ed informatiche, anche al di fuori delle strutture aziendali e che possano essere misurabili, monitorabili e rendicontabili;
- c) **"accordo individuale di lavoro agile"**, l'accordo bilaterale redatto, a pena di nullità, in forma scritta e sottoscritto tra il dipendente e il dirigente dell'ufficio con il quale si specifica modalità e contenuti della prestazione da rendere al di fuori della sede di servizio;

- d) **“Amministrazione”**, l’ASL BT;
- e) **“strumenti di lavoro agile”**, la dotazione tecnologica necessaria per l’esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- f) **“sede di lavoro”**, la sede abituale di servizio del dipendente.
- g) **“lavoro da remoto”**, lavoro prestato con vincoli di tempo e con l’ausilio di dispositivi tecnologici messi a disposizione in parte dall’Amministrazione e in parte dal dipendente, caratterizzato da una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa che comporti l’esecuzione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede di ufficio al quale il dipendente è assegnato.

ARTICOLO 2

Oggetto

1. Il presente regolamento disciplina l’applicazione del Lavoro Agile al personale dell’ASL BT, in attuazione di quanto previsto dall’art. 14, legge 7 agosto 2015, n. 124 e dal Capo II della legge 27 maggio 2017, n. 81 e dalle indicazioni di cui alla citata direttiva del 29/12/2023 del Ministero della Pubblica Amministrazione.

2. L’accesso al lavoro agile è consentito nei modi e limiti previsti dal presente regolamento e nel rispetto delle procedure di seguito indicate.

ARTICOLO 3

Obiettivi

- 1. Il lavoro agile risponde alle seguenti finalità:
 - a) favorire, attraverso lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato, unincremento di efficacia ed efficienza dell’azione amministrativa;
 - b) promuovere una visione dell’organizzazione del lavoro ispirata ai principi di flessibilità, autonomia e responsabilità;
 - c) favorire la reingegnerizzazione e l’informatizzazione dei processi e ottimizzare la diffusione di tecnologie e competenze digitali;
 - d) rafforzare le misure di conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare dei dipendenti;
 - e) riprogettare gli spazi di lavoro realizzando economie di gestione.

ARTICOLO 4

Destinatari

- 1. Tenuto conto delle esigenze e peculiarità specifiche di questa ASL e in considerazione di quanto indicato dal Ministero della Pubblica Amministrazione con direttiva del 29/12/2023, il lavoro agile potrà essere espletato solo dal personale di ruolo dipendente a tempo indeterminato e al personale a tempo determinato, con contratto di lavoro subordinato a tempo pieno alle dipendenze dell’ASL BT, appartenente alle seguenti categorie di lavoratori:
 - a) personale non dirigente appartenente ai ruoli amministrativo, tecnico e professionale del comparto SANITA’;

- b) personale dirigente, ad esclusione dei titolari di incarico di UOC, UOSVD e UOS, e personale non dirigente appartenente al ruolo sanitario del comparto SANITA', "non turnista" non appartenente a Reparti/Servizi clinici, **solo ove compatibile** con l'esercizio delle funzioni svolte;
 - c) personale dirigenziale limitatamente ai casi di cui al comma 12 dell'articolo 6 nonché ai casi di cui all'articolo 10 del presente regolamento, ove compatibile con lo svolgimento delle proprie funzioni.
- 2. Al personale di ruolo è equiparato il personale proveniente da altre amministrazioni in posizione di comando, fuori ruolo, aspettativa, distacco o altro analogo istituto.
 - 3. Il lavoro agile non è applicabile al personale dipendente appartenente all'Area della Dirigenza P.T.A che abbia incarico di responsabilità di UOC, UOSVD e UOS, stante la necessità di garantire il monitoraggio costante e la gestione continua del personale assegnato.
 - 4. Il lavoro agile non è, altresì, applicabile al personale con contratto di lavoro autonomo, quali le collaborazioni coordinate e continuative e attività libero-professionali.

ARTICOLO 5

Condizioni per l'applicazione del lavoro agile

- 1. La prestazione può essere eseguita in modalità agile a condizione che sussistano le seguenti condizioni:
 - a. **individuazione e mappatura delle attività assegnabili al dipendente** che siano **compatibili** con l'istituto del lavoro agile ed eseguibili al di fuori dei locali aziendali senza che sia necessaria la sua costante presenza fisica nella sede di lavoro **in coerenza con la mappatura generale delle attività eseguibili e compatibili con siffatta modalità operativa, nonché al censimento dei relativi uffici**; **non sono compatibili** con il lavoro agile le prestazioni di lavoro per turni, di lavoro disagiato, di lavoro svolto in condizioni di rischio, di lavoro a contatto diretto con l'utenza;
 - b. **non pregiudizio alla quantità e qualità della prestazione resa in modalità agile e dei connessi servizi erogati** tanto agli utenti esterni (utenza), quanto agli utenti interni (Direzione Strategica, Dipendenti/Dirigenti di altri uffici, Organi collegiali aziendali);
 - c. **disponibilità di strumentazioni tecnologiche**, idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa, a1 di fuori della sede di lavoro, come previste all'art. 7;
 - d. svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile **in coerenza con le esigenze organizzative e funzionali dell'ufficio** al quale il dipendente è assegnato;
 - e. autonomia operativa del dipendente e possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa **nel rispetto degli obiettivi prefissati**;
 - f. **rendicontazione, monitoraggio e valutazione dei risultati** delle attività assegnate rispetto agli obiettivi programmati.

ARTICOLO 6

Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa agile

- 1. Il Lavoro agile non è fruibile ad ore ma a giorni e deve essere rispettato in ogni caso il criterio della prevalenza in servizio.
- 2. Per l'effetto, il dipendente ammesso al lavoro agile, per il ricorrere delle condizioni abilitanti di cui al precedente art. 5, può svolgere la prestazione al di fuori della sede di lavoro per un massimo in via ordinaria di n° 1 giorno alla settimana, per un totale di n° 4 giornate lavorative nell'arco di un mese che ove non godute

nel mese di riferimento non potranno essere cumulate nel mese successivo da concordare preventivamente, nell'apposito accordo individuale con il Dirigente/Direttore Responsabile dell'ufficio di appartenenza, tenuto conto dei criteri di cui ai commi seguenti del presente articolo.

3. Al fine di evitare disservizi ed uso improprio della modalità di lavoro agile da parte del dipendente, sarà possibile svolgere la prestazione in modalità agile solo nei giorni di non rientro. Sono pertanto escluse le giornate di rientro.
4. Il Direttore/Dirigente Responsabile di ufficio organizza l'attività dell'ufficio cui è preposto lasciando invariati i servizi all'utenza. A tal fine, il Dirigente/Direttore responsabile programma il lavoro agile, garantendo la prevalenza della presenza in servizio del personale richiedente il lavoro agile, tenuto conto anche delle assenze dal lavoro a vario titolo autorizzate al dipendente, nonché una adeguata rotazione dei dipendenti incardinati presso il proprio ufficio, al fine di non arrecare pregiudizio alla qualità dei servizi resi e alla continuità dei procedimenti amministrativi di propria competenza.
5. Fermo restando quanto indicato ai commi 1 e 2 e 3, il Dirigente/Direttore Responsabile che, **previa verifica della compatibilità del lavoro agile**, stipula accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalità agile, è tenuto, in ogni caso a riconoscere **priorità** alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dal seguente personale:
 - a. lavoratrici e lavoratori con figli fino a dodici anni di età, ex art. 18 della Legge n. 81/2017 e s.m.i.;
 - b. lavoratrici e lavoratori con figli che indipendentemente dall'età, siano in condizioni di disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;
 - c. lavoratori o lavoratrici che siano caregivers ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205;
6. La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza vincolo d'orario, nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliero e settimanali stabilite dai CCNL, salvo il rispetto della fascia oraria di contattabilità e del diritto alla disconnessione, disciplinati all'art. 9.
7. Ai fini del calcolo dell'orario di lavoro settimanale, la giornata di lavoro agile è considerata equivalente a quella svolta presso la sede di servizio. Pertanto, nel giorno di lavoro in modalità agile la durata della prestazione del dipendente corrisponde a quella prevista dal suo orario di lavoro.
8. Il luogo in cui espletare l'attività lavorativa è scelto discrezionalmente dal dipendente e indicato nell'accordo individuale, con possibilità di variazione debitamente comunicata almeno 24 ore prima al dirigente responsabile, nel rispetto di quanto indicato nell'informativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro di cui all'articolo 13 e ferma l'osservanza delle prescrizioni in materia di protezione della rete e dei dati dell'Amministrazione, contenute nel documento di cui all'articolo 14 del presente regolamento, affinché non sia pregiudicata la tutela del lavoratore e la riservatezza dei dati di cui dispone per ragioni d'ufficio.
9. Come indicato nel successivo art. 16, alla cui disciplina si rinvia, il dipendente che svolge la prestazione in modalità agile è tenuto, a cadenza giornaliera, a programmare prima, di concerto con il Dirigente Responsabile, e a rendicontare poi nel dettaglio, le attività da espletare in modalità di lavoro agile che siano state preventivamente rappresentate nell'accordo individuale, per macro-procedimenti o processi o per obiettivi.
10. Ciascun Dirigente/Direttore Responsabile svolge costantemente la verifica delle attività che, ricorrendo i presupposti e le condizioni indicate ai commi precedenti, possono essere espletate in modalità agile.
11. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, né trasferte.
12. In casi di eccezionale e comprovata necessità, per impedimenti personali, familiari o di salute gravi, debitamente documentati e non altrimenti risolvibili, che comportino un'assenza frequente dal servizio con ripercussioni notevoli sul buon andamento dell'ufficio di assegnazione e con aggravio notevole dei procedimenti a carico degli altri dipendenti rimasti in servizio, la Direzione Strategica, **previo parere del Dirigente Responsabile**, può concedere al dipendente, attinto da siffatti impedimenti, la cui prestazione

lavorativa sia compatibile con la modalità di lavoro agile, l'autorizzazione ad espletare lavoro agile, **in deroga al limite temporale di cui al comma 1 del presente art. 6, per un periodo limitato di tempo**, appositamente individuato nell'accordo individuale, di cui al comma 7 dell'art. 8 del presente regolamento, durante il quale il dipendente effettuerà la prestazione lavorativa in modalità agile.

13. Nel caso d'impossibilità a svolgere la prestazione in modalità agile o al verificarsi di problematiche di natura tecnica connesse al mal funzionamento dei sistemi informatici, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione al dirigente che potrà richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario di lavoro. In alternativa al rientro in sede, il dipendente potrà prendere un giorno di ferie o altro istituto che autorizzi le assenze del personale.
14. Il dirigente dell'ufficio ha la facoltà di richiedere la presenza in sede del dipendente in qualsiasi momento per straordinarie e non preventivabili esigenze di servizio che dovranno essere comunicate al lavoratore agile per iscritto, anche mediante mail, almeno un giorno prima.
15. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite, fatti salvi casi sporadici ed eccezionali, dovuti a particolari e documentate motivazioni che dovranno essere fornite dal Dirigente Responsabile all'Area del Personale ed in particolare all'Ufficio Rilevazioni Presenze.

ARTICOLO 7

Strumenti del lavoro agile

1. Il dipendente svolge l'attività lavorativa in modalità *di lavoro agile* avvalendosi della propria dotazione informatica, composta da:
 - a) *pc*,
 - b) *eventuale stampante o scanner*
 - c) *connessione dati*.
2. L'amministrazione mette a disposizione del dipendente gli strumenti digitali, come di seguito riportati e in via di aggiornamento, consultabili presso il link "Tecnologie informatiche" della Intranet Aziendale:
 - <https://www.office.com> la suite del pacchetto Office, gratuita per i dipendenti, che attraverso il proprio indirizzo di posta elettronica aziendale, consente la gestione della posta elettronica (Outlook), l'elaborazione dei documenti (Word), le videoconferenze (Teams) ed il cloud per il salvataggio dei dati da condividere (Onedrive). Semplicemente utilizzando un browser (Chrome, Edge, Firefox, Safari,) senza la necessità di installazioni software, il dipendente potrà collegarsi all'indirizzo web, e dopo aver inserito le proprie credenziali, potrà accedere ai programmi Microsoft e condividere i propri documenti. Strumenti come Teams per le videoconferenze, Word, Excel, PowerPoint per l'editing dei documenti saranno sempre a portata di mano ed attraverso il cloud di OneDrive avendo a disposizione fino a 100 Gb di spazio;
 - **Portale del dipendente** <https://personale.aslbat.it/#!/login>. il Portale del Dipendente per la timbratura a distanza, dove l'utente potrà timbrare in entrata ed in uscita, richiedere permessi personali o ferie (in via di attivazione), verificare il corretto inserimento delle timbrature giornaliere e mensili, nonché consultare l'archivio delle buste paga e di tutte le comunicazioni dell'Area Gestione del Personale relative agli stipendi, assegni familiari e dichiarazioni dei redditi;
 - **SEEDOO** per il protocollo informatico in entrata ed in uscita della Asl Bt, ora più semplice e veloce, con la possibilità (in via di attivazione) di consultare la PEC e la sua protocollazione all'interno del protocollo stesso;
 - **MOSS quale banca dati contabile delle aziende del sistema di Monitoraggio della Spesa Sanitaria** per la gestione degli adempimenti di tipo finanziario e contabile (ordini di pagamento e delle fatture);
 - **PRAXI** per la redazione degli atti ufficiali, delibere e determine.
 - **EDOTTO** per il Sistema Informativo Sanitario Regionale della Puglia

3. Gli uffici responsabili dei sistemi informatici nel garantire le soluzioni tecnologiche necessarie a consentire al dipendente l'accesso da remoto ai sistemi applicativi necessari allo svolgimento dell'attività lavorativa dal proprio dispositivo esterno, o alla postazione di lavoro, salvaguardano, al contempo, la sicurezza della rete e dei dati dell'Amministrazione. I predetti uffici adottano le misure necessarie a proteggere documenti e informazioni trattati dal dipendente in *modalità agile* da attacchi informatici esterni e a consentire al lavoratore agile la comunicazione sicura ed efficace da remoto.
4. Le spese riguardanti i consumi elettrici, quelle di manutenzione delle apparecchiature nonché il costo della connessione dati sono a carico del dipendente.
5. Al fine di dotare il dipendente di strumenti da lavoro aziendali, l'Amministrazione, compatibilmente con le risorse economiche-finanziarie, si impegna a sviluppare nel corso di un triennio, un piano di approvvigionamento di dotazioni informatiche e apparati digitali e tecnologici per l'espletamento dell'attività lavorativa in modalità agile (pc, tablet etc).

ARTICOLO 8

Procedura di accesso al lavoro agile. Accordo individuale di lavoro agile

1. L'accesso e l'adesione al lavoro agile hanno natura consensuale e avvengono su base volontaria.
2. Il dipendente interessato a svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile dichiara la propria disponibilità e lo comunica al Dirigente/Direttore responsabile dell'ufficio al quale è assegnato, secondo il *format* allegato sub 1).
3. Il dirigente dell'ufficio che riceve la dichiarazione di disponibilità al lavoro agile:
 - a) valuta se ricorrono le condizioni per lo svolgimento dell'attività in modalità agile stabilite all'articolo 5 e prioritariamente il criterio della compatibilità di cui alla lettera sub a) del citato art. 5;
 - b) per l'effetto, mappa e declina nell'accordo individuale di lavoro le attività eseguibili dal dipendente;
 - c) acquisisce la dichiarazione con la quale il dipendente si impegna a mettere a disposizione, per lo svolgimento dell'attività in modalità da remoto, la propria dotazione informatica, come specificato all'articolo 7 e ne dà atto nell'accordo individuale;
 - d) verifica, tramite i competenti uffici, la disponibilità degli strumenti informatici dei *software* necessari per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, come specificato all'articolo 7;
4. Concluse positivamente le valutazioni e le verifiche sopra indicate, il dirigente dell'ufficio predispone, d'intesa con il dipendente, un accordo individuale, da redigere secondo il *format* allegato (all. 2).
5. In armonia e coerenza con la programmazione strategica aziendale, gli accordi individuali sono stipulati a tempo determinato e la durata può arrivare sino ad un massimo di un anno e comunque non oltre il 31.01. dell'anno successivo alla stipula. Le parti possono convenire, previo accordo scritto, che gli accordi di durata inferiore a dodici mesi vengano prorogati fino al raggiungimento del 31.01. dell'anno successivo alla stipula.
6. E' fatta salva la facoltà di recesso, anche anticipato, in osservanza di quanto disposto nel seguente art. 15 del presente regolamento.
7. L'eventuale diniego di ammissione al lavoro agile deve essere motivato e comunicato al lavoratore richiedente con le stesse forme con le quali il lavoratore ne ha fatto richiesta.
8. L'accordo individuale è stipulato per iscritto tra il dipendente e il Dirigente/Direttore Responsabile, quest'ultimo a ciò espressamente delegato con il presente regolamento dalla Direttrice Generale. L'accordo stabilisce:

- a) il processo o settore di attività o gli obiettivi da espletare in *Lavoro agile*;
 - b) la strumentazione tecnologica necessaria allo svolgimento dell'attività lavorativa fuori dalla sede di lavoro;
 - c) la durata;
 - d) modalità di recesso e ipotesi di giustificato motivo di recesso di cui all'art. 15;
 - e) fasce di contattabilità, diritto alla disconnessione e tempi di riposo del lavoratore;
 - f) obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile e forme di esercizio del potere direttivo e di controllo del dirigente sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'Amministrazione;
 - g) calendario delle giornate di lavoro agile;
 - h) obiettivi perseguiti, anche sulla base della mappatura delle attività di cui alla lett. b) del comma 3 del presente articolo;
 - i) criteri di misurazione della prestazione resa in modalità agile;
 - j) impegno del lavoratore agile a rispettare le prescrizioni indicate nelle informative di cui agli articoli 13 e 14 del presente regolamento;
9. All'accordo individuale sono allegati, costituendone parte integrante:
- a) il documento contenente le prescrizioni in materia di sicurezza della rete e dei dati dell'Amministrazione di cui all'articolo 13;
 - b) l'informativa scritta in materia di tutela della salute e sicurezza del dipendente nei luoghi di lavoro di cui all'articolo 14.
10. Gli accordi, sottoscritti dal lavoratore agile e dal Dirigente, sono trasmessi all'Ufficio Rilevazioni Presenze dell'Area Gestione del Personale, tempestivamente e comunque **entro e non oltre 5 giorni dalla sottoscrizione**, per le comunicazioni obbligatorie di cui al successivo comma, a pena di sanzioni amministrative pecuniarie in capo all'Azienda.
11. L'Ufficio Rilevazioni Presenze, ricevuti gli accordi nei termini di cui al precedente comma, assicura e cura la comunicazione on-line all'INAIL, tramite l'applicativo messo a disposizione sul portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dei dati dei dipendenti che si avvalgono di modalità di lavoro agile, secondo le modalità definite dal Decreto Ministeriale n. 149 del 22 agosto 2022, per assolvere agli obblighi di comunicazione previsti dall'art. 23, primo comma, della Legge n. 81/2017 (come modificato dall'articolo 41 bis del Decreto Legge n. 73/2022, convertito con modificazioni in Legge 4 agosto 2022, n. 122).

ARTICOLO 9

Fasce di contattabilità e diritto alla disconnessione

1. Il dipendente deve garantire nell'arco della giornata di lavoro agile la contattabilità per almeno 5 ore nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì e di 8 ore nei giorni di martedì e giovedì, in fasce orarie anche discontinue, indicate e concordate nell'accordo individuale. Durante tali fasce orarie il dipendente agile può essere contattato dall'Ufficio telefonicamente o via mail e deve rendersi prontamente reperibile.
2. Fatte salve le fasce di contattabilità di cui al precedente comma, al lavoratore in modalità agile è garantito il rispetto dei tempi di riposo nonché il diritto alla disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche.
3. A tal fine, nell'accordo individuale deve essere indicata la fascia oraria non inferiore a 11 ore consecutive, durante la quale il dipendente ha diritto ad interrompere il collegamento con gli strumenti tecnologici utilizzati per l'esecuzione della prestazione di lavoro e non può essere contattato dall'ufficio.

4. Nelle fasce di contattabilità il lavoratore può chiedere, ove ne ricorrano i presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi e dalle norme di legge. Qualora sia previsto, il recupero andrà pianificato con il dirigente nelle giornate di lavoro in presenza.
5. L'esercizio del diritto alla disconnessione non può avere ripercussioni sul rapporto di lavoro o sui trattamenti retributivi.

ARTICOLO 10

Lavoratori fragili o in condizioni di disabilità grave

1. Il Direttore/Dirigente Responsabile è tenuto a autorizzare le richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dai lavoratori appartenenti al comparto Sanità, con disabilità grave, accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o dai lavoratori fragili, appartenenti al comparto Sanità, affetti da patologie croniche con scarso compenso clinico e con particolare connotazione di gravità così come individuate dal Decreto del Ministero della Salute del 4 febbraio 2022 o dal Medico competente del Lavoro il quale, tenendo conto dell'età, delle condizioni di comorbidità e dell'intero quadro clinico del lavoratore/lavoratrice, ritenga il dipendente maggiormente esposto a rischi per la salute e valuti come congrua, rispetto a siffatte condizioni, l'applicazione della misura organizzativa del lavoro agile, così come disciplinata nei successivi commi del presente articolo.
2. Ai lavoratori così come indicati al comma 1, è riconosciuta, ove compatibile con le funzioni svolte, la possibilità di usufruire di un massimo di 2 giornate lavorative, da usufruire nelle sole giornate di lunedì, mercoledì, venerdì, in modalità di lavoro agile, che ove non godute nel mese di riferimento non potranno essere cumulate nel mese successivo, fatte salve eccezionali esigenze organizzative o sanitarie a fronte delle quali non si potrà comunque superare il limite delle 24 giornate a trimestre.
3. Ferma restando la disciplina dettata nel presente regolamento, il dipendente in condizioni di disabilità grave e o in condizioni di fragilità, è tenuto a presentare al Dirigente Responsabile della UOSVD Sicurezza e Sorveglianza Sanitaria nonché al Medico del lavoro territorialmente competente in base alla propria sede lavorativa di assegnazione, nonché al proprio Dirigente/Direttore Responsabile la seguente documentazione:
 - a) idonea certificazione medica o medico-collegiale atta a dimostrare l'esistenza della patologie e delle condizioni di cui al comma 1;
4. Il dipendente, a tal fine, si impegna a presentare la richiesta di lavoro agile utilizzando il **modello denominato "Fragili"**, corredata da tutta la documentazione medica o medico collegiale attestante la condizione di disabilità grave o di fragilità.
5. Il Dirigente Responsabile della UOSVD di concerto del Medico del lavoro territorialmente competente, effettuerà una previa valutazione della documentazione prodotta e rilascerà al dipendente, una valutazione di congruità ai sensi del comma 1 del presente articolo.
6. Il dipendente, ottenuta la valutazione di congruità, presenterà al Dirigente/Direttore responsabile dell'ufficio al quale è assegnato, il modello di cui all'allegato 1) corredato dalla valutazione di congruità rilasciata dal Dirigente Responsabile della Sicurezza e Sorveglianza Sanitaria e provvederà di concerto con il proprio Direttore/dirigente Responsabile a sottoscrivere l'accordo individuale secondo il modello di cui all'allegato 2).
7. E' assicurato lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, attraverso l'adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, senza alcuna decurtazione della retribuzione in godimento.
8. Ove dovesse sopraggiungere una diversa disciplina di rango legislativo o, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale, una diversa disciplina di fonte pattizia, le presenti disposizioni si disapplicano in luogo

di quelle dettate in favore di questa categoria di lavoratori.

ARTICOLO 11

Lavoro da remoto: telelavoro domiciliare

1. Per determinate categorie di lavoro, quali i soggetti in condizione di cecità assunti con profilo di operatore tecnico centralinista, l'amministrazione, con il consenso del lavoratore, può adottare il lavoro da remoto, con l'esecuzione della prestazione lavorativa in un luogo di adempimento idoneo ma diverso dalla sede dell'ufficio al quale è assegnato il dipendente.
2. Il lavoro da remoto può essere svolto, per l'ASL BT, nella forma del **telelavoro domiciliare** la quale comporta che la prestazione dell'attività lavorativa venga resa continuativamente presso il domicilio del dipendente, con strumenti propri del dipendente.
3. L'azienda è tenuta alla verifica preventiva dell'idoneità del luogo di lavoro, anche ai fini della valutazione del rischio di infortuni, nella fase di avvio e, successivamente, con frequenza semestrale.
4. Il dipendente in condizione di cecità con profilo di operatore tecnico centralinista che intenda avvalersi del lavoro da remoto può presentare formale e motivata istanza di telelavoro domiciliare al proprio Dirigente/Direttore Responsabile il quale rilascia motivato parere in ordine alla insussistenza di motivi ostativi e alla durata della prestazione lavorativa in siffatta modalità la quale non potrà in ogni caso protrarsi oltre 12 mesi.
5. Il dirigente dell'ufficio predispone, d'intesa con il dipendente, un accordo individuale, da redigere secondo il *format* allegato (allegati 3 e 4) e contenente i dati e i requisiti di cui al comma al comma 8 dell'art. 8, **con la sola eccezione delle lettere e) concernente il diritto alla disconnessione e le fasce di contattabilità**.
6. Il lavoro da remoto viene prestato con vincoli di tempo e mediante presidio costante del processo e continua operatività e costante accesso alle procedure di lavoro sia pure nel rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro, circostanze sulle quali dovrà sorvegliare il Dirigente Responsabile dell'Ufficio presso cui è assegnato il dipendente.
7. In caso di più richieste, ove necessario, il Direttore/Dirigente Responsabile al fine di garantire la continuità dei servizi resi all'utenza, predispone apposito piano per l'individuazione dei mesi continuativi in cui i lavoratori richiedenti saranno adibiti, a rotazione, nella forma del telelavoro domiciliare.
8. Qualora dovesse sopraggiungere una diversa disciplina di rango legislativo o, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale, una diversa disciplina di fonte pattizia, le presenti disposizioni si disapplicano in luogo di quelle dettate in materia nonché di quelle disposte a tutela di questa categoria di lavoratori.

ARTICOLO 12

Trattamento giuridico ed economico

1. L'Amministrazione garantisce che i dipendenti che si avvalgono delle modalità di lavoro agile e lavoro da remoto non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e della progressione di carriera. La conclusione di accordi di lavoro in modalità *di lavoro agile e telelavoro domiciliare* non incide sulla natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, regolato dalle norme legislative e dai contratti collettivi nazionali e integrativi, né sul trattamento economico in godimento.

2. La prestazione lavorativa in modalità agile e quella da remoto è integralmente considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le sedi abituali ed è utile ai fini della progressione in carriera, del computo dell'anzianità di servizio, nonché dell'applicazione degli istituti relativi al trattamento economico accessorio.
3. Al lavoratore agile, per effetto della distribuzione flessibile del tempo di lavoro, nelle giornate di lavoro agile non è riconosciuto il trattamento di trasferta e non sono autorizzabili prestazioni straordinarie, notturne o festive né protrazioni dell'orario di lavoro aggiuntive.
4. Nelle giornate di attività in lavoro agile il dipendente non ha diritto all'erogazione del Buono Pasto, ove istituito. E' invece riconosciuto al dipendente in telelavoro domiciliare, essendo la prestazione lavorativa effettuata continuativamente con l'osservanza dei vincoli di tempo.
5. Durante lo svolgimento della prestazione in modalità agile e del telelavoro domiciliare restano ferme le disposizioni in materia di responsabilità, infrazioni e sanzioni contemplate dalle leggi, dal decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici e codice di comportamento dei dipendenti dell'ASL BT.

ARTICOLO 13

Obblighi afferenti alla riservatezza e alla sicurezza dei dati

1. Nell'esecuzione della prestazione, il dipendente in lavoro agile ed in telelavoro domiciliare è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa vigente di cui al regolamento UE n. 679/2016 – GDPR e al decreto legislativo n. 196/03 e sostanziali modifiche intervenute.
2. Il Lavoratore Agile è, altresì, tenuto ad adottare tutte le precauzioni idonee a impedire la visualizzazione da parte di estranei e/o la dispersione dei dati e delle informazioni trattate ed è responsabile della sicurezza dei dati anche in relazione ai rischi collegati alla scelta di un'adeguata postazione di lavoro, ed è tenuto altresì ad attenersi alle disposizioni di cui **all'allegato sub A)** dell'accordo individuale di lavoro.
3. Anche il dipendente in Telelavoro è tenuto al rispetto delle prescrizioni di cui al comma precedente ed è tenuto altresì ad attenersi alle disposizioni di cui **all'allegato sub C)** dell'accordo individuale di lavoro.
4. I servizi dei sistemi informatici adottano soluzioni tecnologiche idonee a consentire il collegamento dall'esterno alle risorse informatiche dell'ufficio necessarie allo svolgimento delle attività previste, nel rispetto di *standard* di sicurezza equivalenti a quelli garantiti alle postazioni lavorative presenti nei locali dell'Amministrazione.
5. Le medesime strutture determinano, altresì, le prescrizioni tecniche per la protezione della rete e dei dati alle quali il dipendente deve attenersi nello svolgimento dell'attività fuori dalla sede di lavoro. Tali prescrizioni confluiscono in un allegato all'accordo individuale, costituendone parte integrante e sostanziale.

ARTICOLO 14

Sicurezza sul lavoro

6. L'Amministrazione garantisce, ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, la salute e la sicurezza del dipendente in coerenza con l'esercizio flessibile dell'attività di lavoro.
7. A tal fine, prima della sottoscrizione degli accordi individuali, il Datore di lavoro fornisce ai Rappresentante

dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S) un'informativa scritta, con l'indicazione delle prescrizioni concernenti i rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione e si impegna di concerto con gli R.L.S dell'ASL BT, a fornire tempestivamente eventuali aggiornamenti e modifiche che dovessero sopraggiungere durante la vigenza di siffatta regolamentazione sul lavoro agile.

8. L'informativa è **allegata sub B)** all'accordo individuale, di cui costituisce parte integrante e sostanziale **per il lavoratore agile**, ed è **allegata sub D)**, **per il dipendente in telelavoro**, e deve essere sottoscritta sia dal dipendente che si impegna ad attenersi scrupolosamente, nella scelta del luogo in cui espletare l'attività lavorativa, alle prescrizioni ivi indicate, sia dal Datore di Lavoro, nella persona della Direttrice Generale che delega, a tal proposito, con il presente atto il Dirigente Responsabile dell'ufficio presso cui presta servizio il dipendente, nonché dai Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (R.L.S), che si riservano di individuare all'uopo, un unico referente per la sicurezza del lavoro in modalità agile.
9. Ogni dipendente collabora con l'Amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.
10. L'Amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa della negligenza del dipendente nella scelta di un ambiente di lavoro non rispettoso delle indicazioni contenute nell'informativa.

ARTICOLO 15

Recesso

1. Durante il periodo di svolgimento dell'accordo di lavoro agile, sia il dirigente che il lavoratore agile possono, con un preavviso non inferiore a 30 giorni e fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo e interrompere l'esecuzione prima della sua naturale scadenza. Nel caso di lavoratori con disabilità, ai sensi dell'art. 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso non può essere inferiore a 90 giorni, ai sensi della legge n. 81/2017.

2. Sussiste la possibilità per il Direttore/Dirigente Responsabile di richiedere per sopravvenute esigenze di servizio altra calendarizzazione della giornata/giornate di lavoro agile previo preavviso minimo di 15 giorni; in questo caso si procederà alla stipula di un nuovo contratto individuale.

3. In caso di giustificato motivo le parti possono recedere dall'accordo in qualunque momento. **In particolare, in virtù del potere direttivo, ex art. 19, comma 1, della legge n. 81/2017 e delle relative forme di esercizio, il Direttore/Dirigente Responsabile potrà recedere anticipatamente dall'accordo individuale, senza preavviso.** A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, costituiscono ipotesi di giustificato motivo: il venir meno delle condizioni di cui all'articolo 5 comma 1 ed in particolare quelle relative alle seguenti fattispecie:

- **pregiudizio alla quantità e qualità della prestazione resa in modalità agile e dei connessi servizi erogati** tanto agli utenti esterni (utenza), quanto agli utenti interni (Direzione Strategica, Dipendenti/Dirigenti di altri uffici, Organi collegiali aziendali)
- **esigenze organizzative e funzionali dell'ufficio** al quale il dipendente è assegnato;
- **omessa o non puntuale rendicontazione** delle attività assegnate rispetto agli obiettivi programmati;
- **tardivo o incompleto raggiungimento** delle attività programmate o degli obiettivi prefissati;
- sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile di mettere a disposizione la **dotazione informatica** necessaria per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro;
- inosservanza delle prescrizioni in materia di **riservatezza e sicurezza dei dati**;
- il venir meno delle condizioni che consentono allavoratore agile il rispetto delle prescrizioni in materia di **sicurezza sul lavoro**;
- inosservanza degli obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile indicati nell'accordo individuale.

ARTICOLO 16 Monitoraggio e Valutazione

Strumenti di programmazione, monitoraggio e Verifica delle Attività svolte in modalità di Lavoro Agile e Telelavoro Domiciliare

Il monitoraggio e la rendicontazione del lavoro avviene mediante l'utilizzo dei seguenti strumenti:

- ❖ **Microsoft FORMS** della piattaforma OFFICE 365, o altra piattaforma digitale messa a disposizione dall'ASL BT secondo i seguenti moduli:

a) modulo di programmazione giornaliera



b) modulo di rendicontazione giornaliera



Ai suddetti moduli, il dipendente dovrà accedere mediante i **links che saranno all'uopo comunicati dalla Direzione Area gestione del Personale e pubblicati sui canali di comunicazione aziendali interni** e che saranno in ogni caso appositamente diramati alle UU.OO e ai dipendenti interessati alla prestazione lavorativa in modalità agile.

Il Dipendente, a cadenza giornaliera, **dovrà compilare ed inviare entrambi** i moduli sub a) e sub b) di cui al precedente articolo del presente regolamento.

Per l'effetto, all'inizio di ogni giornata di lavoro in modalità agile, di concerto con il proprio dirigente Responsabile, il dipendente dovrà programmare le attività da eseguire in lavoro agile e dovrà compilare e inviare il modulo **sub a) modulo di programmazione giornaliera**;

Al termine, poi, di ogni giornata lavorativa in modalità di lavoro agile, il dipendente, compilando e inviando il **modulo di rendicontazione giornaliera sub b)**, dovrà rendicontare a consuntivo quanto espletato e indicare eventuali cause di scostamento rispetto a quanto programmato nel modulo sub a).

La Direzione Strategica si riserva in qualunque momento di modificare e o integrare i dati e le informazioni richieste nei predetti moduli.

Il Direttore/Dirigente Responsabile al quale è assegnato il lavoratore agile e il dipendente in telelavoro domiciliare, sulla base delle indicazioni estrapolate dalla piattaforma FORMS e diramate alla scadenza di ogni semestre, redige con cadenza semestrale e trasmette all'Area Gestione del Personale, al Controllo di Gestione e alla Direzione Strategica un *report* sui risultati perseguiti dal dipendente rispetto agli obiettivi assegnati e prefissati.

Il controllo di Gestione d'intesa con l'Area Gestione Risorse Umane cura la rilevazione annuale dell'andamento del lavoro agile acquisendo i relativi dati dagli Uffici coinvolti nel lavoro agile.

L'Azienda si riserva di implementare il sistema di monitoraggio nell'ottica di una progressiva integrazione con il sistema di misurazione e valutazione dei risultati conseguiti, in termini di obiettivi raggiunti nel periodo considerato, dal lavoratore agile.

ART. 17 - Analisi di Impatto e Work Life Balance negli Anni 2025-2027

Al fine di monitorare lo stato di implementazione nel triennio del lavoro agile e la performance organizzativa e individuale, si definiscono i seguenti obiettivi per il triennio 2023-2025 che saranno oggetto di monitoraggio in occasione della Relazione Annuale Sulla Performance.

Implementazione lavoro agile	Indicatori qualitativi sullo stato di implementazione del lavoro agile		Obiettivo 2025	Obiettivo 2026	Obiettivo 2027
	Soddisfazione per genere: % donne soddisfatte_ % lavoratrici madri		Almeno il 50% rispetto al totale delle lavoratrici agili	Almeno il 70% rispetto al totale delle lavoratrici agili	Almeno il 90% rispetto al totale delle lavoratrici agili
	Soddisfazione per genere: % uomini soddisfatti		Almeno il 50% rispetto al totale delle lavoratrici agili	Almeno il 70% rispetto al totale delle lavoratrici agili	Almeno il 90% rispetto al totale delle lavoratrici agili
U o	Indicatori di Salute Digitale				



% Applicativi consultabili in lavoro agile		100%	100%	100%
Firme digitali_ Numero di firme digitali		Ad almeno 10 Collaboratori amministrativi che firmano atti e/o note	Ad almeno 20 Collaboratori amministrativi che firmano atti e/o note	Almeno 30 Collaboratori amministrativi che firmano atti e/o note
Sistema VPN – Implementazione: Adozione di tecnica di autenticazione “forte” cosiddetta “a due fattori” (2FA) consistente nell’erogazione di un Token di sicurezza, oltre all’autenticazione di password e nome utente e installazione dell’APP FortiToken Mobile , sia per iOS che per Android, con la funzione di token software mediante lo smartphone		Per almeno 100% lavoratori in lavoro agile.	Per almeno 100% lavoratori in lavoro agile	Per almeno 100% lavoratori in lavoro agile
Indicatori di salute professionale				
Competenze digitali	% di lavoratori Agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione	Almeno il 30%	Almeno il 50%	Non inferiore al 50%

ARTICOLO 18

Formazione

- Lo sviluppo del “lavoro agile” all’interno dell’amministrazione non può prescindere da un programma formativo articolato sull’intero triennio della programmazione strategico-gestionale, che consenta ai dipendenti impegnati nel L.A. e ai Dirigenti preposti alla programmazione e controllo delle attività, di acquisire specifiche conoscenze.
- Nell’ambito del progetto di accrescimento delle competenze del personale, si ritiene opportuno focalizzare in particolare l’attenzione su differenti percorsi formativi e nello specifico:
 - Corsi di formazione dedicati ai Dirigenti Responsabili delle strutture il cui personale è impiegato in L.A., e finalizzati a definire percorsi e strumenti utili da un lato alla riorganizzazione delle attività e dall’altro alla definizione di procedure per la programmazione ed il controllo.

b. Corsi di formazione dedicati ai dipendenti impiegati in attività di lavoro agile, finalizzati a far conoscere tutti gli strumenti tecnologici a disposizione per una migliore gestione delle attività.

c. Corsi di formazione dedicati ai dipendenti impiegati in attività di lavoro agile in materia di salute e sicurezza sul lavoro reso in modalità agile nonché sulla protezione, riservatezza e sicurezza dei dati durante l'espletamento del lavoro agile.

ARTICOLO 19

Clausola d'invarianza

Dall'attuazione del presente regolamento non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

ARTICOLO 20

Disposizioni finali

1. Il presente provvedimento si applica per la durata di un anno a decorrere dalla data di approvazione del P.I.A.O, con apposita delibera aziendale, fatta salva la necessità di aggiornare le presenti disposizioni in relazione alla normativa sopravvenuta o a specifiche esigenze aziendali o nazionali.

2. Per quanto non espressamente indicato nel presente atto, si fa rinvio alle disposizioni che regolano gli istituti che disciplinano il rapporto di lavoro del personale delle Aziende Sanitarie Locali, nonché alla Contrattazione Collettiva nazionale.

Si riportano di seguito gli allegati al presente piano.

Allegato 1)

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'
AL LAVORO AGILE
NELL'ASL BT**

Al Direttore
/Dirigente Responsabile dell'U.O.

Il sottoscritto _____, in servizio presso l'U.O. _____
in qualità di _____ (profilo
professionale) _____

Richiamato il Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale n. ____ del ____

DICHIARA

- ✓ di essere interessato all'espletamento del lavoro agile;
- ✓ di essere in possesso degli strumenti di lavoro necessari all'espletamento delle attività lavorative ordinariamente svolte e nello specifico:

	INDICARE SÌ O NO
Computer	
Stampante	
Collegamento web	
Altro	

(COMPILARE SOLO PER LE PARTI DI INTERESSE)

☐ di trovarsi nella condizione di lavoratrice o lavoratore con figli di età inferiore a dodici anni, che abbia già fruito dei permessi obbligatori previsti per legge a tutela della maternità e paternità, o con figli che, indipendentemente dall'età, siano affetti da disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92, o di lavoratori o lavoratrici che siano caregivers, ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, così come previste dall'art. 6, comma 5, lett. a) e b) e c) del Regolamento aziendale, come di seguito riportato:

INDICARE LA PRIORITA' (tra quelle sopra indicate)	NOTE (INDICARE la data di nascita dei figli o la condizione di infermità da cui essi siano affetti i propri figli o le persone di cui ci si occupa in qualità di caregivers, allegando idonea documentazione)

☐ di trovarsi nelle condizioni di **disabilità grave ex art. 3, comma 3**, della legge n. 104/92 o in condizioni di fragilità di cui al Decreto del Ministero della Salute del 04.02.2022, o altra situazione di fragilità, **come da valutazione rilasciata dal Responsabile del Servizio di Sicurezza e Sorveglianza Sanitaria di concerto con il medico del lavoro territorialmente competente dell'ASL BT che qui di seguito si indica e si allega:**

➤ Valutazione rilasciata dal dott. _____ in data _____

☐ di trovarsi **in condizioni di eccezionale e comprovata necessità**, per impedimenti personali, familiari o di salute gravi, debitamente documentati e non altrimenti risolvibili, che comportino un'assenza frequente dal servizio con ripercussioni notevoli sul buon andamento dell'ufficio di assegnazione e con aggravio notevole dei procedimenti a carico degli altri dipendenti rimasti in servizio, previste dall'art. 6, comma 12, ai fini dell'Autorizzazione in deroga del Regolamento aziendale, come di seguito indicato. A tal fine, si impegna ad acquisire e trasmettere unitamente al presente accordo l'autorizzazione della Direzione Strategica.

Indicare i motivi di grave ed eccezionale impedimento	Indicare e allegare documentazione a comprova dei gravi ed eccezionali impedimenti
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
	Indicare estremi ed Allegare l'autorizzazione rilasciata dalla Direzione Strategica

Data _____

Firma _____

ALLEGATO 2)

ACCORDO INDIVIDUALE

PER L'ATTIVAZIONE DEL LAVORO AGILE NELL'ASL BT

TRA

L'Asl BT, in persona del Dott. _____ / Dott.ssa _____ in qualità di responsabile della UOS/UOC/UOSVD _____

E

Il dipendente (nome e cognome) _____, in servizio presso l'U.O. _____ in qualità di (profilo professionale) _____

Richiamato il Regolamento aziendale sul lavoro agile approvato con deliberazione della direttrice generale n. ____ del ____

SI DEFINISCE QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1) - DURATA DELL'ACCORDO. FASCE DI CONTATTABILITÀ E TEMPI DI DISCONNESSIONE

Il presente accordo è valido per il periodo dal _____ al _____ (in ogni caso la durata non può superare la vigenza del regolamento aziendale ossia 31.1.2026) nelle seguenti giornate e orari lavorativi:

Giorno (indicare il giorno di lavoro agile (*))	Dalle Ore**	Alle Ore

(*)

- indicare 1 giorno della settimana_ max 4 al mese, ad esclusione dei giorni di rientro. **Non è infatti possibile effettuare lo smart working nelle giornate di rientro;**
- indicare 2 giorni a settimana_ max 8 al mese, ad esclusione dei giorni di rientro, per i soggetti in condizioni di fragilità e grave disabilità debitamente documentate. **Non è possibile effettuare lo smart working nelle giornate di rientro;**

(**) le ore di inizio e fine attività individuate nel presente prospetto sono meramente indicative e potranno essere modificate nel rispetto del debito orario contrattualmente previsto.

Il Direttore/Responsabile si riserva la possibilità di richiedere per sopravvenute esigenze di servizio altra calendarizzazione della giornata/giornate di lavoro agile previo preavviso minimo di 15 giorni; In questo caso si procederà alla stipula di un nuovo contratto individuale.

Il dipendente si impegna ad essere reperibile, anche mediante deviazione del numero di telefono fisso aziendale al proprio cellulare personale, nelle seguenti fasce di contattabilità*:

Giorno (INDICARE IL GIORNO DI LAVORO AGILE)	Dalle Ore	Alle Ore

(* per almeno 5 ore lavorate)

Il Dirigente/Direttore responsabile ed il dipendente in lavoro agile si impegnano a programmare il lavoro agile garantendo la prevalenza della presenza in servizio, tenuto conto anche delle assenze dal lavoro a vario titolo autorizzate al dipendente medesimo e a consentire la prestazione in modalità agile nelle giornate prescelte del Lunedì, Mercoledì, Venerdì delle settimane in cui il dipendente non abbia goduto di permessi o altre assenze previste contrattualmente.

Per l'effetto di quanto disposto al comma precedente, Il Dirigente Responsabile dell'ufficio richiede la presenza in sede del dipendente in qualsiasi momento ma anche per straordinarie e non preventivabili esigenze di servizio che dovranno essere comunicate al lavoratore agile, anche mediante mail con notifica di risposta ricevuta almeno un giorno prima.

Il dipendente si impegna, in relazione all'attività lavorativa e alle mutate esigenze aziendali che dovessero intervenire, a garantire la propria presenza presso la sede di lavoro, oltre che su richiesta del Dirigente Responsabile anche sulla base di autonoma valutazione delle esigenze di servizio.

Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite, fatti salvi casi sporadici ed eccezionali, dovuti a particolari e documentate motivazioni che dovranno essere fornite dal Dirigente Responsabile all'Area del Personale ed in particolare all'Ufficio Rilevazioni Presenze.

Il Dirigente Responsabile/Direttore di Dipartimento ed il dipendente concordano, nel rispetto di una fascia oraria non inferiore a 11 ore consecutive, i seguenti tempi di disconnessione:

✓ dalle ore _____ alle ore _____ (es. dalle 19.00 alle 7.30).

ARTICOLO 2) - MODALITA' DI ESECUZIONE DEL LAVORO AGILE

Il lavoratore/lavoratrice si impegna a svolgere l'attività lavorativa in modalità agile nei giorni e negli orari previsti al precedente punto 1 o in orari differenti concordati e definiti nel rispetto delle indicazioni fornite dal Regolamento Aziendale, garantendo la reperibilità nelle fasce di contattabilità come concordate con il dirigente.

Il lavoratore dovrà attestare la propria presenza mediante la causale "Lavoro agile" del terminale virtuale, nel rispetto del debito orario stabilito dai CCNLL di rispettiva pertinenza.

Il luogo/ I luoghi tendenzialmente prescelto/i dal dipendente per l'esecuzione della prestazione lavorativa sono:

_____;

_____;

Ove nel corso della durata dell'accordo sopraggiungesse la necessità di variare il luogo/i luoghi di svolgimento del lavoro agile, il dipendente si impegna a comunicare senza indugio, e comunque almeno 24 ore prima della giornata in modalità agile, la relativa variazione al proprio dirigente responsabile.

In ogni caso nella scelta dei luoghi di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza il dipendente è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono la sussistenza delle condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore nonché la piena operatività della dotazione informatica e ad adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Ente che vengono trattate dal lavoratore stesso.

Il Direttore responsabile dell'Area Gestione Risorse Umane cura la comunicazione on-line all'INAIL, tramite l'applicativo messo a disposizione sul portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dei dati dei dipendenti che si avvalgono di modalità di lavoro agile in servizio presso il proprio ufficio.

A tal fine, gli accordi, sottoscritti dal lavoratore agile e dal Dirigente, **sono trasmessi all'Ufficio Rilevazioni Presenze dell'Area Gestione del Personale, tempestivamente e comunque entro e non oltre 5 giorni dalla sottoscrizione**, per le comunicazioni obbligatorie di cui al precedente comma, a pena di sanzioni amministrative pecuniarie in capo all'Azienda.

Per il dipendente in condizioni di disabilità grave o di fragilità, ove dovesse sopraggiungere una diversa disciplina di rango legislativo o, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale, una diversa disciplina di fonte pattizia, le presenti disposizioni si applicano in luogo di quelle dettate in favore di questa categoria di lavoratori.

ARTICOLO 3) -DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA' DA SVOLGERE

Il lavoratore/lavoratrice di intesa con il proprio dirigente responsabile si impegna a redigere, quanto di seguito indicato:

- apposita mappatura di obiettivi e/o tipologia di attività e /o processi effettuabili in lavoro agile, che dovranno essere effettuate nelle giornate nelle quali svolgerà la prestazione lavorativa in modalità agile e che il dipendente dovrà per ogni giornata di lavoro agile dettagliatamente programmare e rendicontare secondo i moduli di cui all'art. 6 di cui *infra*.

Indicare le Macro-attività che saranno svolte in lavoro agile o gli obiettivi da raggiungere



d) modulo di rendicontazione giornaliera



Ai suddetti moduli, il dipendente dovrà accedere mediante i **links che saranno all'uopo comunicati dalla Direzione Area gestione del Personale e pubblicato sui canali di comunicazione aziendali interni** e che saranno in ogni caso appositamente diramati alle UU.OO e ai dipendenti interessati alla prestazione lavorativa in modalità agile.

I controlli del Direttore/Dirigente Responsabile avverranno sempre nel rispetto della vigente normativa e saranno principalmente rivolti alla verifica del raggiungimento degli obiettivi e svolgimento delle attività concordate, nei tempi e con il livello di qualità previsti, e di cui dovrà darsi evidenza, avendo cura di documentare con ogni strumento utile (mail inviate dal lavoratore, delibere predisposte, documenti prodotti, documenti cartacei consegnati in occasione della verifica ecc.).

A tal fine, il dipendente nella stessa giornata oggetto di lavoro agile, dovrà rendicontare la propria attività lavorativa utilizzando gli strumenti di rendicontazione individuati, sia per la programmazione dell'attività, prima dello svolgimento del lavoro agile, sia al termine, per la descrizione a consuntivo di quanto eseguito rispetto a quanto programmato, compilando ed inviando entrambi i moduli sub a) e sub b) di cui al precedente articolo del presente regolamento.

Per l'effetto, all'inizio di ogni giornata di lavoro in modalità agile, di concerto con il proprio dirigente Responsabile, il dipendente dovrà programmare le attività da eseguire in lavoro agile e dovrà compilare e inviare il modulo **sub a) modulo di programmazione giornaliera;**

Al termine, poi, di ogni giornata lavorativa in modalità di lavoro agile, il dipendente, compilando e inviando il **modulo di rendicontazione giornaliera sub b)**, dovrà rendicontare a consuntivo quanto espletato e indicare eventuali cause di scostamento rispetto a quanto programmato nel modulo sub a).

La Direzione Strategica si riserva in qualunque momento di modificare e o integrare i dati e le informazioni

richieste nei predetti moduli.

Il Direttore/Dirigente Responsabile al quale è assegnato il lavoratore agile e il dipendente in telelavoro domiciliare, sulla base delle indicazioni estrapolate dalla piattaforma FORMS e diramate alla scadenza di ogni semestre, redige con cadenza semestrale e trasmette all'Area Gestione del Personale, al Controllo di Gestione e alla Direzione Strategica un *report* sui risultati perseguiti dal dipendente rispetto agli obiettivi assegnati e prefissati.

ARTICOLO 7) - OBBLIGHI DEL DIPENDENTE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA

Il lavoratore/lavoratrice in lavoro agile è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione applicando correttamente le direttive aziendali. Il lavoratore collabora con l'amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.

A tal fine, in osservanza del Regolamento Aziendale sul lavoro agile, il dipendente si impegna ad attenersi alle disposizioni impartite dall'amministrazione, per lo svolgimento del lavoro agile, nel rispetto dei criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza e in un luogo rispondente ai requisiti minimi stabiliti dalla Direttiva dell'INAIL sulla salute e sicurezza nel lavoro agile, ai sensi dell'art. 22 co 1 L. 81/17 e riportati nell'informativa generale, allegata al presente accordo sub B) e a sottoscriverne il contenuto.

L'amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa di comportamenti del dipendente incoerenti con quanto indicato nell'informativa di cui al comma precedente e comunque incompatibili con un corretto svolgimento della prestazione lavorativa.

ARTICOLO 8) - RECESSO, RISOLUZIONE e MODIFICA

Durante il periodo di svolgimento dell'accordo di lavoro agile, sia il dirigente che il lavoratore agile possono, con un preavviso non inferiore a 30 giorni e fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo e interrompere l'esecuzione prima della sua naturale scadenza. Nel caso di lavoratori con disabilità, ai sensi dell'art. 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso non può essere inferiore a 90 giorni, ai sensi della legge n. 81/2017.

Il recesso dal presente accordo prima della sua scadenza naturale è possibile su impulso di entrambe le parti senza preavviso in presenza di giustificato motivo oggettivo.

Il Direttore/Dirigente Responsabile si riserva la possibilità di richiedere per sopravvenute esigenze di servizio altra calendarizzazione della giornata/giornate di lavoro agile previo preavviso minimo di 15 giorni; In questo caso si procederà alla stipula di un nuovo contratto individuale.

In particolare, in virtù del potere direttivo, ex art. 19, comma 1, della legge n. 81/2017 e delle relative forme di esercizio, **il Direttore/Dirigente Responsabile potrà recedere anticipatamente dall'accordo individuale, senza preavviso**. A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, costituiscono ipotesi di giustificato motivo: il venir meno delle condizioni di cui all'articolo 5 comma 1ed in particolare quelle relative alle seguenti fattispecie:

- pregiudizio alla quantità e qualità della prestazione resa in modalità agile e dei connessi servizi erogati tanto agli utenti esterni (utenza), quanto agli utenti interni (Direzione Strategica, Dipendenti/Dirigenti di altri uffici, Organi collegiali aziendali)
- esigenze organizzative e funzionali dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato;
- tardivo o incompleto raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- omessa o non puntuale rendicontazione delle attività assegnate rispetto agli obiettivi programmati;
- sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile di mettere a disposizione la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro;
- inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati;

- il venir meno delle condizioni che consentono al lavoratore agile il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro;
- inosservanza degli obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile indicati nell'accordo individuale.

Il dipendente e il dirigente Responsabile acconsentono alla possibilità che il presente accordo **possa essere risolto o modificato per mutata volontà della Direzione Strategica Aziendale in relazione alle esigenze aziendali, regolamentari e normative che dovessero sopravvenire.**

ARTICOLO 9) - NORMATIVA DI RINVIO E DISPOSIZIONI FINALI

Per ogni altro aspetto non trattato espressamente nel presente accordo si rinvia a quanto disciplinato nel Regolamento aziendale sul lavoro agile che qui si ha per integralmente riportato e ritrascritto.

Il presente accordo ha validità fino alla data fissata fra le parti o fino alla diversa data, anche antecedente, di entrata in vigore della nuova REGOLAMENTAZIONE AZIENDALE nonché dei nuovi CCNNLL di categoria che dovessero sopraggiungere ad integrazione e modifica della disciplina sul lavoro agile.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE

FIRMA DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. il dipendente si impegna ad approvare specificatamente le clausole contrattuali contenute negli artt. 1, commi 2, 3, 4 e 5, art. 2 commi 1, 3 e 4, art. 4, art. 5, art. 7, art. 8, art. 9.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE

—

Allegato A) all'Accordo Individuale**OBBLIGHI IN MATERIA DI RISERVATEZZA E DI SICUREZZA DEI DATI
DEL DIPENDENTE IN LAVORO AGILE**

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso l'ufficio / Area/Servizio
_____ in qualità di (profilo) _____

Richiamato il Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale n____ del ____

D I C H I A R A

che durante lo svolgimento del lavoro agile si impegna a:

- Utilizzare responsabilmente le dotazioni informatiche fornite dall'Azienda e, ove richiesto, restituire nelle medesime condizioni riscontrate al momento della consegna, fatta salva l'usura per il normale utilizzo dello strumento. In caso di problemi tecnici della dotazione in uso per lo SW, il lavoratore deve prontamente avvisare il Dirigente/Responsabile di riferimento ed attivare i consueti canali di assistenza informatica.
- Utilizzare i sistemi di sicurezza forniti (VPN et similia), atti a garantire la confidenzialità e l'integrità dei dati che transitano attraverso il collegamento verso la rete informatica dell'Azienda.
- Custodire e controllare i dati personali trattati, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito, nonché evitare la diffusione dei dati personali trattati a soggetti terzi.
- Non comunicare le proprie password personali ed assicurarsi che le relative digitazioni non siano osservabili da soggetti terzi.
- In caso di furto o smarrimento degli strumenti informatici e di telecomunicazione utilizzati per l'attività lavorativa, a darne immediata comunicazione al proprio Dirigente Responsabile, oltre ad attenersi alle direttive previste e impartite.
- Non causare alterazioni alle configurazioni di sistema degli strumenti informatici forniti dall'Amministrazione e, in particolare, non effettuare installazioni di software non previamente autorizzate.
-

**OBBLIGHI DEL DIPENDENTE IN MATERIA DI RISERVATEZZA PER IL
TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/la sottoscritto/a è tenuto/a, altresì, a custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Azienda utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa;

Il/la sottoscritto/a è inoltre tenuto al rispetto delle previsioni del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in Lavoro agile, Il/la sottoscritto/a è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza e ai doveri di comportamento previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e dal Codice di comportamento vigente presso la ASL BT.

L'inosservanza delle disposizioni di cui al presente Regolamento costituisce comportamento rilevante ai fini disciplinari e può conseguentemente determinare l'applicazione delle sanzioni disciplinari previste dalla contrattazione collettiva.

In particolare, Il/la sottoscritto/a è si impegna a porre maggiore attenzione sui seguenti punti:

- occorre porre ogni cura per evitare che ai dati possano accedere persone non autorizzate presenti nel luogo scelto per la prestazione di lavoro;
- evitare di fissare call con necessità di discutere informazioni confidenziali in un luogo pubblico e/o in presenza di terzi;
- Occorre provvedere tempestivamente alla distruzione di tutte le stampe effettuate durante l'attività lavorativa in SW, laddove non sia più necessario conservarle ai fini dell'espletamento del procedimento;
- qualora invece in via d'eccezione al termine del lavoro risulti necessario trattenere presso il proprio domicilio materiale cartaceo contenente dati personali, lo stesso dovrà esser riposto in armadi, cassetti o altri contenitori protetti.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE

FIRMA DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE

Allegato B) all'Accordo Individuale

INFORMATIVA SULLA SALUTE E SICUREZZA NEL LAVORO AGILE AI SENSI DELL' ART. 22, COMMA 1, L. 81/2017

Al lavoratore

Al Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)

Oggetto: informativa sulla sicurezza dei lavoratori (art. 22, comma 1, della legge 22 maggio 2017 n. 81)

AVVERTENZE GENERALI

Si informa il lavoratore (_____) degli obblighi e dei diritti previsti dalla legge del 22 maggio 2017 n. 81 e dal decreto legislativo del 9 aprile 2008 n. 81.

Sicurezza sul lavoro (art. 22 L. 81/2017)

1. Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore, che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile, e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta, nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.
2. Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

Obblighi dei lavoratori (art. 20 D. Lgs. 81/2008)

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.
2. I lavoratori devono in particolare:
 - a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;
 - c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;
 - d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;
 - e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo

l'obbligo di cui alla lettera f) per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;

f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;

g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;

h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;

i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal D. Lgs. n. 81/2008 o comunque disposti dal medico competente.

3. In attuazione di quanto disposto dalla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Datore di Lavoro ha provveduto ad attuare le misure generali di tutela di cui all'art. 15 del T.U. sulla sicurezza; ha provveduto alla redazione del Documento di Valutazione di tutti i rischi presenti nella realtà lavorativa, ai sensi degli artt. 17 e 28 D. Lgs. 81/2008; ha provveduto alla formazione e informazione di tutti i lavoratori, ex artt. 36 e 37 del medesimo D. Lgs. 81/2008.

Pertanto, di seguito, si procede alla analitica informazione, con specifico riferimento alle modalità di lavoro per il **LAVORATORE AGILE**.

*** **

COMPORTAMENTI DI PREVENZIONE GENERALE RICHIESTI AL LAVORATORE AGILE

- Cooperare con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione predisposte dal datore di lavoro (DL) per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione in ambienti *indoor* e *outdoor* diversi da quelli di lavoro abituali.
- Non adottare condotte che possano generare rischi per la propria salute e sicurezza o per quella di terzi.
- Individuare, secondo le esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e adottando principi di ragionevolezza, i luoghi di lavoro per l'esecuzione della prestazione lavorativa in **LAVORO AGILE** rispettando le indicazioni previste dalla presente informativa.
- In ogni caso, evitare luoghi, ambienti, situazioni e circostanze da cui possa derivare un pericolo per la propria salute e sicurezza o per quella dei terzi.

Di seguito, le indicazioni che il lavoratore è tenuto ad osservare per prevenire i rischi per la salute e sicurezza legati allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile.

*** **

CAPITOLO 1

INDICAZIONI RELATIVE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' LAVORATIVA IN AMBIENTI *OUTDOOR*

Nello svolgere l'attività all'aperto si richiama il lavoratore ad adottare un comportamento coscienzioso e prudente, escludendo luoghi che lo esporrebbero a rischi aggiuntivi rispetto a quelli specifici della propria attività svolta in luoghi chiusi.

È opportuno non lavorare con dispositivi elettronici come *tablet* e *smartphone* o similari all'aperto, soprattutto se si nota una diminuzione di visibilità dei caratteri sullo schermo rispetto all'uso in locali al chiuso dovuta alla maggiore luminosità ambientale.

All'aperto inoltre aumenta il rischio di riflessi sullo schermo o di abbagliamento.

Pertanto le attività svolgibili all'aperto sono essenzialmente quelle di lettura di documenti cartacei o comunicazioni telefoniche o tramite servizi VOIP (ad es. Skype).

Fermo restando che va seguito il criterio di ragionevolezza nella scelta del luogo in cui svolgere la prestazione lavorativa, si raccomanda di:

- privilegiare luoghi ombreggiati per ridurre l'esposizione a radiazione solare ultravioletta (UV);
- evitare di esporsi a condizioni meteorologiche sfavorevoli quali caldo o freddo intenso;
- non frequentare aree con presenza di animali incustoditi o aree che non siano adeguatamente mantenute quali ad esempio aree verdi incolte, con degrado ambientale e/o con presenza di rifiuti;
- non svolgere l'attività in un luogo isolato in cui sia difficoltoso richiedere e ricevere soccorso;
- non svolgere l'attività in aree con presenza di sostanze combustibili e infiammabili (vedere capitolo 5);
- non svolgere l'attività in aree in cui non ci sia la possibilità di approvvigionarsi di acqua potabile;
- mettere in atto tutte le precauzioni che consuetamente si adottano svolgendo attività *outdoor* (ad es.: creme contro le punture, antistaminici, abbigliamento adeguato, quanto prescritto dal proprio medico per situazioni personali di maggiore sensibilità, intolleranza, allergia, ecc.), per quanto riguarda i potenziali pericoli da esposizione ad agenti biologici (ad es. morsi, graffi e punture di insetti o altri animali, esposizione ad allergeni pollinici, ecc.).

*** **

CAPITOLO 2

INDICAZIONI RELATIVE AD AMBIENTI *INDOOR* PRIVATI

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti igienico-sanitari previsti per i locali privati in cui possono operare i lavoratori destinati a svolgere il lavoro agile.

Raccomandazioni generali per i locali:

- le attività lavorative non possono essere svolte in locali tecnici o locali non abitabili (ad es. soffitte, seminterrati, rustici, box);

- adeguata disponibilità di servizi igienici e acqua potabile e presenza di impianti a norma (elettrico, termoidraulico, ecc.) adeguatamente mantenuti;
- le superfici interne delle pareti non devono presentare tracce di condensazione permanente (muffe);
- i locali, eccettuati quelli destinati a servizi igienici, disimpegni, corridoi, vani-scala e ripostigli debbono fruire di illuminazione naturale diretta, adeguata alla destinazione d'uso e, a tale scopo, devono avere una superficie finestrata idonea;
- i locali devono essere muniti di impianti di illuminazione artificiale, generale e localizzata, atti a garantire un adeguato comfort visivo agli occupanti.

Indicazioni per l'illuminazione naturale ed artificiale:

- si raccomanda, soprattutto nei mesi estivi, di schermare le finestre (ad es. con tendaggi, appropriato utilizzo delle tapparelle, ecc.) allo scopo di evitare l'abbagliamento e limitare l'esposizione diretta alle radiazioni solari;
- l'illuminazione generale e specifica (lampade da tavolo) deve essere tale da garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante.
- è importante collocare le lampade in modo tale da evitare abbagliamenti diretti e/o riflessi e la proiezione di ombre che ostacolino il compito visivo mentre si svolge l'attività lavorativa.

Indicazioni per l'aerazione naturale ed artificiale:

- è opportuno garantire il ricambio dell'aria naturale o con ventilazione meccanica;
- evitare di esporsi a correnti d'aria fastidiose che colpiscano una zona circoscritta del corpo (ad es. la nuca, le gambe, ecc.);
- gli eventuali impianti di condizionamento dell'aria devono essere a norma e regolarmente mantenuti; i sistemi filtranti dell'impianto e i recipienti eventuali per la raccolta della condensa, vanno regolarmente ispezionati e puliti e, se necessario, sostituiti;
- evitare di regolare la temperatura a livelli troppo alti o troppo bassi (a seconda della stagione) rispetto alla temperatura esterna;
- evitare l'inalazione attiva e passiva del fumo di tabacco, soprattutto negli ambienti chiusi, in quanto molto pericolosa per la salute umana.

*** **

CAPITOLO 3

UTILIZZO SICURO DI ATTREZZATURE/DISPOSITIVI DI LAVORO

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di attrezzature/dispositivi di lavoro, con specifico riferimento a quelle consegnate ai lavoratori destinati a svolgere il lavoro agile: *notebook, tablet e smartphone*.

Indicazioni generali:

- conservare in luoghi in cui siano facilmente reperibili e consultabili il manuale/istruzioni per l'uso redatte dal fabbricante;
- leggere il manuale/istruzioni per l'uso prima dell'utilizzo dei dispositivi, seguire le indicazioni del costruttore/importatore e tenere a mente le informazioni riguardanti i principi di sicurezza;
- si raccomanda di utilizzare apparecchi elettrici integri, senza parti conduttrici in tensione accessibili (ad es. cavi di alimentazione con danni alla guaina isolante che rendano visibili i conduttori interni), e di interromperne immediatamente l'utilizzo in caso di emissione di scintille, fumo e/o odore di bruciato, provvedendo a spegnere l'apparecchio e disconnettere la spina dalla presa elettrica di alimentazione (se connesse);
- verificare periodicamente che le attrezzature siano integre e correttamente funzionanti, compresi i cavi elettrici e la spina di alimentazione;
- non collegare tra loro dispositivi o accessori incompatibili;
- effettuare la ricarica elettrica da prese di alimentazione integre e attraverso i dispositivi (cavi di collegamento, alimentatori) forniti in dotazione;
- disporre i cavi di alimentazione in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- spegnere le attrezzature una volta terminati i lavori;
- controllare che tutte le attrezzature/dispositivi siano scollegate/i dall'impianto elettrico quando non utilizzati, specialmente per lunghi periodi;
- si raccomanda di collocare le attrezzature/dispositivi in modo da favorire la loro ventilazione e raffreddamento (non coperti e con le griglie di aerazione non ostruite) e di astenersi dall'uso nel caso di un loro anomalo riscaldamento;
- inserire le spine dei cavi di alimentazione delle attrezzature/dispositivi in prese compatibili (ad es. spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*). Utilizzare la presa solo se ben ancorata al muro e controllare che la spina sia completamente inserita nella presa a garanzia di un contatto certo ed ottimale;
- riporre le attrezzature in luogo sicuro, lontano da fonti di calore o di innesco, evitare di pigiare i cavi e di piegarli in corrispondenza delle giunzioni tra spina e cavo e tra cavo e connettore (la parte che serve per connettere l'attrezzatura al cavo di alimentazione);
- non effettuare operazioni di riparazione e manutenzione fai da te;
- lo schermo dei dispositivi è realizzato in vetro/cristallo e può rompersi in caso di caduta o a seguito di un forte urto. In caso di rottura dello schermo, evitare di toccare le schegge di vetro e non tentare di rimuovere il vetro rotto dal dispositivo; il dispositivo non dovrà essere usato fino a quando non sarà stato riparato;
- le batterie/accumulatori non vanno gettati nel fuoco (potrebbero esplodere), né smontati, tagliati, compressi, piegati, forati, danneggiati, manomessi, immersi o esposti all'acqua o altri liquidi;

- in caso di fuoriuscita di liquido dalle batterie/accumulatori, va evitato il contatto del liquido con la pelle o gli occhi; qualora si verificasse un contatto, la parte colpita va sciacquata immediatamente con abbondante acqua e va consultato un medico;
- segnalare tempestivamente al datore di lavoro eventuali malfunzionamenti, tenendo le attrezzature/dispositivi spenti e scollegati dall'impianto elettrico;
- è opportuno fare periodicamente delle brevi pause per distogliere la vista dallo schermo e sgranchirsi le gambe;
- è bene cambiare spesso posizione durante il lavoro anche sfruttando le caratteristiche di estrema maneggevolezza di *tablet* e *smartphone*, tenendo presente la possibilità di alternare la posizione eretta con quella seduta;
- prima di iniziare a lavorare, orientare lo schermo verificando che la posizione rispetto alle fonti di luce naturale e artificiale sia tale da non creare riflessi fastidiosi (come ad es. nel caso in cui l'operatore sia posizionato con le spalle rivolte ad una finestra non adeguatamente schermata o sotto un punto luce a soffitto) o abbagliamenti (ad es. evitare di sedersi di fronte ad una finestra non adeguatamente schermata);
- in una situazione corretta lo schermo è posto perpendicolarmente rispetto alla finestra e ad una distanza tale da evitare riflessi e abbagliamenti;
- i *notebook*, *tablet* e *smartphone* hanno uno schermo con una superficie molto riflettente (schermi lucidi o *glossy*) per garantire una resa ottimale dei colori; tenere presente che l'utilizzo di tali schermi può causare affaticamento visivo e pertanto:
 - regolare la luminosità e il contrasto sullo schermo in modo ottimale;
 - durante la lettura, distogliere spesso lo sguardo dallo schermo per fissare oggetti lontani, così come si fa quando si lavora normalmente al computer fisso;
 - in tutti i casi in cui i caratteri sullo schermo del dispositivo mobile siano troppo piccoli, è importante ingrandire i caratteri a schermo e utilizzare la funzione zoom per non affaticare gli occhi;
 - non lavorare mai al buio.

Indicazioni per il lavoro con il *notebook*

In caso di attività che comportino la redazione o la revisione di lunghi testi, tabelle o simili è opportuno l'impiego del *notebook* con le seguenti raccomandazioni:

- sistemare il *notebook* su un idoneo supporto che consenta lo stabile posizionamento dell'attrezzatura e un comodo appoggio degli avambracci;
- il sedile di lavoro deve essere stabile e deve permettere una posizione comoda. In caso di lavoro prolungato, la seduta deve avere bordi smussati;
- è importante stare seduti con un comodo appoggio della zona lombare e su una seduta non rigida (eventualmente utilizzare dei cuscini poco spessi);

- durante il lavoro con il *notebook*, la schiena va mantenuta poggiata al sedile provvisto di supporto per la zona lombare, evitando di piegarla in avanti;
- mantenere gli avambracci, i polsi e le mani allineati durante l'uso della tastiera, evitando di piegare o angolare i polsi;
- è opportuno che gli avambracci siano appoggiati sul piano e non tenuti sospesi;
- utilizzare un piano di lavoro stabile, con una superficie a basso indice di riflessione, con altezza sufficiente per permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori, in grado di consentire cambiamenti di posizione nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli, se presenti, e permettere una disposizione comoda del dispositivo (*notebook*), dei documenti e del materiale accessorio;
- l'altezza del piano di lavoro e della seduta devono essere tali da consentire all'operatore in posizione seduta di avere gli angoli braccio/avambraccio e gamba/coscia ciascuno a circa 90°;
- la profondità del piano di lavoro deve essere tale da assicurare una adeguata distanza visiva dallo schermo;
- in base alla statura, e se necessario per mantenere un angolo di 90° tra gamba e coscia, creare un poggiapiedi con un oggetto di dimensioni opportune.

In caso di uso su mezzi di trasporto (treni/aerei/ navi) in qualità di passeggeri o in locali pubblici:

- è possibile lavorare in un locale pubblico o in viaggio solo ove le condizioni siano sufficientemente confortevoli ed ergonomiche, prestando particolare attenzione alla comodità della seduta, all'appoggio lombare e alla posizione delle braccia rispetto al tavolino di appoggio;
- evitare lavori prolungati nel caso l'altezza della seduta sia troppo bassa o alta rispetto al piano di appoggio del *notebook*;
- osservare le disposizioni impartite dal personale viaggiante (autisti, controllori, personale di volo, ecc.);
- nelle imbarcazioni il *notebook* è utilizzabile solo nei casi in cui sia possibile predisporre una idonea postazione di lavoro al chiuso e in assenza di rollio/beccheggio della nave;
- se fosse necessario ricaricare, e se esistono prese elettriche per la ricarica dei dispositivi mobili a disposizione dei clienti, verificare che la presa non sia danneggiata e che sia normalmente ancorata al suo supporto parete;
- non utilizzare il *notebook* su autobus/tram, metropolitane, taxi e in macchina anche se si è passeggeri.

Indicazioni per il lavoro con tablet e smartphone

I *tablet* sono idonei prevalentemente alla gestione della posta elettronica e della documentazione, mentre gli *smartphone* sono idonei essenzialmente alla gestione della posta elettronica e alla lettura di brevi documenti.

In caso di impiego di *tablet* e *smartphone* si raccomanda di:

- effettuare frequenti pause, limitando il tempo di digitazione continuata;
- evitare di utilizzare questi dispositivi per scrivere lunghi testi;

- evitare di utilizzare tali attrezzature mentre si cammina, salvo che per rispondere a chiamate vocali prediligendo l'utilizzo dell'auricolare;
- per prevenire l'affaticamento visivo, evitare attività prolungate di lettura sullo *smartphone*;
- effettuare periodicamente esercizi di allungamento dei muscoli della mano e del pollice (*stretching*).

Indicazioni per l'utilizzo sicuro dello *smartphone* come telefono cellulare

- È bene utilizzare l'auricolare durante le chiamate, evitando di tenere il volume su livelli elevati;
- spegnere il dispositivo nelle aree in cui è vietato l'uso di telefoni cellulari/*smartphone* o quando può causare interferenze o situazioni di pericolo (in aereo, strutture sanitarie, luoghi a rischio di incendio/esplosione, ecc.);
- al fine di evitare potenziali interferenze con apparecchiature mediche impiantate seguire le indicazioni del medico competente e le specifiche indicazioni del produttore/importatore dell'apparecchiatura.

I dispositivi potrebbero interferire con gli apparecchi acustici. A tal fine:

- non tenere i dispositivi nel taschino;
- in caso di utilizzo posizzarli sull'orecchio opposto rispetto a quello su cui è installato l'apparecchio acustico;
- evitare di usare il dispositivo in caso di sospetta interferenza;
- un portatore di apparecchi acustici che usasse l'auricolare collegato al telefono/*smartphone* potrebbe avere difficoltà nell'udire i suoni dell'ambiente circostante. Non usare l'auricolare se questo può mettere a rischio la propria e l'altrui sicurezza.

Nel caso in cui ci si trovi all'interno di un veicolo:

- non tenere mai in mano il telefono cellulare/*smartphone* durante la guida: le mani devono essere sempre tenute libere per poter condurre il veicolo;
- durante la guida usare il telefono cellulare/*smartphone* esclusivamente con l'auricolare o in modalità viva voce;
- inviare e leggere i messaggi solo durante le fermate in area di sosta o di servizio o se si viaggia in qualità di passeggeri;
- non tenere o trasportare liquidi infiammabili o materiali esplosivi in prossimità del dispositivo, dei suoi componenti o dei suoi accessori;
- non utilizzare il telefono cellulare/*smartphone* nelle aree di distribuzione di carburante;
- non collocare il dispositivo nell'area di espansione dell'airbag.

*** **

CAPITOLO 4

INDICAZIONI RELATIVE A REQUISITI E CORRETTO UTILIZZO DI IMPIANTI ELETTRICI

Indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di impianti elettrici, apparecchi/dispositivi elettrici utilizzatori, dispositivi di connessione elettrica temporanea.

Impianto elettrico

A. Requisiti:

- 1) i componenti dell'impianto elettrico utilizzato (prese, interruttori, ecc.) devono apparire privi di parti danneggiate;
- 2) le sue parti conduttrici in tensione non devono essere accessibili (ad es. a causa di scatole di derivazione prive di coperchio di chiusura o con coperchio danneggiato, di scatole per prese o interruttori prive di alcuni componenti, di canaline portacavi a vista prive di coperchi di chiusura o con coperchi danneggiati);
- 3) le parti dell'impianto devono risultare asciutte, pulite e non devono prodursi scintille, odori di bruciato e/o fumo;
- 4) nel caso di utilizzo della rete elettrica in locali privati, è necessario conoscere l'ubicazione del quadro elettrico e la funzione degli interruttori in esso contenuti per poter disconnettere la rete elettrica in caso di emergenza;

B. Indicazioni di corretto utilizzo:

- è buona norma che le zone antistanti i quadri elettrici, le prese e gli interruttori siano tenute sgombre e accessibili;
- evitare di accumulare o accostare materiali infiammabili (carta, stoffe, materiali sintetici di facile innesco, buste di plastica, ecc.) a ridosso dei componenti dell'impianto, e in particolare delle prese elettriche a parete, per evitare il rischio di incendio;
- è importante posizionare le lampade, specialmente quelle da tavolo, in modo tale che non vi sia contatto con materiali infiammabili.

Dispositivi di connessione elettrica temporanea

(prolunghe, adattatori, prese a ricettività multipla, avvolgicavo, ecc.).

A. Requisiti:

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea devono essere dotati di informazioni (targhetta) indicanti almeno la tensione nominale (ad es. 220-240 Volt), la corrente nominale (ad es. 10 Ampere) e la potenza massima ammissibile (ad es. 1500 Watt);
- i dispositivi di connessione elettrica temporanea che si intende utilizzare devono essere integri (la guaina del cavo, le prese e le spine non devono essere danneggiate), non avere parti conduttrici scoperte (a spina inserita), non devono emettere scintille, fumo e/o odore di bruciato durante il funzionamento.

B. Indicazioni di corretto utilizzo:

- l'utilizzo di dispositivi di connessione elettrica temporanea deve essere ridotto al minimo indispensabile e preferibilmente solo quando non siano disponibili punti di alimentazione più vicini e idonei;
- le prese e le spine degli apparecchi elettrici, dei dispositivi di connessione elettrica temporanea e dell'impianto elettrico devono essere compatibili tra loro (spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*) e, nel funzionamento, le spine devono essere inserite completamente nelle prese, in modo da evitare il danneggiamento delle prese e garantire un contatto certo;

- evitare di piegare, schiacciare, tirare prolunghe, spine, ecc.;
- disporre i cavi di alimentazione e/o le eventuali prolunghe con attenzione, in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- verificare sempre che la potenza ammissibile dei dispositivi di connessione elettrica temporanea (ad es. presa multipla con 1500 Watt) sia maggiore della somma delle potenze assorbite dagli apparecchi elettrici collegati (ad es. PC 300 Watt + stampante 1000 Watt);
- fare attenzione a che i dispositivi di connessione elettrica temporanea non risultino particolarmente caldi durante il loro funzionamento;
- srotolare i cavi il più possibile o comunque disporli in modo tale da esporre la maggiore superficie libera per smaltire il calore prodotto durante il loro impiego.

CAPITOLO 5

INFORMATIVA RELATIVA AL RISCHIO INCENDI PER IL LAVORO “AGILE”

Indicazioni generali:

- identificare il luogo di lavoro (indirizzo esatto) e avere a disposizione i principali numeri telefonici dei soccorsi nazionali e locali (VVF, Polizia, ospedali, ecc.);
- prestare attenzione ad apparecchi di cottura e riscaldamento dotati di resistenza elettrica a vista o a fiamma libera (alimentati a combustibili solidi, liquidi o gassosi) in quanto possibili focolai di incendio e di rischio ustione. Inoltre, tenere presente che questi ultimi necessitano di adeguati ricambi d'aria per l'eliminazione dei gas combustibili;
- rispettare il divieto di fumo laddove presente;
- non gettare mozziconi accesi nelle aree a verde all'esterno, nei vasi con piante e nei contenitori destinati ai rifiuti;
- non ostruire le vie di esodo e non bloccare la chiusura delle eventuali porte tagliafuoco.

Comportamento per principio di incendio:

- mantenere la calma;
- disattivare le utenze presenti (PC, termoconvettori, apparecchiature elettriche) staccandone anche le spine;
- avvertire i presenti all'interno dell'edificio o nelle zone circostanti *outdoor*, chiedere aiuto e, nel caso si valuti l'impossibilità di agire, chiamare i soccorsi telefonicamente (VVF, Polizia, ecc.), fornendo loro cognome, luogo dell'evento, situazione, affollamento, ecc.;

- se l'evento lo permette, in attesa o meno dell'arrivo di aiuto o dei soccorsi, provare a spegnere l'incendio attraverso i mezzi di estinzione presenti (acqua², coperte³, estintori⁴, ecc.); - non utilizzare acqua per estinguere l'incendio su apparecchiature o parti di impianto elettrico o quantomeno prima di avere disattivato la tensione dal quadro elettrico;
- se non si riesce ad estinguere l'incendio, abbandonare il luogo dell'evento (chiudendo le porte dietro di sé ma non a chiave) e aspettare all'esterno l'arrivo dei soccorsi per fornire indicazioni;
- se non è possibile abbandonare l'edificio, chiudersi all'interno di un'altra stanza tamponando la porta con panni umidi, se disponibili, per ostacolare la diffusione dei fumi all'interno, aprire la finestra e segnalare la propria presenza.

Nel caso si svolga lavoro agile in luogo pubblico o come ospiti in altro luogo di lavoro privato è importante:

- accertarsi dell'esistenza di divieti e limitazioni di esercizio imposti dalle strutture e rispettarli;
- prendere visione, soprattutto nel piano dove si è collocati, delle piantine particolareggiate a parete, della dislocazione dei mezzi antincendio, dei pulsanti di allarme, delle vie di esodo;
- visualizzare i numeri di emergenza interni che sono in genere riportati sulle piantine a parete (addetti lotta antincendio/emergenze/coordinatore per l'emergenza, ecc.);
- leggere attentamente le indicazioni scritte e quelle grafiche riportate in planimetria;
- rispettare il divieto di fumo;
- evitare di creare ingombri alla circolazione lungo le vie di esodo;
- segnalare al responsabile del luogo o ai lavoratori designati quali addetti ogni evento pericoloso, per persone e cose, rilevato nell'ambiente occupato.

*** **

² È idonea allo spegnimento di incendi di manufatti in legno o in stoffa ma non per incendi che originano dall'impianto o da attrezzature elettriche.

³ In caso di principi di incendio dell'impianto elettrico o di altro tipo (purché si tratti di piccoli focolai) si possono utilizzare le coperte ignifughe o, in loro assenza, coperte di lana o di cotone spesso (evitare assolutamente materiali sintetici o di piume come i *pile* e i *piumini*) per soffocare il focolaio (si impedisce l'arrivo di ossigeno alla fiamma). Se particolarmente piccolo il focolaio può essere soffocato anche con un recipiente di metallo (ad es. un coperchio o una pentola di acciaio rovesciata).

⁴ ESTINTORI A POLVERE (ABC)

Sono idonei per spegnere i fuochi generati da sostanze solide che formano braci (fuochi di classe A), da sostanze liquide (fuochi di classe B) e da sostanze gassose (fuochi di classe C). Gli estintori a polvere sono utilizzabili per lo spegnimento dei principi d'incendio di ogni sostanza anche in presenza d'impianti elettrici in tensione.

ESTINTORI AD ANIDRIDE CARBONICA (CO₂)

Sono idonei allo spegnimento di sostanze liquide (fuochi di classe B) e fuochi di sostanze gassose (fuochi di classe C); possono essere usati anche in presenza di impianti elettrici in tensione. Occorre prestare molta attenzione all'eccessivo raffreddamento che genera il gas: ustione da freddo alle persone e possibili rotture su elementi caldi (ad es.: motori o parti metalliche calde potrebbero rompersi per eccessivo raffreddamento superficiale). Non sono indicati per spegnere fuochi di classe A (sostanze solide che formano braci). A causa dell'elevata pressione interna l'estintore a CO₂ risulta molto più pesante degli altri estintori a pari quantità di estinguente.

ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DELL'ESTINTORE

- sganciare l'estintore dall'eventuale supporto e porlo a terra;
- rompere il sigillo ed estrarre la spinetta di sicurezza;
- impugnare il tubo erogatore o manichetta;
- con l'altra mano, impugnata la maniglia dell'estintore, premere la valvola di apertura;
- dirigere il getto alla base delle fiamme premendo la leva prima ad intermittenza e poi con maggiore progressione;
- iniziare lo spegnimento delle fiamme più vicine a sé e solo dopo verso il focolaio principale.

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa al fine di indicare in quali dei diversi scenari lavorativi dovranno trovare applicazione le informazioni contenute nei cinque capitoli di cui sopra.

Scenario lavorativo	Attrezzatura utilizzabile	Capitoli da applicare				
		1	2	3	4	5
1. Lavoro agile in locali privati al chiuso	Smartphone Auricolare Tablet Notebook		X	X	X	X
2. Lavoro agile in locali pubblici al chiuso	Smartphone Auricolare Tablet Notebook			X	X	X
3. Lavoro agile nei trasferimenti, su mezzi privati come passeggero o su autobus/tram, metropolitane e taxi	Smartphone Auricolare			X		
4. Lavoro agile nei trasferimenti su mezzi sui quali sia assicurato il posto a sedere e con tavolino di appoggio quali aerei, treni, autolinee extraurbane, imbarcazioni (traghetti e similari)	Smartphone Auricolare Tablet Notebook			X	X	
5. Lavoro agile nei luoghi all'aperto	Smartphone Auricolare Tablet Notebook	X		X		X

Con la sottoscrizione del presente documento, il lavoratore attesta di aver preso conoscenza in modo puntuale del contenuto del medesimo e il Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza di averne condiviso pienamente il contenuto.

Data --/--/----

Firma del Direttore/Dirigente Responsabile, delegato dal Datore di Lavoro, ex art. 14, comma 8, del Regolamento per lo sviluppo ed attuazione del lavoro agile.

Firma del Lavoratore

Firma del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza - RLS ZINGARELLI Giuseppe, delegato da tutti gli R.L.S. dell'ASL BT
(email reflusso@gmail.com - giuseppe.zingarelli@aslbat.it)

ALLEGATO 3)

**ATTIVAZIONE DEL TELELAVORO DOMICILIARE NELL'ASL BT
DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'**

Al Dirigente Responsabile dell'UO _____

Dott. / Dott.ssa _____

Il sottoscritto sig /sig.ra _____, in servizio presso l'ufficio / Area / Servizio _____ in qualità di (profilo) _____

Richiamato il Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale n____ del ____

DICHIARA

✓ di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 11 del Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale n____ del ____ come di seguito riportato:

- ✓ di essere interessato all'espletamento del lavoro agile nella forma del Telelavoro domiciliare;
- ✓ di essere in possesso degli strumenti di lavoro necessari all'espletamento delle attività lavorative ordinariamente svolte e nello specifico:

	INDICARE SI O NO
Computer	
Stampante	
Collegamento web	
Altro	

✓ (barrare con una X l'opzione di interesse) ☐ Di non trovarsi/☐ di trovarsi nelle condizioni di disabilità grave ex art. 3, comma 3, della legge n. 104/92 o in condizioni di fragilità di cui al DM DEL 04.02.2022, come da certificazioni di seguito riportate debitamente allegate:



ASL BT

PugliaSalute

- | | |
|--|--|
| <p>✓ idonea certificazione medico-collegiale
atta a dimostrare l'esistenza della patologia
e delle condizioni di cui al comma 1;</p> | |
|--|--|

Data _____

Firma

**ACCORDO INDIVIDUALE PER L'ATTIVAZIONE DEL LAVORO DA REMOTO
NELLA FORMA DEL TELELAVORO DOMICILIARE
NELL'ASL BT**

TRA

L'Asl BT, in persona del Dott. _____ / Dott.ssa _____ in qualità di
responsabile _____ della
UOS/UOC/UOSVD _____

E

Il/la sig/dott/sig.ra/dott.ssa _____, in servizio presso l'ufficio / area / servizio
_____ in qualità di (profilo) _____

Richiamato il Regolamento aziendale sul lavoro agile approvato con deliberazione della direttrice generale n. ____
del ____

SI DEFINISCE QUANTO SEGUE

1) DURATA DELL'ACCORDO. FASCE DI CONTATTABILITÀ E TEMPI DI DISCONNESSIONE

Il presente accordo è valido per il periodo non superiore a 12 mesi dal _____ al _____ nelle seguenti
giornate nell'osservanza del debito orario stabilito dal CCNL COMPARTO SANITA':

Giorno	Dalle Ore	Alle Ore	Durata Lavorativo	Orario
Lunedì'				
Martedì'				
Mercoledì'				
Giovedì'				
Venerdì'				
Sabato				

2) MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TELELAVORO

Il lavoratore/La lavoratrice si impegna a svolgere l'attività lavorativa nell'osservanza dei vincoli di tempo e mediante presidio costante del processo e continua operatività e costante accesso alle procedure di lavoro sia pure nel rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro, circostanze sulle quali dovrà sorvegliare il Dirigente Responsabile dell'Ufficio presso cui è assegnato il dipendente.

Il lavoratore dovrà attestare la propria presenza mediante la causale "62 Telelavoro domiciliare" del terminale virtuale, nel rispetto del debito orario stabilito dai CCNNLL di rispettiva pertinenza.

Il luogo prescelto dal dipendente per l'esecuzione della prestazione lavorativa è

il proprio domicilio sito in _____ Prov. _____ alla via _____;

Il dipendente si impegna, in relazione all'attività lavorativa e alle mutate esigenze aziendali che dovessero intervenire, a garantire la propria presenza presso la sede di lavoro, su richiesta del Dirigente Responsabile ovvero sulla base di autonoma valutazione delle esigenze di servizio.

3) DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA' DA SVOLGERE

Il lavoratore/lavoratrice ed il Responsabile di struttura in base ai carichi di lavoro ordinariamente assegnati concordano che dovranno essere rese in modalità agile nelle giornate concordate le seguenti MACRO ATTIVITA' o OBIETTIVI:

Giorno/Mese	Attività assegnata

4) DOTAZIONE TECNOLOGICA

Il lavoratore/lavoratrice, utilizzerà per lo svolgimento delle attività programmate, la seguente dotazione tecnologica, di Sua proprietà:

5) OBBLIGHI DEL DIPENDENTE IN MATERIA DI RISERVATEZZA E DI SICUREZZA DEI DATI

IL dipendente si impegna a sottoscrivere e ad osservare scrupolosamente, nello svolgimento dell'attività fuori dalla sede di lavoro, il documento **allegato sub C)** al presente accordo individuale, costituendone parte integrante e sostanziale, sulle prescrizioni tecniche per la protezione della rete e dei dati, nel rispetto di standard di sicurezza.

Il dipendente si impegna altresì ad esonerare l'amministrazione da ogni spesa sostenuta per l'utilizzo delle apparecchiature, consumi elettrici, connessione alla rete internet, alle comunicazioni telefoniche e ad ogni altro onere connesso all'attività lavorativa.

6) RENDICONTAZIONE, CONTROLLI E MONITORAGGIO

Il monitoraggio e la rendicontazione del lavoro avviene mediante l'utilizzo dei seguenti strumenti:

- ❖ **Microsoft FORMS** della piattaforma OFFICE 365, o altra piattaforma digitale messa a disposizione dall'ASL BT secondo i seguenti moduli:

e) modulo di programmazione giornaliera



f) modulo di rendicontazione giornaliera



Ai suddetti moduli, il dipendente dovrà accedere mediante i **links che saranno all'uopo comunicato dalla Direzione Area gestione del Personale e pubblicato sui canali di comunicazione aziendali interni** e che saranno in ogni caso appositamente diramati alle UU.OO e ai dipendenti interessati alla prestazione lavorativa in modalità agile.

I controlli del Direttore/Dirigente Responsabile avverranno sempre nel rispetto della vigente normativa e saranno principalmente rivolti alla verifica del raggiungimento degli obiettivi e svolgimento delle attività concordate, nei tempi e con il livello di qualità previsti, e di cui dovrà darsi evidenza, avendo cura di documentare con ogni strumento utile (mail inviate dal lavoratore, delibere predisposte, documenti prodotti, documenti cartacei consegnati in occasione della verifica ecc.).

A tal fine, il dipendente nella stessa giornata oggetto di lavoro agile, dovrà rendicontare la propria attività lavorativa utilizzando gli strumenti di rendicontazione individuati, sia per la programmazione dell'attività, prima dello svolgimento del lavoro agile, sia al termine, per la descrizione a consuntivo di quanto eseguito rispetto a quanto programmato, compilando ed inviando entrambi i moduli sub a) e sub b) di cui al precedente articolo del presente regolamento.

Per l'effetto, all'inizio di ogni giornata di lavoro in modalità agile, di concerto con il proprio dirigente Responsabile, il dipendente dovrà programmare le attività da eseguire in lavoro agile e dovrà compilare e inviare il modulo **sub a) modulo di programmazione giornaliera**;

Al termine, poi, di ogni giornata lavorativa in modalità di lavoro agile, il dipendente, compilando e inviando il **modulo di rendicontazione giornaliera sub b)**, dovrà rendicontare a consuntivo quanto espletato e indicare eventuali cause di scostamento rispetto a quanto programmato nel modulo sub a).

La Direzione Strategica si riserva in qualunque momento di modificare e o integrare i dati e le informazioni richieste nei predetti moduli.

Il Direttore/Dirigente Responsabile al quale è assegnato il lavoratore agile e il dipendente in telelavoro domiciliare, sulla base delle indicazioni estrapolate dalla piattaforma FORMS e diramate alla scadenza di ogni semestre, redige con cadenza semestrale e trasmette all'Area Gestione del Personale, al Controllo di Gestione e alla Direzione Strategica un *report* sui risultati perseguiti dal dipendente rispetto agli obiettivi assegnati e prefissati.

7) OBBLIGHI DEL DIPENDENTE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA

Il lavoratore/lavoratrice in lavoro agile è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione applicando correttamente le direttive aziendali e a favorire i controlli sull'idoneità del luogo di lavoro alla fase dell'avvio del telelavoro e successivamente, semestralmente, su richiesta dell'Azienda.

Il lavoratore collabora con l'amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.

A tal fine, in osservanza del Regolamento Aziendale sul lavoro agile, il dipendente si impegna ad attenersi scrupolosamente alle disposizioni impartite dall'amministrazione, per lo svolgimento del lavoro agile, nel rispetto dei criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza e in un luogo rispondente ai requisiti minimi stabiliti dalla Direttiva dell'INAIL sulla salute e sicurezza nel lavoro agile, ai sensi dell'art. 22 co 1 L. 81/17 e riportati nell'informativa generale, allegata al presente accordo sub D) e a sottoscriverne il contenuto.

L'amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa di comportamenti del dipendente incoerenti con quanto indicato nell'informativa di cui al comma precedente e comunque incompatibili con un corretto svolgimento della prestazione lavorativa.

8) RECESSO, RISOLUZIONE e MODIFICA

Durante il periodo di svolgimento dell'accordo di lavoro agile, sia il dirigente che il lavoratore agile possono, con un preavviso non inferiore a 30 giorni e fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo e interrompere

l'esecuzione prima della sua naturale scadenza. Nel caso di lavoratori con disabilità, ai sensi dell'art. 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso non può essere inferiore a 90 giorni, ai sensi della legge n. 81/2017.

Il recesso dal presente accordo prima della sua scadenza naturale è possibile su impulso di entrambe le parti senza preavviso in presenza di giustificato motivo oggettivo (a titolo esemplificativo: mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati/ concordati, assegnazione ad altre strutture aziendali, modifica esigenze di bilanciamento personali, inosservanza dei termini dell'accordo, mancato rispetto degli orari lavorativi previsti per ciascuna giornata, la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile di mettere a disposizione la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro; l'inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati; il venir meno delle condizioni che consentono al lavoratore agile il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro, ecc.)

Il dipendente e il dirigente Responsabile acconsentono alla possibilità che il presente accordo possa essere risolto o modificato per mutata volontà della Direzione Strategica Aziendale in relazione alle esigenze aziendali, regolamentari e normative che dovessero sopravvenire.

9) NORMATIVA DI RINVIO E DISPOSIZIONI FINALI

Per ogni altro aspetto non trattato espressamente nel presente accordo si rinvia a quanto disciplinato nel Regolamento aziendale sul lavoro agile che qui si ha per integralmente riportato e ritrascritto, fatta eccezione per la disciplina di cui ai commi 12, 13 e 14 dell'art. 6 nonché dell'art. 9.

Il presente accordo ha validità fino alla data fissata fra le parti o fino alla diversa data, anche antecedente, di entrata in vigore dei CCNLL che definiscono l'istituto del lavoro agile.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE

FIRMA DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 cc il dipendente si impegna ad approvare specificatamente le clausole contrattuali contenute negli artt. 2, commi 4, art. 4, art. 5, art. 7, art. 8, art. 9.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE

ALLEGATO C)



ASL BT

PugliaSalute

OBBLIGHI IN MATERIA DI RISERVATEZZA E DI SICUREZZA DEI DATI DEL DIPENDENTE IN TELELAVORO DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso l'ufficio / Area/Servizio _____ in qualità di (profilo) _____

Richiamato il Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione della Direttrice Generale n. ____ del ____

D I C H I A R A

che durante lo svolgimento del lavoro da remoto, nella forma del telelavoro domiciliare si impegna, ove compatibile con il proprio profilo professionale, a:

- Utilizzare responsabilmente le dotazioni informatiche fornite dall'Azienda e, ove richiesto, restituire nelle medesime condizioni riscontrate al momento della consegna, fatta salva l'usura per il normale utilizzo dello strumento. In caso di problemi tecnici della dotazione in uso per lo SW, il lavoratore deve prontamente avvisare il Dirigente/Responsabile di riferimento ed attivare i consueti canali di assistenza informatica.
- Utilizzare i sistemi di sicurezza forniti (VPN et similia), atti a garantire la confidenzialità e l'integrità dei dati che transitano attraverso il collegamento verso la rete informatica dell'Azienda.
- Custodire e controllare i dati personali trattati, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito, nonché evitare la diffusione dei dati personali trattati a soggetti terzi.
- Non comunicare le proprie password personali ed assicurarsi che le relative digitazioni non siano osservabili da soggetti terzi.
- In caso di furto o smarrimento degli strumenti informatici e di telecomunicazione di proprietà aziendale, ove utilizzati per l'attività lavorativa, a darne immediata comunicazione al proprio Dirigente Responsabile, oltre ad attenersi alle direttive previste e impartite.
- Non causare alterazioni alle configurazioni di sistema degli strumenti informatici, ove forniti dall'Amministrazione e, in particolare, non effettuare installazioni di software non previamente autorizzate.

OBBLIGHI DEL DIPENDENTE IN MATERIA DI RISERVATEZZA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a è tenuto/a, altresì, a custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Azienda utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa;

Il/la sottoscritto/a è inoltre tenuto al rispetto delle previsioni del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in Telelavoro domiciliare, Il/la sottoscritto/a è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza e ai doveri di comportamento previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e dal Codice di comportamento vigente presso la ASL BT.

L'inosservanza delle disposizioni di cui al presente Regolamento costituisce comportamento rilevante ai fini disciplinari e può conseguentemente determinare l'applicazione delle sanzioni disciplinari previste dalla contrattazione collettiva.

In particolare, Il/la sottoscritto/a si impegna a porre maggiore attenzione, per quanto compatibile con il profilo professionale posseduto, sui seguenti punti:

- occorre porre ogni cura per evitare che ai dati possano accedere persone non autorizzate presenti nel luogo scelto per la prestazione di lavoro;
- evitare di fissare call con necessità di discutere informazioni confidenziali in un luogo pubblico e/o in presenza di terzi;

- Occorre provvedere tempestivamente alla distruzione di tutte le stampe effettuate durante l'attività lavorativa in SW, laddove non sia più necessario conservarle ai fini dell'espletamento del procedimento;
- qualora invece in via d'eccezione al termine del lavoro risulti necessario trattenere presso il proprio domicilio materiale cartaceo contenente dati personali, lo stesso dovrà esser riposto in armadi, cassetti o altri contenitori protetti.

FIRMA DEL LAVORATORE/LAVORATRICE

FIRMA DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE

ALLEGATO D)

INFORMATIVA SULLA SALUTE E SICUREZZA NEL LAVORO DA REMOTO NELLA FORMA DEL TELELAVORO DOMICILIARE, AI SENSI DELL' ART. 22, COMMA 1, L. 81/2017

Al lavoratore

Al Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)

Oggetto: informativa sulla sicurezza dei lavoratori (art. 22, comma 1, della legge 22 maggio 2017 n. 81)

AVVERTENZE GENERALI

Si informa il lavoratore (_____) sugli obblighi e sui diritti previsti dalla legge del 22 maggio 2017 n. 81 e dal decreto legislativo del 9 aprile 2008 n. 81.

Sicurezza sul lavoro (art. 22 L. 81/2017)

1. Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore, che svolge la prestazione in modalità di TELELAVORO DOMICILIARE, e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta, nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

2. Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali e consentire il sopralluogo del domicilio, ove sarà effettuata la prestazione lavorativa, **sia all'avvio della prestazione in telelavoro domiciliare, sia ogni sei mesi.**

Obblighi dei lavoratori (art. 20 D. Lgs. 81/2008)

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

2. I lavoratori devono in particolare:

a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;

b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;

c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;

d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;

e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla lettera f) per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;

f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;

g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;

h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;

i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal D. Lgs. 81/2008 o comunque disposti dal medico competente.

3. In attuazione di quanto disposto dalla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Datore di Lavoro ha provveduto ad attuare le misure generali di tutela di cui all'art. 15 del T.U. sulla sicurezza; ha provveduto alla

redazione del Documento di Valutazione di tutti i rischi presenti nella realtà lavorativa, ai sensi degli artt. 17 e 28 D. Lgs. 81/2008; ha provveduto alla formazione e informazione di tutti i lavoratori, ex artt. 36 e 37 del medesimo D. Lgs. 81/2008.

Pertanto, di seguito, si procede alla analitica informazione, con specifico riferimento alle modalità di lavoro per il **LAVORATORE AGILE**.

*** **

COMPORTAMENTI DI PREVENZIONE GENERALE RICHIESTI AL LAVORATORE AGILE

- Cooperare con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione predisposte dal datore di lavoro (DL) per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione in ambienti *indoor* e *outdoor* diversi da quelli di lavoro abituali.
- Non adottare condotte che possano generare rischi per la propria salute e sicurezza o per quella di terzi.
- Individuare, secondo le esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e adottando principi di ragionevolezza, i luoghi di lavoro per l'esecuzione della prestazione lavorativa in *TELELAVORO DOMICILIARE* rispettando le indicazioni previste dalla presente informativa.
- In ogni caso, evitare luoghi, ambienti, situazioni e circostanze da cui possa derivare un pericolo per la propria salute e sicurezza o per quella dei terzi.

Di seguito, le indicazioni che il lavoratore è tenuto ad osservare per prevenire i rischi per la salute e sicurezza legati allo svolgimento della prestazione in modalità di *TELELAVORO DOMICILIARE*.

*** **

CAPITOLO 1

INDICAZIONI RELATIVE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' LAVORATIVA IN AMBIENTI *OUTDOOR*

Nello svolgere l'attività all'aperto si richiama il lavoratore ad adottare un comportamento coscienzioso e prudente, escludendo luoghi che lo esporrebbero a rischi aggiuntivi rispetto a quelli specifici della propria attività svolta in luoghi chiusi.

È opportuno non lavorare con dispositivi elettronici come *tablet* e *smartphone* o similari all'aperto, soprattutto se si nota una diminuzione di visibilità dei caratteri sullo schermo rispetto all'uso in locali al chiuso dovuta alla maggiore luminosità ambientale.

All'aperto inoltre aumenta il rischio di riflessi sullo schermo o di abbagliamento.

Pertanto le attività svolgibili all'aperto sono essenzialmente quelle di lettura di documenti cartacei o comunicazioni telefoniche o tramite servizi VOIP (ad es. Skype).

Fermo restando che va seguito il criterio di ragionevolezza nella scelta del luogo in cui svolgere la prestazione lavorativa, si raccomanda di:

- privilegiare luoghi ombreggiati per ridurre l'esposizione a radiazione solare ultravioletta (UV);
- evitare di esporsi a condizioni meteorologiche sfavorevoli quali caldo o freddo intenso;
- non frequentare aree con presenza di animali incustoditi o aree che non siano adeguatamente mantenute quali ad esempio aree verdi incolte, con degrado ambientale e/o con presenza di rifiuti;
- non svolgere l'attività in un luogo isolato in cui sia difficoltoso richiedere e ricevere soccorso;
- non svolgere l'attività in aree con presenza di sostanze combustibili e infiammabili (vedere capitolo 5);
- non svolgere l'attività in aree in cui non ci sia la possibilità di approvvigionarsi di acqua potabile;
- mettere in atto tutte le precauzioni che consuetamente si adottano svolgendo attività *outdoor* (ad es.: creme contro le punture, antistaminici, abbigliamento adeguato, quanto prescritto dal proprio medico per situazioni personali di maggiore sensibilità, intolleranza, allergia, ecc.), per quanto riguarda i potenziali pericoli da esposizione ad agenti biologici (ad es. morsi, graffi e punture di insetti o altri animali, esposizione ad allergeni pollinici, ecc.).

*** **

CAPITOLO 2

INDICAZIONI RELATIVE AD AMBIENTI *INDOOR* PRIVATI

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti igienico-sanitari previsti per i locali privati in cui possono operare i lavoratori destinati a svolgere il TELELAVORO DOMICILIARE.

Raccomandazioni generali per i locali:

- le attività lavorative non possono essere svolte in locali tecnici o locali non abitabili (ad es. soffitte, seminterrati, rustici, box);
- adeguata disponibilità di servizi igienici e acqua potabile e presenza di impianti a norma (elettrico, termoidraulico, ecc.) adeguatamente mantenuti;
- le superfici interne delle pareti non devono presentare tracce di condensazione permanente (muffe);
- i locali, eccettuati quelli destinati a servizi igienici, disimpegni, corridoi, vani-scala e ripostigli debbono fruire di illuminazione naturale diretta, adeguata alla destinazione d'uso e, a tale scopo, devono avere una superficie finestrata idonea;
- i locali devono essere muniti di impianti di illuminazione artificiale, generale e localizzata, atti a garantire un adeguato comfort visivo agli occupanti.

Indicazioni per l'illuminazione naturale ed artificiale:

- si raccomanda, soprattutto nei mesi estivi, di schermare le finestre (ad es. con tendaggi, appropriato utilizzo delle tapparelle, ecc.) allo scopo di evitare l'abbagliamento e limitare l'esposizione diretta alle radiazioni solari;
- l'illuminazione generale e specifica (lampade da tavolo) deve essere tale da garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante.
- è importante collocare le lampade in modo tale da evitare abbagliamenti diretti e/o riflessi e la proiezione di ombre che ostacolano il compito visivo mentre si svolge l'attività lavorativa.

Indicazioni per l'aerazione naturale ed artificiale:

- è opportuno garantire il ricambio dell'aria naturale o con ventilazione meccanica;
- evitare di esporsi a correnti d'aria fastidiose che colpiscano una zona circoscritta del corpo (ad es. la nuca, le gambe, ecc.);
- gli eventuali impianti di condizionamento dell'aria devono essere a norma e regolarmente mantenuti; i sistemi filtranti dell'impianto e i recipienti eventuali per la raccolta della condensa, vanno regolarmente ispezionati e puliti e, se necessario, sostituiti;
- evitare di regolare la temperatura a livelli troppo alti o troppo bassi (a seconda della stagione) rispetto alla temperatura esterna;
- evitare l'inalazione attiva e passiva del fumo di tabacco, soprattutto negli ambienti chiusi, in quanto molto pericolosa per la salute umana.

*** **

CAPITOLO 3

UTILIZZO SICURO DI ATTREZZATURE/DISPOSITIVI DI LAVORO

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di attrezzature/dispositivi di lavoro, con specifico riferimento a quelle consegnate ai lavoratori destinati a svolgere il TELELAVORO DOMICILIARE: *notebook, tablet e smartphone*.

Indicazioni generali:

- conservare in luoghi in cui siano facilmente reperibili e consultabili il manuale/istruzioni per l'uso redatte dal fabbricante;
- leggere il manuale/istruzioni per l'uso prima dell'utilizzo dei dispositivi, seguire le indicazioni del costruttore/importatore e tenere a mente le informazioni riguardanti i principi di sicurezza;
- si raccomanda di utilizzare apparecchi elettrici integri, senza parti conduttrici in tensione accessibili (ad es. cavi di alimentazione con danni alla guaina isolante che rendano visibili i conduttori interni), e di interromperne immediatamente l'utilizzo in caso di emissione di scintille, fumo e/o odore di bruciato, provvedendo a spegnere l'apparecchio e disconnettere la spina dalla presa elettrica di alimentazione (se connesse);

- verificare periodicamente che le attrezzature siano integre e correttamente funzionanti, compresi i cavi elettrici e la spina di alimentazione;
- non collegare tra loro dispositivi o accessori incompatibili;
- effettuare la ricarica elettrica da prese di alimentazione integre e attraverso i dispositivi (cavi di collegamento, alimentatori) forniti in dotazione;
- disporre i cavi di alimentazione in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- spegnere le attrezzature una volta terminati i lavori;
- controllare che tutte le attrezzature/dispositivi siano scollegate/i dall'impianto elettrico quando non utilizzati, specialmente per lunghi periodi;
- si raccomanda di collocare le attrezzature/dispositivi in modo da favorire la loro ventilazione e raffreddamento (non coperti e con le griglie di aerazione non ostruite) e di astenersi dall'uso nel caso di un loro anomalo riscaldamento;
- inserire le spine dei cavi di alimentazione delle attrezzature/dispositivi in prese compatibili (ad es. spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*). Utilizzare la presa solo se ben ancorata al muro e controllare che la spina sia completamente inserita nella presa a garanzia di un contatto certo ed ottimale;
- riporre le attrezzature in luogo sicuro, lontano da fonti di calore o di innesco, evitare di pigiare i cavi e di piegarli in corrispondenza delle giunzioni tra spina e cavo e tra cavo e connettore (la parte che serve per connettere l'attrezzatura al cavo di alimentazione);
- non effettuare operazioni di riparazione e manutenzione fai da te;
- lo schermo dei dispositivi è realizzato in vetro/cristallo e può rompersi in caso di caduta o a seguito di un forte urto. In caso di rottura dello schermo, evitare di toccare le schegge di vetro e non tentare di rimuovere il vetro rotto dal dispositivo; il dispositivo non dovrà essere usato fino a quando non sarà stato riparato;
- le batterie/accumulatori non vanno gettati nel fuoco (potrebbero esplodere), né smontati, tagliati, compressi, piegati, forati, danneggiati, manomessi, immersi o esposti all'acqua o altri liquidi;
- in caso di fuoriuscita di liquido dalle batterie/accumulatori, va evitato il contatto del liquido con la pelle o gli occhi; qualora si verificasse un contatto, la parte colpita va sciacquata immediatamente con abbondante acqua e va consultato un medico;
- segnalare tempestivamente al datore di lavoro eventuali malfunzionamenti, tenendo le attrezzature/dispositivi spenti e scollegati dall'impianto elettrico;
- è opportuno fare periodicamente delle brevi pause per distogliere la vista dallo schermo e sgranchirsi le gambe;
- è bene cambiare spesso posizione durante il lavoro anche sfruttando le caratteristiche di estrema maneggevolezza di *tablet* e *smartphone*, tenendo presente la possibilità di alternare la posizione eretta con quella seduta;

- prima di iniziare a lavorare, orientare lo schermo verificando che la posizione rispetto alle fonti di luce naturale e artificiale sia tale da non creare riflessi fastidiosi (come ad es. nel caso in cui l'operatore sia posizionato con le spalle rivolte ad una finestra non adeguatamente schermata o sotto un punto luce a soffitto) o abbagliamenti (ad es. evitare di sedersi di fronte ad una finestra non adeguatamente schermata);
- in una situazione corretta lo schermo è posto perpendicolarmente rispetto alla finestra e ad una distanza tale da evitare riflessi e abbagliamenti;
- i *notebook*, *tablet* e *smartphone* hanno uno schermo con una superficie molto riflettente (schermi lucidi o *glossy*) per garantire una resa ottimale dei colori; tenere presente che l'utilizzo di tali schermi può causare affaticamento visivo e pertanto:
 - regolare la luminosità e il contrasto sullo schermo in modo ottimale;
 - durante la lettura, distogliere spesso lo sguardo dallo schermo per fissare oggetti lontani, così come si fa quando si lavora normalmente al computer fisso;
 - in tutti i casi in cui i caratteri sullo schermo del dispositivo mobile siano troppo piccoli, è importante ingrandire i caratteri a schermo e utilizzare la funzione zoom per non affaticare gli occhi;
 - non lavorare mai al buio.

Indicazioni per il lavoro con il *notebook*

In caso di attività che comportino la redazione o la revisione di lunghi testi, tabelle o simili è opportuno l'impiego del *notebook* con le seguenti raccomandazioni:

- sistemare il *notebook* su un idoneo supporto che consenta lo stabile posizionamento dell'attrezzatura e un comodo appoggio degli avambracci;
- il sedile di lavoro deve essere stabile e deve permettere una posizione comoda. In caso di lavoro prolungato, la seduta deve avere bordi smussati;
- è importante stare seduti con un comodo appoggio della zona lombare e su una seduta non rigida (eventualmente utilizzare dei cuscini poco spessi);
- durante il lavoro con il *notebook*, la schiena va mantenuta poggiata al sedile provvisto di supporto per la zona lombare, evitando di piegarla in avanti;
- mantenere gli avambracci, i polsi e le mani allineati durante l'uso della tastiera, evitando di piegare o angolare i polsi;
- è opportuno che gli avambracci siano appoggiati sul piano e non tenuti sospesi;
- utilizzare un piano di lavoro stabile, con una superficie a basso indice di riflessione, con altezza sufficiente per permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori in grado di consentire cambiamenti di posizione nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli, se presenti, e permettere una disposizione comoda del dispositivo (*notebook*), dei documenti e del materiale accessorio;

- l'altezza del piano di lavoro e della seduta devono essere tali da consentire all'operatore in posizione seduta di avere gli angoli braccio/avambraccio e gamba/coscia ciascuno a circa 90°;
- la profondità del piano di lavoro deve essere tale da assicurare una adeguata distanza visiva dallo schermo;
- in base alla statura, e se necessario per mantenere un angolo di 90° tra gamba e coscia, creare un poggiapiedi con un oggetto di dimensioni opportune.

In caso di uso su mezzi di trasporto (treni/aerei/ navi) in qualità di passeggeri o in locali pubblici:

- è possibile lavorare in un locale pubblico o in viaggio solo ove le condizioni siano sufficientemente confortevoli ed ergonomiche, prestando particolare attenzione alla comodità della seduta, all'appoggio lombare e alla posizione delle braccia rispetto al tavolino di appoggio;
- evitare lavori prolungati nel caso l'altezza della seduta sia troppo bassa o alta rispetto al piano di appoggio del *notebook*;
- osservare le disposizioni impartite dal personale viaggiante (autisti, controllori, personale di volo, ecc.);
- nelle imbarcazioni il *notebook* è utilizzabile solo nei casi in cui sia possibile predisporre una idonea postazione di lavoro al chiuso e in assenza di rollio/beccheggio della nave;
- se fosse necessario ricaricare, e se esistono prese elettriche per la ricarica dei dispositivi mobili a disposizione dei clienti, verificare che la presa non sia danneggiata e che sia normalmente ancorata al suo supporto parete;
- non utilizzare il *notebook* su autobus/tram, metropolitane, taxi e in macchina anche se si è passeggeri.

Indicazioni per il lavoro con tablet e smartphone

I *tablet* sono idonei prevalentemente alla gestione della posta elettronica e della documentazione, mentre gli *smartphone* sono idonei essenzialmente alla gestione della posta elettronica e alla lettura di brevi documenti.

In caso di impiego di *tablet* e *smartphone* si raccomanda di:

- effettuare frequenti pause, limitando il tempo di digitazione continuata;
- evitare di utilizzare questi dispositivi per scrivere lunghi testi;
- evitare di utilizzare tali attrezzature mentre si cammina, salvo che per rispondere a chiamate vocali prediligendo l'utilizzo dell'auricolare;
- per prevenire l'affaticamento visivo, evitare attività prolungate di lettura sullo *smartphone*;
- effettuare periodicamente esercizi di allungamento dei muscoli della mano e del pollice (*stretching*).

Indicazioni per l'utilizzo sicuro dello smartphone come telefono cellulare

- È bene utilizzare l'auricolare durante le chiamate, evitando di tenere il volume su livelli elevati;
- spegnere il dispositivo nelle aree in cui è vietato l'uso di telefoni cellulari/*smartphone* o quando può causare interferenze o situazioni di pericolo (in aereo, strutture sanitarie, luoghi a rischio di incendio/esplosione, ecc.);
- al fine di evitare potenziali interferenze con apparecchiature mediche impiantate seguire le indicazioni del medico competente e le specifiche indicazioni del produttore/importatore dell'apparecchiatura.

I dispositivi potrebbero interferire con gli apparecchi acustici. A tal fine:

- non tenere i dispositivi nel taschino;
- in caso di utilizzo posizionarli sull'orecchio opposto rispetto a quello su cui è installato l'apparecchio acustico;
- evitare di usare il dispositivo in caso di sospetta interferenza;
- un portatore di apparecchi acustici che usasse l'auricolare collegato al telefono/*smartphone* potrebbe avere difficoltà nell'udire i suoni dell'ambiente circostante. Non usare l'auricolare se questo può mettere a rischio la propria e l'altrui sicurezza.

Nel caso in cui ci si trovi all'interno di un veicolo:

- non tenere mai in mano il telefono cellulare/*smartphone* durante la guida: le mani devono essere sempre tenute libere per poter condurre il veicolo;
- durante la guida usare il telefono cellulare/*smartphone* esclusivamente con l'auricolare o in modalità viva voce;
- inviare e leggere i messaggi solo durante le fermate in area di sosta o di servizio o se si viaggia in qualità di passeggeri;
- non tenere o trasportare liquidi infiammabili o materiali esplosivi in prossimità del dispositivo, dei suoi componenti o dei suoi accessori;
- non utilizzare il telefono cellulare/*smartphone* nelle aree di distribuzione di carburante;
- non collocare il dispositivo nell'area di espansione dell'airbag.

*** **

CAPITOLO 4

INDICAZIONI RELATIVE A REQUISITI E CORRETTO UTILIZZO DI IMPIANTI ELETTRICI

Indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di impianti elettrici, apparecchi/dispositivi elettrici utilizzatori, dispositivi di connessione elettrica temporanea.

Impianto elettrico

A. Requisiti:

- 1) i componenti dell'impianto elettrico utilizzato (prese, interruttori, ecc.) devono apparire privi di parti danneggiate;
- 2) le sue parti conduttrici in tensione non devono essere accessibili (ad es. a causa di scatole di derivazione prive di coperchio di chiusura o con coperchio danneggiato, di scatole per prese o interruttori prive di alcuni componenti, di canaline portacavi a vista prive di coperchi di chiusura o con coperchi danneggiati);
- 3) le parti dell'impianto devono risultare asciutte, pulite e non devono prodursi scintille, odori di bruciato e/o fumo;
- 4) nel caso di utilizzo della rete elettrica in locali privati, è necessario conoscere l'ubicazione del quadro elettrico e la funzione degli interruttori in esso contenuti per poter disconnettere la rete elettrica in caso di emergenza;

B. Indicazioni di corretto utilizzo:

- è buona norma che le zone antistanti i quadri elettrici, le prese e gli interruttori siano tenute sgombre e accessibili;
- evitare di accumulare o accostare materiali infiammabili (carta, stoffe, materiali sintetici di facile innesco, buste di plastica, ecc.) a ridosso dei componenti dell'impianto, e in particolare delle prese elettriche a parete, per evitare il rischio di incendio;
- è importante posizionare le lampade, specialmente quelle da tavolo, in modo tale che non vi sia contatto con materiali infiammabili.

Dispositivi di connessione elettrica temporanea

(prolunghe, adattatori, prese a ricettività multipla, avvolgicavo, ecc.).

A. Requisiti:

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea devono essere dotati di informazioni (targhetta) indicanti almeno la tensione nominale (ad es. 220-240 Volt), la corrente nominale (ad es. 10 Ampere) e la potenza massima ammissibile (ad es. 1500 Watt);
- i dispositivi di connessione elettrica temporanea che si intende utilizzare devono essere integri (la guaina del cavo, le prese e le spine non devono essere danneggiate), non avere parti conduttrici scoperte (a spina inserita), non devono emettere scintille, fumo e/o odore di bruciato durante il funzionamento.

B. Indicazioni di corretto utilizzo:

- l'utilizzo di dispositivi di connessione elettrica temporanea deve essere ridotto al minimo indispensabile e preferibilmente solo quando non siano disponibili punti di alimentazione più vicini e idonei;
- le prese e le spine degli apparecchi elettrici, dei dispositivi di connessione elettrica temporanea e dell'impianto elettrico devono essere compatibili tra loro (spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine *schuko* in prese *schuko*) e, nel funzionamento, le spine devono essere inserite completamente nelle prese, in modo da evitare il danneggiamento delle prese e garantire un contatto certo;
- evitare di piegare, schiacciare, tirare prolunghe, spine, ecc.;
- disporre i cavi di alimentazione e/o le eventuali prolunghe con attenzione, in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- verificare sempre che la potenza ammissibile dei dispositivi di connessione elettrica temporanea (ad es. presa multipla con 1500 Watt) sia maggiore della somma delle potenze assorbite dagli apparecchi elettrici collegati (ad es. PC 300 Watt + stampante 1000 Watt);
- fare attenzione a che i dispositivi di connessione elettrica temporanea non risultino particolarmente caldi durante il loro funzionamento;
- srotolare i cavi il più possibile o comunque disporli in modo tale da esporre la maggiore superficie libera per smaltire il calore prodotto durante il loro impiego.

CAPITOLO 5

INFORMATIVA RELATIVA AL RISCHIO INCENDI PER IL TELELAVORO

Indicazioni generali:

- identificare il luogo di lavoro (indirizzo esatto) e avere a disposizione i principali numeri telefonici dei soccorsi nazionali e locali (VVF, Polizia, ospedali, ecc.);
- prestare attenzione ad apparecchi di cottura e riscaldamento dotati di resistenza elettrica a vista o a fiamma libera (alimentati a combustibili solidi, liquidi o gassosi) in quanto possibili focolai di incendio e di rischio ustione. Inoltre, tenere presente che questi ultimi necessitano di adeguati ricambi d'aria per l'eliminazione dei gas combusti;
- rispettare il divieto di fumo laddove presente;
- non gettare mozziconi accesi nelle aree a verde all'esterno, nei vasi con piante e nei contenitori destinati ai rifiuti;
- non ostruire le vie di esodo e non bloccare la chiusura delle eventuali porte tagliafuoco.

Comportamento per principio di incendio:

- mantenere la calma;
- disattivare le utenze presenti (PC, termoconvettori, apparecchiature elettriche) staccandone anche le spine;
- avvertire i presenti all'interno dell'edificio o nelle zone circostanti *outdoor*, chiedere aiuto e, nel caso si valuti l'impossibilità di agire, chiamare i soccorsi telefonicamente (VVF, Polizia, ecc.), fornendo loro cognome, luogo dell'evento, situazione, affollamento, ecc.;
- se l'evento lo permette, in attesa o meno dell'arrivo di aiuto o dei soccorsi, provare a spegnere l'incendio attraverso i mezzi di estinzione presenti (acqua⁵, coperte⁶, estintori⁷, ecc.); - non utilizzare acqua per estinguere

⁵ È idonea allo spegnimento di incendi di manufatti in legno o in stoffa ma non per incendi che originano dall'impianto o da attrezzature elettriche.

⁶ In caso di principi di incendio dell'impianto elettrico o di altro tipo (purché si tratti di piccoli focolai) si possono utilizzare le coperte ignifughe o, in loro assenza, coperte di lana o di cotone spesso (evitare assolutamente materiali sintetici o di piume come i *pile* e i *piumini*) per soffocare il focolaio (si impedisce l'arrivo di ossigeno alla fiamma). Se particolarmente piccolo il focolaio può essere soffocato anche con un recipiente di metallo (ad es. un coperchio o una pentola di acciaio rovesciata).

⁷ ESTINTORI A POLVERE (ABC)

Sono idonei per spegnere i fuochi generati da sostanze solide che formano braci (fuochi di classe A), da sostanze liquide (fuochi di classe B) e da sostanze gassose (fuochi di classe C). Gli estintori a polvere sono utilizzabili per lo spegnimento dei principi d'incendio di ogni sostanza anche in presenza d'impianti elettrici in tensione.

ESTINTORI AD ANIDRIDE CARBONICA (CO₂)

Sono idonei allo spegnimento di sostanze liquide (fuochi di classe B) e fuochi di sostanze gassose (fuochi di classe C); possono essere usati anche in presenza di impianti elettrici in tensione. Occorre prestare molta attenzione all'eccessivo raffreddamento che genera il gas: ustione da freddo alle persone e possibili rotture su elementi caldi (ad es.: motori o parti metalliche calde potrebbero rompersi per eccessivo raffreddamento superficiale). Non sono indicati per spegnere fuochi di classe A (sostanze solide che formano braci). A causa dell'elevata pressione interna l'estintore a CO₂ risulta molto più pesante degli altri estintori a pari quantità di estinguente.

ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DELL'ESTINTORE

- sganciare l'estintore dall'eventuale supporto e porlo a terra;
- rompere il sigillo ed estrarre la spinetta di sicurezza;
- impugnare il tubo erogatore o manichetta;
- con l'altra mano, impugnata la maniglia dell'estintore, premere la valvola di apertura;
- dirigere il getto alla base delle fiamme premendo la leva prima ad intermittenza e poi con maggiore progressione;
- iniziare lo spegnimento delle fiamme più vicine a sé e solo dopo verso il focolaio principale.

l'incendio su apparecchiature o parti di impianto elettrico o quantomeno prima di avere disattivato la tensione dal quadro elettrico;

- se non si riesce ad estinguere l'incendio, abbandonare il luogo dell'evento (chiudendo le porte dietro di sé ma non a chiave) e aspettare all'esterno l'arrivo dei soccorsi per fornire indicazioni;
- se non è possibile abbandonare l'edificio, chiudersi all'interno di un'altra stanza tamponando la porta con panni umidi, se disponibili, per ostacolare la diffusione dei fumi all'interno, aprire la finestra e segnalare la propria presenza.

*** **

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa al fine di indicare in quali dei diversi scenari lavorativi dovranno trovare applicazione le informazioni contenute nei cinque capitoli di cui sopra.

Scenario lavorativo	Attrezzatura utilizzabile	Capitoli da applicare				
		1	2	3	4	5
6. TELELAVORO DOMICILIARE in locali privati al chiuso	Smartphone Auricolare Tablet Notebook		X	X	X	X

Con la sottoscrizione del presente documento, il lavoratore attesta di aver preso conoscenza in modo puntuale del contenuto del medesimo e il Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza di averne condiviso pienamente il contenuto.

Data --/--/----

Firma del Direttore, Dirigente Responsabile, delegato dal Datore di Lavoro, ex art. 14, comma8, del regolamento aziendale sul lavoro agile

Firma del Lavoratore

Firma del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza - RLS ZINGARELLI Giuseppe, delegato da tutti gli R.L.S. dell'ASL BT (email reflusso@gmail.com - giuseppe.zingarelli@aslbat.it)

Modello Fragili

RICHIESTA LAVORO AGILE NELL'ASL BT per i soggetti in condizioni di disabilità grave o di fragilità

Al Dirigente Responsabile
UOSVD Sicurezza e Sorveglianza Sanitaria
Dott. Donato Sivo

Al Medico del Lavoro territorialmente competente

E p.c. Al Direttore/Dirigente Responsabile dell'U.O.

Il sottoscritto _____, in servizio presso
l'U.O. _____ in qualità
di (profilo professionale) _____

D I C H I A R A

(fleggare la dichiarazione di interesse tra quelle di seguito elencate)

- ☐ di trovarsi nelle condizioni di disabilità grave ex art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;
- ☐ di trovarsi in condizioni di fragilità di cui al Decreto del Ministero della Salute del 04.02.2022, accluso alla presente;
- ☐ di trovarsi in altra situazione di fragilità quale quella di seguito indicata _____;

A tal fine, indica e allega la certificazione medica o medico-collegiale, atta a dimostrare l'esistenza della/e patologia/e e delle condizioni innanzi indicate:

E CHIEDE



ASL BT

PugliaSalute

- di poter ottenere, secondo i criteri di cui all'art. 10 del Piano Operativo sul lavoro agile, la valutazione di congruità della misura organizzativa del lavoro agile rispetto alla condizione di disabilità grave e/o di fragilità presentata dal/dalla sottoscritto/a;
- e per l'effetto, di poter svolgere la prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile in osservanza a quanto disposto nell'art. 10 del Piano Operativo sul lavoro agile, impegnandosi a presentare e a sottoscrivere con il proprio Direttore/Dirigente responsabile l'accordo individuale di lavoro agile secondo i modelli di cui agli allegati 1 e 2 dell'art. 8 del predetto Piano Operativo sul lavoro agile.

Data _____

Firma _____

Sottosezione 3.3 - Piano Triennale del Fabbisogno di Personale e Formazione

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

Relativamente al Piano Triennale del Fabbisogno di Personale è necessario premettere che le esigenze di programmazione a livello regionale determinano la necessità di adottare il provvedimento secondo tempistiche specifiche e disallineate rispetto ai riferimenti temporali previsti dalla normativa che disciplina il PIAO.

Ciò premesso,

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1876 del 23/12/2024 avente ad oggetto “Definizione tetto di spesa del personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 11, D. L. 35/2019 convertito in L. n. 60/2019 e riparto delle risorse ex D. L. n. 34/2020, convertito, con modificazioni, in L. n. 77/2020 e delle risorse ex D. M. n. 77/2022. Modifica DGR n. 1818/2022”, la Regione Puglia *ha definito il nuovo tetto spesa complessivo del personale del SSR ex art. 11 del D.L. n. 35/2019 e ripartito lo stesso tra le Aziende ed Enti del SSR, disponendo altresì che i Piani del Fabbisogno di Personale PTFP 2023-2025 di ciascuna Azienda/Ente del SSR dovranno essere formulati nel rispetto dei tetti di spesa approvati e distinti per tipologia di tetto di spesa assegnato (D.L. n. 35/2019, D. L. n. 34/2020, D. M. n. 77/2022 e D. L. n. 73/2021).*

Con successiva nota protocollo n. 0040113/2025 del 24/01/2025 ed acquisita al prot. aziendale n. 7049 del 27/01/2025, avente ad oggetto “Adozione Piani Triennali del Fabbisogno di Personale PTFP 2023-2025. Indicazioni Operative”, la Regione Puglia - Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, al fine di consentire alle Aziende ed Enti del SSR di effettuare le attività istruttorie, anche alla luce delle nuove indicazioni operative fornite, ha stabilito che le deliberazioni di adozione dei PTFP aziendali 2023 -2025 dovranno essere adottate entro il 14/02/2025.

Al fine di rispettare il termine normativo dell’adozione del PIAO entro il 31/01/2025, si approva il PTFP ASL BT 2023 – 2025, predisposto sulla base di quanto previsto dalla DGR n. 1876/2024; al contempo questa Azienda si riserva di riadottare con successivo e separato atto, entro il termine previsto dalla Regione, il PTFP ASL BT 2023 – 2025, che terrà conto delle eventuali modifiche derivanti dall’applicazione delle indicazioni operative fornite con la precitata nota protocollo n. 0040113/2025 del 24/01/2025.

Si allegano alla presente i seguenti prospetti:

Allegato A PTFP ASL BT 2023_2025 COMPLESSIVO

Allegato B PTFP ASL BT 2023_2025 DETTAGLIO DL 34/2020 DM 77/2022 (di cui del fabbisogno complessivo)

Allegato C PTFP ASL BT 2023_2025 PROSPETTO COSTI

PIANO FORMAZIONE AZIENDALE 2025

PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025

PREMESSA

La formazione continua in medicina (ECM) costituisce un pilastro strategico per garantire l'aggiornamento e il miglioramento delle competenze dei professionisti sanitari, in linea con gli obiettivi di qualità, efficienza e sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il Programma Nazionale ECM 2023-2025, definito dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC), fornisce il quadro normativo e strategico per il triennio, con l'obiettivo di assicurare una formazione di alta qualità attraverso un sistema integrato e multidisciplinare. La programmazione punta all'innovazione nei metodi formativi, promuovendo approcci ibridi e la valorizzazione della formazione sul campo (FSC), nonché alla crescita dell'autonomia e della qualità dei provider accreditati.

A livello regionale, il Programma ECM+ Puglia 2023-2025 rappresenta un'estensione e un adattamento locale degli obiettivi nazionali, integrando specificità territoriali e orientandosi anche verso il middle e high management sanitario. Questo programma adotta un approccio sistemico che coniuga aspetti clinici, gestionali e amministrativi per supportare le strategie regionali e aziendali. Particolare enfasi è posta sull'uso di tecnologie digitali e piattaforme centralizzate, come la "Academy ECM Plus", per facilitare l'accesso alla formazione a distanza (FAD) e la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo.

Entrambi i documenti sottolineano l'importanza di temi chiave come l'innovazione digitale, il modello "One Health", la formazione in infezioni ospedaliere e la valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA). Inoltre, viene promossa una maggiore integrazione tra i livelli organizzativi per garantire l'allineamento tra obiettivi strategici e bisogni formativi dei professionisti.

1. IL PIANO DI FORMAZIONE ASL BT 2025

Le attività di formazione gestite dalla UOSVD Informazione, Comunicazione, Polo Universitario e Formazione della Asl Bt nel corso del 2024 hanno consentito di aumentare il numero dei corsi di formazione interna e di sostenere le attività di formazione esterna del personale dipendente della Asl Bt. Nel corso dell'anno sono state organizzate n.157 edizioni di corsi di formazione, di cui n.88 accreditate ECM e n.69 non ECM.

Sono stati invece n.353 i dipendenti della Asl Bt autorizzati ad attività di formazione esterna con forme diverse di finanziamento.

E' stata attivata una intensa attività di formazione sulle raccomandazioni ministeriali che continuerà nel corso del 2025, è stata fatta attività di formazione molto approfondita sul nuovo Codice degli Appalti, sono state gestite in continuità le attività di formazione obbligatoria su Anticorruzione e Trasparenza, sulla Sicurezza sui luoghi di lavoro e sull'Antincendio.

Nel corso del 2024 sono state avviate le attività di formazione finanziate con fondi PNRR che continueranno nel corso del 2025:

- Investimento PNRR M6C2 2.2.3 “Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario. Sub misura: **corso di formazione manageriale**” che coinvolge n.35 dipendenti della Asl Bt.
- Investimento PNRR M6C2 “Sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario sub investimento 2.2: **corso di formazione in infezioni ospedaliere**” che è articolato in più fasi così come definito dalla delibera di Giunta regionale n. 418 del 30 marzo 2023. Nel corso del 2024 è stata svolta attività di formazione dei formatori: seguirà formazione in modalità FAD rivolta a n.2600 dipendenti della Asl Bt e formazione residenziale che potrà essere estesa anche a un numero maggiore di dipendenti.

Per la definizione del Piano di Formazione Aziendale 2025 come da prassi è stata chiesta con nota n.85020 del 29.10.2024 ai Dipartimenti della Asl di manifestare le esigenze formative con lo scopo di creare un momento di confronto all'interno degli stessi Dipartimenti.

1.1. AGGIORNAMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

L'aggiornamento professionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, sostenuto dalla Asl attraverso finanziamenti mirati e definito attraverso comitati paritetici dedicati, è uno spazio privilegiato di condivisione delle esigenze aziendali formative. La corretta circolazione delle informazioni, la condivisione di saperi rispetto all'organizzazione dei servizi, gli aggiornamenti normativi sono strumenti di miglioramento dei flussi interni ed esterni: la formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta diventa dunque un momento di scambio e di omogenizzazione delle procedure e degli approcci di salute che come esiti hanno l'efficacia organizzativa e la maggiore soddisfazione dell'utenza.

1.2 LA FORMAZIONE DELL'EMERGENZA

Il Centro di Formazione Multidisciplinare Asl Bt ha lo scopo di organizzare e gestire, con personale interno, corsi di urgenza-emergenza di BLS-D (Basic Life Support – Defibrillation), PTCb (PreHospital Trauma Care base), PBLS-D (Pediatric Basic Life Support – Defibrillation), ALS (Advanced Life Support), PTCa (PreHospital Trauma Care advanced), ILS (Immediate Life Support), PALS (Pediatric Advanced Life Support). La programmazione 2025, in continuità con quanto realizzato nel corso del 2024, prevede la definizione annuale delle esigenze formative aziendali in maniera tale da consentire ai singoli dipendenti la programmazione del proprio aggiornamento e la correttezza della tempistica di rinnovo necessario per il personale dedicato all'urgenza. I corsi nella versione base saranno aperti anche al personale amministrativo.

2. CORSI DI FORMAZIONE TRASVERSALI AZIENDALI

I corsi di formazione trasversali aziendali sono rivolti a tutto il personale in servizio, sia sanitario che amministrativo, e hanno lo scopo di affrontare in maniera completa e non settoriale temi di rilevante interesse con l'obiettivo di ottenere una uniformità di informazione e una omogeneizzazione di conoscenza. I corsi di formazione trasversali saranno organizzati in presenza e in modalità fad a seconda delle necessità e delle potenziali offerte dai sistemi a disposizione.

Nel corso del 2025 saranno organizzati i corsi trasversali obbligatori e non:

- **“Sicurezza sui luoghi di lavoro D.Lgs. 81/2008”**
- **“Addetti antincendio D.Lgs. 81/08”**
- **“Anticorruzione, trasparenza e codice di comportamento aziendale”**
- **“Rischio radiologico”**: il corso sarà organizzato in più edizioni e avrà lo scopo di formare in maniera capillare il personale sanitario sui rischi radiologici;
- **“La violenza di genere e il Codice Rosa”**: in linea con l'attività di formazione svolta nel corso del 2024 e in considerazione dell'alto numero dei soggetti coinvolti nella gestione degli atti di violenza, continuerà l'attività di formazione sul Codice Rosa
- **“La prevenzione e la protezione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari”**: in linea con l'attività svolta nel corso del 2024, continuerà nel corso del 2025 la formazione sul tema specifico
- **Stati Generali della Sanità Digitale**: la formazione avrà lo scopo di presentare tutti i progetti in corso sulla digitalizzazione dei servizi sanitari
- **Digital Accademy – Finanziamento PNRR Digitalizzazione DEA**
- **Le raccomandazioni ministeriali**
- **L'Infermiere di comunità**
- **Accreditamento istituzionale: principi, metodi e applicazioni**
- **Progetto di salute: casa come primo luogo di cura e telemedicina**
- **“La Comunicazione in Sanità – la gestione dell'Accoglienza”**: il corso sarà realizzato in più edizioni e avrà lo scopo di presentare le diverse anime della informazione e della comunicazione in sanità nonché di proporre spazi di confronto per la corretta gestione della comunicazione medico-paziente e del conflitto comunicativo;
- **“L'umanizzazione dei percorsi assistenziali”**: il corso avrà l'obiettivo di analizzare i percorsi e le dinamiche migliorabili ai fini di una sempre migliore umanizzazione dell'assistenza sanitaria;
- **“Benessere organizzativo e stress lavoro-correlato”**: il corso sarà realizzato in più edizioni e avrà lo scopo di esplicitare come analizzare e migliorare il benessere organizzativo anche attraverso gli strumenti già a disposizione dell'azienda, come per esempio il Cug – Comitato Unico di Garanzia;
- **“La medicina narrativa: dalla umanizzazione delle cure al supporto all'attività clinica”**

- **“La medicina di genere”**: dopo la prima edizione del 2024 saranno seguite le indicazioni regionali sul prosieguo dell’attività formativa
- **“Screening oncologici”**: il personale interessato dal potenziamento dello screening oncologico è distribuito sul territorio e in servizi di assistenza diversi. Pertanto il corso sarà organizzato in edizioni diverse e avrà lo scopo di diffondere informazioni sulle finalità e sulle procedure nonché di condividere conoscenze specifiche di settore.
- **“Screening HCV”**: in linea con le attività avviate in tutta la Regione Puglia a fine 2024 di screening HCV sarà avviata attività di formazione specifica rivolta a figure professionali diverse anche esterne alla Asl (per esempio, farmacisti del territorio)
- **“Coro – Centro di Orientamento Oncologico: compiti e organizzazione”**: il corretto funzionamento del Coro, punto focale della rete oncologica regionale, passa attraverso la corretta comprensione del suo ruolo e della sua funzione nella gestione del paziente oncologico.
- **“La tutela della salute dei minori e della famiglia: il ruolo dei consultori familiari pubblici”**
- **“Il ruolo dei tutor clinico – corso propedeutico”**: in linea con l’intensa attività di sostegno alla presenza di tirocinanti all’interno della azienda, e in considerazione della presenza di due corsi universitario UniFg presso il Polo Universitario dell’ospedale Dimiccoli, sarà organizzato corso volto a qualificare le attività di tutoraggio.
- **“La Donazione degli Organi e dei tessuti”**: la formazione è un tassello importante del successo registrato negli ultimi anni in tema di donazione degli organi nella Asl Bt. L’attività di formazione sarà rivolta a un pubblico eterogeneo per consentire la conoscenza di dettaglio sulle attività relative alla donazione che coinvolgono direttamente e indirettamente tanti servizi aziendali, da quelli amministrativi a quelli sanitari
- **“Malattie rare: i bisogni, la cura, il follow up”**
- **“Infection prevention and control governance team: organismi preposti e strumenti operativi”**
- **Il Piano Aziendale dei Rischi e la programmazione sanitaria**

CORSI REGIONALI

- **“Formazione specifica per medici prescrittori di ausili per persone con disabilità visiva”**

3. LA FORMAZIONE DEI DIPARTIMENTI

La programmazione 2024 è stata definita in collaborazione con i Dipartimenti della Asl Bt: potrà subire variazioni nel corso dell’anno in base alle esigenze che potranno emergere in considerazione della variabilità organizzativa e gestionale che caratterizza la sanità pubblica. Ogni dipartimento ha nominato un proprio referente della formazione che ha avrà il compito di collaborare con la UOSVF Formazione nella fase di organizzazione del lavoro.

Nelle tabelle che seguono vengono riportati i temi di formazione definiti nei diversi dipartimenti e nelle strutture sovradistrettuali.

La programmazione di dettaglio consentirà di individuare il numero di edizioni, il numero di persone da formare, i docenti, le categorie professionali dei discenti. La stessa programmazione di dettaglio viene definita dalle unità operative interessate, dal dipartimento di riferimento e dalla scrivente UOSVD.

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE MENTALE

- Il Disturbo da trauma complesso: modelli di trattamento EB e nuovi sviluppi
- Il modello del budget di salute. La persona al centro del percorso di cura e di vita della comunità
- Il budget di salute: dalla valutazione alla strutturazione progettuale
- Prenditi cura di me: il metodo Balint come supporto ai curanti
- Il percorso di transizione e la continuità dei percorsi di cura nella salute mentale
- Psicopatologia dello sviluppo e creazione di significati
- ADHD: traiettorie di sviluppo. Nuove linee di intervento nella diagnosi e cura dell'ADHD
- L'utilizzo dello strumento Dundrum al fine di valutare il livello di sicurezza e autori di reato con disturbi mentali
- Inside Queer - minority stress delle persone omosessuali, transgender e intersessuali: conoscerlo per prevenirlo
- Riconoscere, approcciare e comunicare con gli utenti affetti da DNA
- Era digitale e salute mentale

DIPARTIMENTI DEI DISTRETTI

- Il paziente fragile nell'itinerario della salute: gli esperti rispondono (cardiologo, endocrinologo, gastroenterologo, dietologo, infermiere)
- L'ambulatorio infermieristico: nuovo percorso assistenziale
- L'ambulatorio di gastroenterologia: assistenza sanitaria e clinica
- Il PNRR: la nuova organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociosanitaria e la gestione integrata ospedale-territorio
- La nuova organizzazione del SSN
- Umanizzazione delle cure territoriali alla luce delle nuove tecnologie
- Salute, psicoigiene, prevenzione
- Il paziente stomizzato: aspetti medici ed infermieristici
- Ambulatorio di cardiologia: aspetti medici ed infermieristici
- Formazione specifica per l'attivazione di corsi di ginnastica perineale per le neo-mamme

DIPARTIMENTO MEDICO SPECIALISTICO

- La malattia diabetica e le sue complicanze
- Ventilazione assistita
- La nutrizione artificiale nel paziente oncologico
- La Steatopatia non alcolica; dalla steatosi alla cirrosi epatica e all'HCC

- Appropriatelyzza nella terapia antibiotica
- Funzionalità respiratoria nelle patologie polmonari
- Sindrome dell'intestino corto: indicazioni e nuove prospettive terapeutiche
- La gestione del paziente complesso e fragile tra linee guida e protocolli aziendali
- Promozione della cultura alla donazione degli organi: sensibilizzazione al trapianto di rene da donatore vivente
- Gestione del paziente con ictus emorragico
- Appropriatelyzza dei ricoveri in neurologia

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

- Corso base di colposcopia e patologia cervico-vaginale
- Il tumore della cervice oggi: diagnosi, terapia e follow up
- Focus rischio ipertensione e patologie associate in gravidanza
- Corso EPILS
- Corso sugli accessi vascolari
- Corso sulla rianimazione neonatale
- La promozione dell'allattamento al seno
- Formazione specifica sulla menopausa

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

- Nuovi servizi erogati dalle farmacie di comunità nell'ambito dell'SSN
- Gestione amministrativa degli approvvigionamenti
- Compiti e responsabilità del DEC e del RUP
- Approfondimento sulle modifiche e integrazioni del D.Lgs. 36/2023
- Normativa Europea e nazionale sui dispositivi medicin
- L'utilizzo della piattaforma regionale EDOTTO
- Gestione regionale MOSS: estrazione di dati e informazioni - Conto visione e conto deposito
- Competenze informative: excel
- Aggiornamento normativa LEA con particolare riferimento all'utilizzo dei farmaci OFF-LABEL, legge 648/96, Farmaci CNN - Farmaci classe C
- Aspetti clinici e farmacoeconomici delle terapie antivirali
- Sperimentazioni cliniche - terapie antibiotiche - medicazioni avanzate
- Corretto utilizzo DPI, antisettici e disinfettanti

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

- Pratica assistenziale infermieristica in emergenza-urgenza: uso di apparecchiature salvavita e gestione delle reazioni avverse
- I percorsi clinico-assistenziali di presa in carico del paziente oncologico

- L'oncologia di prossimità: raccomandazioni e modelli organizzativi per una integrazione ottimale ospedale-territorio
- Formazione sulle GCP (Good Clinical Practice)
- I sistemi informativi regionali e sanità digitale
- Approfondimenti sulla ricerca clinica
- Osteoporosi nel paziente oncologico
- Qualità e rischio clinico: la corretta gestione degli elementi correlati e integrati all'organizzazione
- Il processo di acquisizione del Consenso informato e l'importanza dello stesso in tutte le fasi del percorso clinico diagnostico del paziente
- Neuroncologia BAT: clinica, diagnosi e terapia

DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITA' OPERATIVE

- Contesto normativo e novità degli appalti nel PNRR
- Il ciclo dell'appalto: dalla programmazione all'esecuzione del contratto
- Il Codice degli Appalti: la progettazione, le funzioni del RUP, l'accesso agli atti di gara, tipologie di affidamento, clausole sociali e subappalto, trasparenza pubblicità e monitoraggio, green public procurement e CAM
- La digitalizzazione delle procedure, i motivi di esclusione, self cleaning e soccorso istruttorio
- Collaudo, verifica di conformità e le vicende risolutive del contratto, i rimedi alternativi al contenzioso, appalti pubblici e concorrenza
- Utilizzo della piattaforma Mepa
- Utilizzo della piattaforma Empulia
- Analisi dei fabbisogni/programmazione e processi di aggregazione della spesa pubblica
- Progettazione e direzione dei lavori
- Intelligenza artificiale applicata agli appalti pubblici
- Appalti in ambito ICT e cybersecurity
- Formazione specialistica in ambito cybersecurity
- Conduzione infrastruttura sistematica aziendale
- Tecnologia per la gestione della Business Continuity
- Tecnologia per la sicurezza perimetrale
- Gestione e monitoraggio dell'infrastruttura di rete dati
- Strumenti CRM
- Strumenti per l'utilizzo dell'intelligenza artificiale
- Sviluppo delle competenze digitali
- Esperto rischio legionella
- Coordinatore sicurezza nei cantieri mobili e temporanei
- Aggiornamento impianti elettrici e speciali
- Aggiornamento impianti meccanici e aeraulici
- Aggiornamento sostenibilità ed efficientamento energetico

- Aggiornamento energie rinnovabili
- Il nuovo regolamento sui dispositivi medici
- HTA nella gestione delle tecnologie
- Aggiornamento normative CEI comitato 62 e 66 per la sicurezza elettrica delle apparecchiature elettromedicali
- Aggiornamento sulla evoluzione tecnologica delle grandi apparecchiature radiologiche
- Riduzione del rischio attraverso l'uso sicuro degli apparecchi elettromedicali
- Introduzione alla norma ISO 9001: 2015

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

- Corso teorico-pratico sulla rieducazione dei nervi cranici secondo il sistema RMP
- Gruppi di miglioramento delle Scale di Valutazione in Riabilitazione e la revisione della Cartella Clinica Riabilitativa
- Il percorso assistenziale e riabilitativo per le persone con malattia di Parkinson

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

- Le dipendenze comportamentali: non sono disturbo da gioco d'azzardo
- Alcol: focus sul consumo tra giovani e donne
- 26 giugno: Giornata mondiale contro l'abuso e il traffico illecito di droga. Aspetti medico legali
- Addiction. Tra neuroscienze e arte

DIPARTIMENTO DIREZIONALE

- La valutazione della performance individuale e organizzativa dopo il PIAO
- Le attività extraistituzionali e il regime di incompatibilità per il dipendente pubblico con particolare riferimento all'attività libero professionale intramuraria e al vincolo di esclusi
- Fiscalità delle aziende sanitarie

DIPARTIMENTO STAFF DIREZIONE

- Trasparenza e privacy nella P.A.
- Attività contrattuale della P.A.
- Flussi documentali
- Anticorruzione: etica pubblica e comportamento etico
- Sperimentazioni cliniche: aspetti normativi ed organizzativi
- Nuovo triennio formativo: programmazione e definizione dei bisogni formativi
- Il dossier formativo
- Gli strumenti di comunicazione digitale con i dipendenti e con i cittadini
- I social e la comunicazione pubblica

DIPARTIMENTO DI IMMAGINI E DIAGNOSTICA

- Stereotassi CESM: corso avanzato sulla stereotassia applicata al Contrast Enhanced Spectral Mammography

- Corso teorico-pratico di venipuntura per TSRM e TSLB
- Intelligenza artificiale in medicina applicata alla diagnostica radiologica
- La gestione dei dati e il contributo dell'amministrazione di Sistema Sanitario: un approccio pratico

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA

- Cure palliative
- Terapia del dolore, accessi vascolari e cure palliative
- Utilizzo della broncoscopia nella gestione delle vie aeree difficili
- Anestesia nel paziente anziano
- Gestione dell'emergenza-urgenza intraospedaliera
- Ruolo dell'infermiere nella UOC di Anestesia e Rianimazione
- Valutazione e gestione dell'insufficienza respiratoria cronica riacutizzata nei diversi setting assistenziali
- Accessi vascolari in urgenza, a medio e a lungo termine
- Valutazione e gestione del dolore acuto in emergenza e nel post operatorio
- Approccio multidisciplinare al paziente critico nel dipartimento di emergenza-urgenza
- Emogasanalisi in emergenza-urgenza: dal territorio all'ospedale
- Elettrocardiografia in emergenza-urgenza
- Corso base - Triage globale in Pronto Soccorso
- La gestione della sepsi dal Pronto Soccorso alla terapia semintensiva
- Corso avanzato sulla sedo-analgesia in emergenza - urgenza
- ETC – European Trauma Course
- Gestione intraospedaliera door-to-outcome del politrauma maggiore
- Corso sulla gestione extraospedaliera del parto precipitoso
- Corso sulla gestione CBNR extra-intraospedaliera
- Piano di Emergenza PEIMAF
- Piano di emergenza interna per evacuazione PEIVAC

DIPARTIMENTO DIREZIONI OSPEDALIERE

- Aspetti organizzativi di sicurezza del sistema ultra-safe della medicina trasfusionale
- L'organizzazione sanitaria nella multidisciplinarietà e trasversalità di azione: procedure, regolamenti e accreditamento istituzionale
- La documentazione sanitaria: dagli aspetti tecnici formali e sostanziali alla responsabilità medico-legale
- La legge 24/2017 'Gelli-Bianco': dalla sicurezza delle cure alla responsabilità professionale
- Appropriately prescrittiva, gestione e prevenzione delle ADR nel paziente anziano in politerapia
- Aspetti organizzativi della gestione delle emergenze-urgenze da avvelenamento
- Formazione specifica sulla corretta gestione dei rifiuti ospedalieri

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

- Nuove prospettive del medico veterinario nella medicina equina
- Movimentazione degli animali da reddito in riferimento allo stato sanitario in ambito territoriale, regionale, nazionale e internazionale
- Biosicurezza negli allevamenti suinicoli e avicoli. Novità e approfondimenti normativi
- Il rischio MSK, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico
- L'UPG del Dipartimento di prevenzione: ruolo e profilo giuridico, competenze giudiziarie in materia di salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente
- Aggiornamento normativo e applicativo sulle procedure amministrative
- Aggiornamenti in materia di Farmacosorveglianza alla luce dei risvolti dei fenomeni di antibioticoresistenza sulla salute pubblica in un'ottica di One Health
- Indagini, misure di controllo e prevenzione per una gestione coordinata ed efficace delle malattie trasmissibili con gli Alimenti
- Sviluppo delle competenze per un corretto campionamento degli alimenti: normativa, gestione, aspetti tecnici alla luce del Reg. UE 2023/915 e dell'ultimo piano di campionamento regionale per la ricerca di contaminanti chimici
- La conoscenza delle nuove tecnologie produttive applicate agli alimenti di origine animale quale strumento di prevenzione e controllo dei pericoli ai fini del raggiungimento degli obiettivi di sicurezza alimentare

4. IL BUDGET

Per l'organizzazione dei corsi in presenza e in fad, per l'invio del personale in strutture in grado di garantire formazione specifica di qualità, nonché per gli invii in comando si prevede un costo complessivo di un milione di euro che rientra nel limite dell'1 per cento del monte salariale.

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Il monitoraggio della Sezione Valore Pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dal D. Lgs. n. 150/2009 e sss.mm.ii.

Nello specifico, l'art. 6 prevede che *"Gli Organismi indipendenti di valutazione, anche accedendo alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione, verificano l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi ((programmati durante il periodo di riferimento e segnalano la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio all'organo di indirizzo politico-amministrativo, anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione. Le variazioni, verificatesi durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa ed individuale sono inserite nella relazione sulla performance e vengono valutate dall'OIV ai fini della validazione di cui all'articolo 14, comma 4, lettera c).))*

L'art. 10 comma 1 lett. b) prevede altresì che *"Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno: b) entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla performance, che è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione ai sensi dell'articolo 14 e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato".*

Così come già rappresentato nella apposita Sezione, la valutazione della performance implica l'adozione di appositi strumenti di misurazione quali-quantitativa, l'analisi degli scostamenti tra target e risultati raggiunti e la disponibilità di una metodologia che consenta di ottenere dati di sintesi, utili alla successiva riprogrammazione.

E' altresì previsto un monitoraggio infrannuale sul grado di attuazione degli obiettivi rispetto agli indicatori ed ai target definiti in fase di programmazione al fine di intraprendere tempestivamente eventuali azioni correttive in corso d'opera.

In fase di monitoraggio, l'U.O. Controllo di gestione misura i valori degli indicatori individuati per ciascuna azione; la valutazione deve integrare dati quantitativi e aspetti qualitativi del lavoro svolto. L'obiettivo di performance si intende raggiunto quando i risultati riscontrati per ogni singola azione collegata all'obiettivo collimano con il target, secondo il sistema di pesature individuato in fase di programmazione.

La fase di valutazione si conclude, quindi, con l'assegnazione di un punteggio sulla base di metriche predefinite, che potrà essere utilizzato per diverse finalità, fra le quali ricordiamo a titolo esemplificativo:

- Il miglioramento organizzativo;
- La ridefinizione degli obiettivi aziendali;
- La valorizzazione delle risorse umane, anche attraverso gli strumenti di riconoscimento del merito e i metodi di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa previsti dalla normativa vigente.

Gli esiti dell'attività di monitoraggio e valutazione dei risultati organizzativi raggiunti nell'anno precedente a quello in corso sono disponibili nella sezione Amministrazione Trasparente – Performance – Relazione sulla Performance del sito aziendale.

Le modifiche apportate al D.Lgs. n. 150/2009 hanno altresì previsto l'introduzione di nuovi strumenti di valutazione partecipativa, prevedendo un ruolo attivo dei Cittadini e degli altri Utenti finali ai fini della valutazione della performance organizzativa.

Dal 2022, e nonostante le difficoltà legate all'emergenza epidemiologica Covid, l'Area del Personale di questa Azienda ha avviato la sperimentazione di un modello di valutazione, espressa dal personale dipendente, su specifici aspetti della performance e sulle caratteristiche individuali (conoscenze, capacità, valori, motivazioni) sia del Responsabile della U.O. di assegnazione che del Coordinatore delle Professioni Sanitarie secondo l'approccio Bottom up (dal basso verso l'alto) mediante la somministrazione di un questionario con Microsoft Forms. In questa fase di sperimentazione, la valutazione è finalizzata non solo a condividere il sistema di valutazione del proprio superiore gerarchico ma, principalmente, a rilevare il livello di benessere organizzativo ed aziendale.

MONITORAGGIO SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il monitoraggio sull' idoneità e sull' attuazione delle misure anticorruzione è insito nelle scadenze riportate nell' apposita Sezione nonché dal rispetto delle indicazioni riportate nel cronoprogramma e rinviene, altresì, dalla ricognizione che effettuerà il RPCT i cui esiti saranno resi noti nell' ambito della Relazione annuale del RPCT. Solo all' esito sarà possibile vedere l' efficacia delle misure e il grado di attuazione.

Allegati P.I.A.O. 2025 – 2027

Allegati Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e Trasparenza

- **Allegato A Fac-Simile Report Semestrale Anticorruzione**
- **Allegato B Sez Amm. Trasp. - Elenco Degli Obblighi Di Pubblicazione**
- **Allegato C Mappatura dei Processi**
- **Allegato D Esiti Mappatura Misure Specifiche**
- **Allegato E - Obblighi Amm. Trasp. - Del.264.2023 mod. da Del.601.2023**

Allegati Sottosezione 2.2 - Performance

- **Report Obiettivi Triennali Perf. Organizz. 2025-2027**

Allegati Sottosezione 3.3 - Piano Triennale del Fabb. di Personale e Formaz.

- **PTFP 2023_2025 ASL BT _PROSPETTO COSTI**
- **PTFP 2023_2025 ASL BT COMPLESSIVO**
- **PTFP 2023_2025 ASL BT DL 34_2020 DM 77_2022**