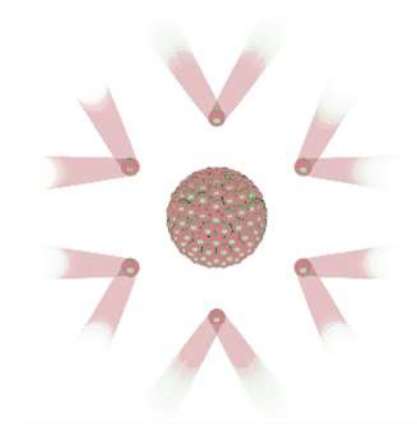
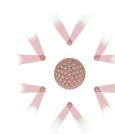


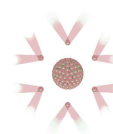
Piano Integrato di Attività e
Organizzazione dell'Istituto Tumori
"Giovanni Paolo II" di Bari per il
triennio 2024-2026.



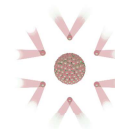


Indice

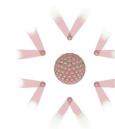
1.	Introduzione.....	10
1.1.	Premessa.....	10
1.2.	Principi generali del Piano	12
1.3.	Articolazione del Piano e contenuti.....	13
2.	Sezione Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione.....	17
2.a.	Sottosezione Valore Pubblico.....	17
2.a.1.	Il valore pubblico dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari nel SSN e SSR.....	17
2.a.1.1.	Epidemiologia territoriale di interesse.....	19
2.a.1.2.	Incidenza, sopravvivenza e mortalità.....	20
2.a.1.3.	La valenza assistenziale dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari nel SSN e SSR	28
2.a.2.	Obiettivi generali e specifici coerenti con i documenti di programmazione finanziaria assegnati all'Istituto	33
2.a.2.1.	Obiettivi vincolanti a pena di decadenza contenuti nel contratto stipulato dal Direttore Generale.	33
2.a.2.2.	Obiettivi di mandato del Direttore Generale e riportati nel D.P.G.R n. 34 del 9 febbraio 2022	35
2.a.2.3.	Obiettivi di performance assegnati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica.....	37
2.b.	Sottosezione Performance	39
2.b.1.	Analisi generale assistenza	39
2.b.1.1.	Analisi generale assistenza in regime di ricovero	39
2.b.1.2.	Analisi generale assistenza in regime ambulatoriale	53
2.b.2.	Analisi sull'andamento della ricerca	65
2.b.3.	Analisi generale sull'equilibrio economico-finanziario	73
2.b.4.	Il "Piano di Rilancio" dell'Istituto.	85
2.b.4.1.	I fase del "Piano di Rilancio" dell'Istituto.	91
2.b.4.1.1.	Attività già completate.	91
2.b.4.1.2.	Attività in corso.....	97
2.b.4.1.3.	Attività pianificate.	99
2.b.4.2.	II Fase del "Piano di Rilancio" dell'Istituto.....	100
2.b.5.	Dalla pianificazione strategica alla programmazione operativa delle attività. Il processo di budget.....	104
2.b.6.	Una preliminare declinazione degli obiettivi per ambito di applicazione	110



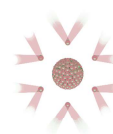
2.b.6.1.	Mantenimento della sostenibilità economico-finanziaria	111
2.b.6.1.1.	Produzione ricoveri chirurgici con utilizzo IV sala	111
2.b.6.1.2.	.Efficientamento utilizzo gruppo operatorio	111
2.b.6.1.3.	Potenziamento delle attività trapianto autologo midollo e accreditamento allogeneico	112
2.b.6.1.4.	Attivazione sistematica di procedure per la dimissione protetta	112
2.b.6.1.5.	Miglioramento organizzativo delle attività di chirurgia mininvasiva radioguidata	112
2.b.6.1.6.	Miglioramento complessivo degli indicatori di ricovero	113
2.b.6.1.7.	Efficientamento chemioterapie.....	114
2.b.6.1.8.	Digital Pathology	115
2.b.6.1.9.	Incremento prestazioni di Diagnostica Molecolare	115
2.b.6.1.10.	Appropriatezza prescrittiva ed Autoprescrizione	115
2.b.6.1.11.	Introduzione delle prestazioni di brachiterapia HDR.	116
2.b.6.1.12.	Avvio prestazioni in Telemedicina.....	116
2.b.6.1.13.	Attivazione di soluzioni per la degenza secondo principi di intensità/tipologia di cure (dipartimentali), sede del tumore (organo), ecc.	116
2.b.6.1.14.	Monitoraggio continuo dei costi.	116
2.b.6.1.15.	Controlli «pace-maker» e «defibrillatori»	117
2.b.6.2.	Organizzazione	117
2.b.6.2.1.	Attuazione e monitoraggio del nuovo modello organizzativo	117
2.b.6.2.2.	Avanzamento e completamento dei processi di accreditamento presso OEI, JCI e QUOTA	118
2.b.6.2.3.	Avanzamento delle progettualità da PNRR, PNC, e altre fonti di finanziamento	118
2.b.6.2.4.	Potenziamento infrastrutturale	120
2.b.6.2.5.	Avanzamento delle progettualità Fondo Sociale di Coesione.....	120
2.b.6.3.	Ricerca	122
2.b.6.3.1.	Consolidamento dei livelli di Impact Factor sinora conseguiti.....	123
2.b.6.3.2.	Attivazione delle strutture previste dal nuovo Regolamento di organizzazione e distribuzione del personale reclutato.....	123
2.b.6.3.3.	Programmazione e governance della ricerca.....	124
2.b.6.3.4.	Potenziamento degli strumenti per l'acquisizione di capacità finanziarie ed esecutive della ricerca	125
2.b.6.3.5.	Comunicazione e promozione della ricerca dell'Istituto	127
2.b.6.3.6.	Monitoraggio tecnico-economico della gestione dei progetti di ricerca.....	128
2.b.6.4.	Appropriatezza	128
2.b.6.4.1.	Attività relative al miglioramento della gestione della Qualità dell'Assistenza e del Clinical Risk Management.....	128



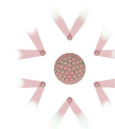
2.b.6.4.2.	Completamento, aggiornamento e monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali	129
2.b.6.4.3.	Implementazione diffusa e controllata del manuale procedure C.Or.O.;	130
2.b.6.4.4.	Avvio sistema identificazione pazienti.....	131
2.b.6.4.5.	Perseverare nella formazione alla corretta compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera.....	131
2.b.6.4.6.	Somministrazione PROM.....	131
2.b.6.5.	Qualità percepita ed azioni di informazione e comunicazione	132
2.b.6.5.1.	Aggiornamento della Carta dei Servizi	132
2.b.6.5.2.	Importanza dell'informazione ai pazienti e "patient empowerment"	132
2.b.6.5.3.	Implementazione del Piano Hospitality.....	133
2.b.6.5.4.	Somministrazione di questionari Patient Reported Experience Measures	133
2.b.6.6.	Transizione digitale	134
2.b.6.6.1.	Introduzione della nuova CCE;	134
2.b.6.6.2.	Avvio prestazioni di telemedicina;.....	135
2.b.6.6.3.	Redazione del Piano triennale di transizione digitale dell'Istituto e sua implementazione.....	135
2.b.6.7.	Anticorruzione e trasparenza	135
2.b.6.7.1.	Obiettivi specifici del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	135
2.b.6.8.	Obiettivi concernenti le Azioni Positive nel trattamento del personale.	135
2.b.6.8.1.	Pubblicizzazione del Comitato Unico di Garanzia, competenze ed attività.....	136
2.b.6.8.2.	Procedure di accoglienza	136
2.b.6.8.3.	Promozione della tutela del benessere del personale.	136
2.b.7.	Declinazione degli obiettivi per dipartimenti	136
2.b.7.1.	Dipartimento Area Chirurgica	136
2.b.7.1.1.	Area Chirurgica - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	136
2.b.7.1.2.	Area Chirurgica - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale	137
2.b.7.1.3.	Area Chirurgica - Obiettivi di miglioramento organizzativo.....	137
2.b.7.1.4.	Area Chirurgica - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza	138
2.b.7.1.5.	Area Chirurgica - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione	138
2.b.7.1.6.	Area Chirurgica - Transizione digitale in sanità.....	138
2.b.7.1.7.	Area Chirurgica - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive.....	139
2.b.7.1.8.	Area Chirurgica - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG- GEP	139



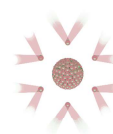
2.b.7.2.	Dipartimento Area Medica	139
2.b.7.2.1.	Area Medica - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	139
2.b.7.2.2.	Area Medica - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale	140
2.b.7.2.3.	Area Medica - Obiettivi di miglioramento organizzativo	140
2.b.7.2.4.	Area Medica - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza	141
2.b.7.2.5.	Area Medica - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione... ..	141
2.b.7.2.6.	Area Medica - Transizione digitale in sanità	141
2.b.7.2.7.	Area Medica - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive	142
2.b.7.2.8.	Area Medica - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)	142
2.b.7.3.	Dipartimento di Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini	142
2.b.7.3.1.	Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	142
2.b.7.3.2.	Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale	143
2.b.7.3.3.	Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Obiettivi di miglioramento organizzativo	143
2.b.7.3.4.	Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza (efficacia)	144
2.b.7.3.5.	Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione	144
2.b.7.3.6.	Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Transizione digitale in sanità	145
2.b.7.3.7.	Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive.....	145
2.b.7.3.8.	Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)	145
2.b.7.4.	Dipartimento di Staff e della Gestione.....	145
2.b.7.4.1.	Staff e Gestione - Obiettivi concernenti l'equilibrio economico-finanziario	145
2.b.7.4.2.	Staff e Gestione – Obiettivi connessi al miglioramento organizzativo	147
2.b.7.4.3.	Staff e Gestione – Obiettivi connessi alla Ricerca.....	148
2.b.7.4.4.	Staff e Gestione – Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza	149
2.b.7.4.5.	Staff e Gestione – Obiettivi concernenti la qualità percepita e le azioni di informazione - comunicazione.....	151
2.b.7.4.6.	Staff e Gestione – Obiettivi concernenti la Sanità Elettronica e la transizione digitale.....	152
2.b.8.	Misurazione e valutazione della Performance	153
2.b.8.1.	Premessa	153
2.b.8.2.	Scopo	154



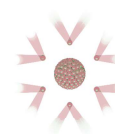
2.b.8.3.	Soggetti coinvolti nel Sistema di Valutazione e Misurazione della Performance	157
2.b.8.4.	La definizione delle strategie	159
2.b.8.5.	Il Ciclo della Performance	160
2.b.8.6.	La gestione della performance organizzativa (budgeting operativo)	162
2.b.8.7.	Le funzioni coinvolte nella performance organizzativa	162
2.b.8.8.	Il sistema di gestione della performance individuale e la metodologia per la valorizzazione degli apporti individuali alla performance	164
2.b.8.9.	Azioni di miglioramento del ciclo della gestione della performance	167
2.c.	Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza	168
2.c.1.	Introduzione	168
2.c.2.	Procedimento di elaborazione e adozione	170
2.c.3.	Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione	171
2.c.4.	Valutazione d'impatto del contesto esterno	177
2.c.5.	Valutazione d'impatto del contesto interno	181
2.c.6.	6. Mappatura processi	183
2.c.7.	Valutazione del rischio	184
2.c.8.	Monitoraggio e riesame	188
2.c.9.	Stato di attuazione delle misure	189
2.c.10.	Misure generali e specifiche	189
2.c.10.1.	Inconferibilità e incompatibilità (MG-01)	190
2.c.10.2.	Incarichi extra-istituzionali (MG-02)	191
2.c.10.3.	Incompatibilità successiva (MG-03)	192
2.c.10.4.	Astensione per conflitto di interessi (MG-04)	193
2.c.10.5.	Rotazione del personale (MG-05)	194
2.c.10.6.	Codice di Comportamento (MG-06)	196
2.c.10.7.	Segnalazioni illecite (MG-07)	197
2.c.10.8.	Formazione del personale (MG-08)	197
2.c.10.9.	Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (MG-09)	198
2.c.10.10.	Gestore segnalazioni UIF (MG-10)	199
2.c.10.11.	Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna (MG-11)	199
2.c.10.12.	Patto di integrità (MG-12)	200
2.c.10.13.	Informatizzazione processi e monitoraggio procedimenti (MS-01)	200
2.c.10.14.	Sponsorizzazioni (MS-02)	202
2.c.10.15.	Sperimentazioni (MS-03)	203
2.c.10.16.	Attività conseguenti al decesso (MS-04)	204



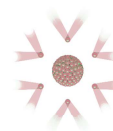
2.c.10.17.	Donazioni e comodati d'uso (MS-05)	204
2.c.10.18.	ALPI e Liste di attesa (MS-06)	205
2.c.10.19.	Alienazione immobili (MS-07)	205
2.c.10.20.	Certificazione bilancio di esercizio (MS-08)	206
2.c.10.21.	Benessere organizzativo	206
2.c.10.22.	Azioni di coinvolgimento della società civile	207
2.c.10.23.	Sorveglianza progetti PNRR	207
2.c.10.24.	Trasparenza amministrativa (MG-13)	208
2.c.10.25.	Accesso Civico semplice e generalizzato	210
2.c.10.26.	Trasparenza e Privacy	212
3.	Sezione Organizzazione e Capitale Umano	213
3.a.	Sottosezione Organizzazione	213
3.a.1.	Il modello organizzativo	213
3.a.2.	Dipartimento Area Chirurgica.	217
3.a.2.1.	Struttura Complessa di Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico.	217
3.a.2.2.	Struttura Complessa di Chirurgia Toracica.	219
3.a.2.3.	Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Post-Operatoria..	220
3.a.2.4.	Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.	221
3.a.2.5.	Struttura Semplice Dipartimentale di Chirurgia Oncologica ad indirizzo Senologico.	222
3.a.2.6.	Struttura Complessa di Ginecologia Oncologica.	222
3.a.2.7.	Struttura Semplice Dipartimentale di Urologia.	224
3.a.2.8.	Struttura Semplice Dipartimentale di Endoscopia Bronchiale.	224
3.a.2.9.	Struttura Semplice di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.....	225
3.a.2.10.	Struttura Semplice di Otorinolaringoiatra e Chirurgia Cervico-Maxillo-Facciale.	226
3.a.3.	Dipartimento Area Medica.	227
3.a.3.1.	Struttura Complessa di Ematologia.	227
3.a.3.2.	Struttura Complessa di Oncologia Medica.	228
3.a.3.3.	Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la Patologia Toracica.	229
3.a.3.4.	Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente.....	230
3.a.3.5.	Struttura Semplice Dipartimentale Tumori rari e melanoma.	230
3.a.4.	Dipartimento Servizi, Diagnostica e Terapia per Immagini.	231
3.a.4.1.	Struttura Complessa di Oncologia Medica Integrata ed Interventistica	232
3.a.4.2.	Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica.....	232
3.a.4.3.	Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Diagnostica	233



3.a.4.4.	Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Senologica	234
3.a.4.5.	Struttura Semplice Dipartimentale Fisica Sanitaria.....	235
3.a.4.6.	Struttura Complessa di Anatomia Patologica.....	236
3.a.4.7.	Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica.....	237
3.a.4.8.	Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Patologia Clinica.....	238
3.a.4.9.	Struttura a Valenza Dipartimentale di Cardiologia Oncologica.....	239
3.a.5.	Dipartimento di Staff	240
3.a.5.1.	Struttura Complessa di Farmacia ed U.MA.CA.....	240
3.a.5.2.	Struttura Complessa Burocratico, Legale, Privacy ed Affari Generali	241
3.a.5.3.	Struttura Complessa Statistica, Epidemiologia e Qualità	241
3.a.5.4.	Struttura a Valenza Dipartimentale Servizio Professioni Sanitarie	242
3.a.5.5.	Struttura a Valenza Dipartimentale Clinical Risk Management e Formazione	243
3.a.5.6.	Struttura a Valenza Dipartimentale Controllo di Gestione. Transizione Digitale e Trasferimento Tecnologico	243
3.a.6.	Dipartimento della Gestione	243
3.a.6.1.	Struttura Complessa Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici.....	243
3.a.6.2.	Struttura Complessa Area Gestione Risorse Finanziarie	243
3.a.6.3.	Struttura Complessa Area Gestione Risorse Umane	244
3.a.6.4.	Struttura a Valenza Dipartimentale Area Gestione Patrimonio, Contratti ed Appalti	244
3.b.	Sottosezione Organizzazione del Lavoro Agile	244
3.b.1.	Introduzione.....	244
3.b.2.	Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile.....	249
3.b.3.	Modalità attuative	252
3.b.3.1.	Modalità attuative: ambito regolamentare ed autorizzativo	253
3.b.3.2.	Modalità attuative: ambito organizzativo	254
3.b.3.3.	Modalità attuative: ambito tecnologico	255
3.b.3.3.1.	Dotazioni hardware individuali e piattaforme hardware per la “virtualizzazione” delle Postazioni di Lavoro.	256
3.b.3.3.2.	Piattaforme abilitanti il lavoro cooperativo ed operabili sia nella modalità “in presenza” che “agile”.	257
3.b.3.3.3.	Adeguamento dei sistemi informativi al lavoro “agile”.	258
3.b.3.4.	Modalità attuative: ambito formativo.....	258
3.b.3.5.	Modalità attuative: ambito sicurezza del luogo di lavoro.....	261
3.b.4.	Lavoro agile e performance organizzativa/individuale	263
3.b.5.	Obiettivi specifici del POLA dell’Istituto e relative fasi di attuazione	264



3.b.5.1.	Anno 2023	264
3.b.5.2.	Indicatori di monitoraggio	267
3.b.5.3.	Obiettivi POLA Anno 2024	268
3.b.5.4.	Obiettivi POLA Anno 2025	268
3.b.6.	I soggetti coinvolti	270
3.b.7.	Conclusioni	271
3.c.	Sottosezione Piano Triennale dei fabbisogni del personale	273
3.c.1.	Generalità	273
3.c.2.	Analisi del fabbisogno di personale	275
3.c.3.	Il Piano del fabbisogno di personale	280
3.c.4.	La pianificazione del fabbisogno	283
3.c.5.	Il fabbisogno formativo	295
3.c.6.	Il Piano delle Azioni Positive ed il Gender Equality Plan	304
3.c.6.1.	Premesse	304
3.c.6.2.	Scopo ed impostazione del Gender Equality Plan	305
3.c.6.3.	Metodologia di elaborazione del GEP-ITGP II	306
3.c.6.4.	Analisi di contesto	307
3.c.6.5.	Analisi personale del Comparto	307
3.c.6.5.1.	Analisi personale della dirigenza	308
3.c.6.5.2.	Analisi personale dedicato alla ricerca	309
3.c.6.6.	Il Comitato Unico di Garanzia ed il GEP-ITGP II	310
3.c.6.7.	Il Gruppo di Lavoro per la redazione del Gender Equality Plan e del Bilancio di Genere	312
3.c.6.8.	Aree di Intervento	313
3.c.6.9.	Area di Intervento 1: Equilibrio vita privata / vita lavorativa, cultura dell'organizzazione e lotta agli stereotipi	313
3.c.6.10.	Area di Intervento 2: Equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali	316
3.c.6.11.	Area di Intervento 3: Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera	318
3.c.6.12.	Area di Intervento 4: Promozione della dimensione di genere nella ricerca e nella pratica clinica	320
3.c.6.13.	Area di Intervento 5: Contrasto alla violenza di genere, incluse le molestie sessuali..	322
3.c.7.	Le azioni positive	325
4.	Sezione Monitoraggio	330



1. Introduzione

1.1. Premessa

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

In esso venivano infatti riportati:

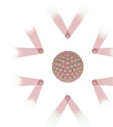
- gli indirizzi e gli obiettivi generali e specifici dell'Istituto;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori.

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

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

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

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



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

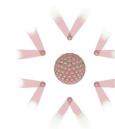
portava comunque con sé intrinseci rischi di una scarsa armonizzazione de:

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

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

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

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



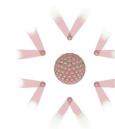
titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

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

1.2. Principi generali del Piano

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

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



predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni o eventi straordinari. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico-amministrativo, dirigenti e strutture) e i loro ruoli;

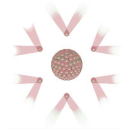
- **Partecipazione**: il Piano viene definito attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente nonché attraverso l'interazione con gli stakeholders esterni, dei quali vengono individuate, raccolte e recepite aspettative ed attese, al fine di favorire la promozione partecipativa, le pari opportunità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

1.3. Articolazione del Piano e contenuti

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

- **Sezione 1 – Introduzione**
- **Sezione 2 – Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione**, a sua volta articolata in 3 sottosezioni:
 - **Sottosezione 2.a. - Valore Pubblico**, in cui sono definiti:

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



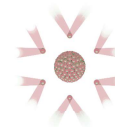
Tale descrizione, secondo linea guida, è resa con linguaggio semplice attraverso la risposta alle seguenti domande:

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

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

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

- **Sottosezione 2.b. – Performance**, predisposta in conformità alle previsioni del Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009, è finalizzata all'individuazione degli obiettivi e degli indicatori di performance, di efficienza e di efficacia dell'amministrazione. In essa, tenendo conto del contesto esterno ed interno nei quali l'Istituto si trova ad operare, e con riferimento alla struttura dell'offerta, ai livelli assistenziali assicurati ed alla peculiare natura di Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, si procede alla declinazione degli obiettivi strategici assegnati dalla committenza nazionale e regionale e dagli organi di indirizzo e controllo in obiettivi operativi così classificati:
 - ✓ Conservazione dell'equilibrio economico-finanziario attraverso incremento dei ricavi - contenimento dei costi;
 - ✓ Potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale;
 - ✓ Miglioramento dell'appropriatezza mediante approcci clinico-terapeutici scientificamente comprovati e conseguente economicità nell'impiego delle risorse per l'assistenza sanitaria;
 - ✓ Miglioramento dell'assistenza e dei servizi complementari e di supporto mediante efficientamento organizzativo e procedurale;



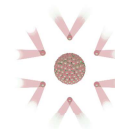
- ✓ Miglioramento della qualità percepita, e piena accessibilità da parte dell'utenza e comunicazione ed informazione verso di essa;
- ✓ Transizione digitale in sanità;
- ✓ Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive;
- ✓ Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)

e descrivendo:

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

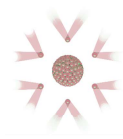
Infine, la Sottosezione descrive il ciclo e le fasi della performance organizzativa ed individuale, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti e all'individuazione di azioni di miglioramento del processo, nonché gli strumenti per la valutazione del personale.

- **Sottosezione 2.c. - Rischi corruttivi e trasparenza**, predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190, contiene sulla base delle indicazioni del Piano nazionale anticorruzione (PNA) e degli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 del 2013:
- **Sezione 3 – Organizzazione e Capitale umano**, a sua volta articolata nelle seguenti sottosezioni:
 - **Sottosezione 3.a. – Struttura organizzativa**, in cui sono descritti: Il modello organizzativo adottato e gli interventi e le azioni programmate in materia di garanzia del valore pubblico di cui alla precedente sezione;
 - **Sottosezione 3.b. – Organizzazione del lavoro agile**, in cui si descrive la strategia di implementazione nell'Istituto delle prestazioni lavorative in tale specifico regime, la cui applicazione era già stata autorizzata dall'art. 18 comma 1, della legge 22 maggio



2017, n. 81, e che in corso di emergenza pandemica si è trasformata nella modalità ordinaria di prestazione in virtù dell'articolo 87, comma 1, del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020, convertito in Legge n. 27 del 24 aprile 2020, ritornata poi modalità speciale a seguito della pubblicazione del D.P.C.M. del 23 settembre 2021 e successivamente sottoposta ad un regime di revisione con le specifiche Linee Guida per le pubbliche amministrazioni promulgate con Decreto del Ministro della P.A. dell'8 ottobre 2021, in attesa di specifica contrattazione collettiva nazionale. Essa si articola in 3 paragrafi:

- **Sottosezione 3.c. – Piano triennale dei fabbisogni di personale**, indica la programmazione strategica triennale delle risorse umane a partire dalla consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddivisa per inquadramento professionale e tipologia contrattuale descrivendo la distribuzione della capacità assunzionale e l'allocazione mirata delle professionalità disponibili in relazione all'ottimale conseguimento degli obiettivi di valore pubblico e di performance designati nelle precedenti parti del PIAO, sia in termini di servizi, ma anche di cambiamento dei modelli organizzativi. Vengono naturalmente tenuti in debito conto vincoli e criteri connessi a:
- **Sezione 4 – Monitoraggio**, In essa sono descritti gli strumenti (fonti informative), le modalità (indicatori), i valori di riferimento (target) ed i responsabili del monitoraggio stesso.



2. Sezione Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione

2.a. Sottosezione Valore Pubblico

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

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

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

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

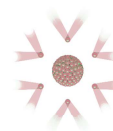
L'Istituto persegue gli obiettivi di ricerca stabiliti nei piani e programmi nazionali e regionali e gli obiettivi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale e dalla programmazione sanitaria regionale. Esso si pone quale polo di eccellenza per le attività di ricerca pre-clinica, traslazionale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

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

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

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

La "mission" dell'Istituto consiste nella prevenzione, diagnosi, terapia medica, chirurgica e riabilitativa dei tumori perseguendo in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e il miglioramento dell'organizzazione



dell'attività di cura e assistenza. Elementi fondamentali sono l'approccio multidisciplinare alla patologia e la creazione di una rete di collaborazione/condivisione tra le strutture Oncologiche della Regione Puglia, Nazionali e Internazionali.

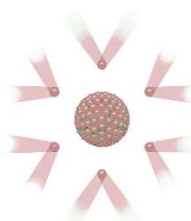
L'Istituto è un soggetto strutturale del Servizio Sanitario Regionale e risponde alla missione indicata dalla Regione Puglia di "Centro di riferimento oncologico regionale", con il compito di supportare le autorità regionali nella formulazione dei programmi, nella standardizzazione di metodiche diagnostico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

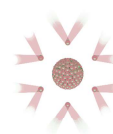
Presso l'Istituto ha altresì sede il Centro di Coordinamento del Registro Tumori Puglia, istituito con DGR 1500/2008.

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

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

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





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



2.a.1.1. Epidemiologia territoriale di interesse

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

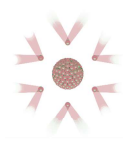
La valutazione di tale bisogno deve necessariamente fondarsi sulle analisi più recenti condotte dal Registro Tumori Regionale (RTR), istituito con DGR 1500/2008, unico in Italia a nascere prevedendo una copertura regionale, con Centro di Coordinamento collocato proprio presso l'Istituto e con sezioni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

La rilevazione di carattere epidemiologico è stata desunta dai seguenti report pubblicati dall'RTR:

Rapporto	Anno di riferimento	Data di pubblicazione
Rapporto tumori Asl Barletta – Andria - Trani	2022	16 marzo 2023
Rapporto sui tumori Asl Brindisi	2022	16 marzo 2023
Rapporto sui tumori Asl Foggia	2021	16 marzo 2023
Rapporto sui tumori Asl Lecce	2021	16 marzo 2023
Rapporto Tumori Asl Taranto	2021	16 marzo 2023
Registro Tumori Puglia – Rapporto	2015	13 settembre 2016

In essi sono riportate le analisi su incidenza, mortalità e sopravvivenza a 5 anni, elaborate congiuntamente dal RTR e dalle 5 ASL territoriali indicate.

I dati dell'intera Regione sono stati estrapolati a partire dalle tecniche di elaborazione statistica poste alla base dell'ultimo rapporto regionale 2015 del RTR pubblicato a fine 2016. Difatti tenuto conto che la popolazione analizzata nel dettaglio è pari al 69% circa di quella regionale e che non si registrano, nel complesso, variazioni importanti intorno al valore medio

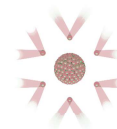


degli stessi (cfr. Appendice 1 al presente PIAO) le stime del tasso di incidenza, della mortalità e della sopravvivenza a 5 anni sull'intero territorio regionale è stata estesa applicando i tassi medi dell'intero "Pool Puglia" direttamente rilevato alla restante parte (31%).

2.a.1.2. Incidenza, sopravvivenza e mortalità

Nei report del RTR, i criteri di classificazione delle patologie neoplastiche rilevate per sede tumorale sono stati i seguenti:

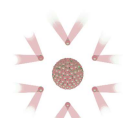
Descrizione	Topografia ICD-O3	Morfologia ICD-O3	Comportamento	ICD-10
Labbro	C00	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C00
Lingua	C01-02	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C01-02
Bocca	C03-06	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C03-06
Ghiandole salivari	C07-08	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C07-08
Orofaringe	C09-10	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C09-10
Rinofaringe	C11	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C11
Ipofaringe	C12-13	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C12-13
Faringe NAS	C14	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C14, D37.0
Testa e collo	C00-C14, C30-C32	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C00-C14, C30-C32, D37.0
Esofago	C15	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C15
Stomaco	C16	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C16, D37.1
Intestino tenue	C17	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C17, D37.2
Colon	C18	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C18, D37.4
Retto	C19-20	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C19-20
Ano	C21	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C21
Fegato	C22	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C22
Vie biliari	C23-24	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C23-24
Pancreas	C25	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C25
Cavità nasale	C30-31	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C30-31
Laringe	C32	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C32
Polmone	C33-34	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C33-34, D38.1
Altri organi toracici	C37-38	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C37-38
Osso	C40-41	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C40-41
Pelle, melanomi	C44	8720-8790	/3	C44
Pelle, non melanomi	C44	escl. 8720-90, 9590-9989, 9050-55, 9140	/3	C44
Mesotelioma	tutte	9050-9055	/3	C45
Sarcoma di Kaposi	tutte	9140	/3	C46, B21.0
Tessuti molli	C47, 49	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C47, 49
Mammella	C50	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C50, D48.6
Utero, collo	C53	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C53
Utero, corpo	C54	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C54
Utero NAS	C55	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C55
Ovaio	C56	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C56
Altri genitali femminili	C51-52, 57, 58	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C51-52, 57, 58
Pene	C60	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C60
Prostata	C61	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C61
Testicolo	C62	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C62
Altri genitali maschili	C63	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C63
Rene	C64	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C64
Vescica (maligno)	C67	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C67



Vescica (non maligno)	C67	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/1 /2	D09.0, D30.3, D41.4
Altre vie urinarie	C65-66, 68	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C65-66, 68
Occhio	C69	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C69
Encefalo/SNC (maligno)	C70-72	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C70-72
Encefalo/SNC (non maligno)	C70-72	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/0 /1	D43, D33,D42, D32
Tiroide	C73	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C73
Altre ghiandole endocrine	C74-75	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	C74-75, D44.(2,5),D35.1
Linfoma di Hodgkin	tutte	9650-9667	/3	C81
Linfoma non Hodgkin	tutte	9590-96, 9670-9729, 9760-64, 9940, 9948	/3	C82-85, C96
	escl. C42.0, 1, 4	9823, 9827		
Mieloma	tutte	9731-9734	/3	C88-C90
Leucemia linfatica acuta	tutte	9826, 9835-9837	/3	C91.(0,5)
	C42.0, 1, 4	9827		
Leucemia linfatica cronica	tutte	9831-9834	/3	C91.(1,3)
	C42.0, 1, 4	9823		
Leucemia mieloide acuta	tutte	9840, 9861, 9866-9874, 9891-9920, 9931	/3	C92.(0,4,5), C93.0, C94.(0,2,4,5)
Leucemia mieloide cronica	tutte	9863, 9875, 9876, 9945, 9946	/3	C92.1
Altre MMPC e SMD	tutte	9950-9989	/3	D45, D46, D47
Leucemia NAS	tutte	9800-9820, 9860, 9930	/3	C91-95 (escl. precedenti)
Leucemie totali	tutte	9800-9820, 9826, 9832-9931, 9945, 9946	/3	C91-C95
	C42.0, 1, 4	9823, 9827		
Miscellanea	tutte	9740-9758	/3	C26.1, C94.3, C96, D47.0
	C42	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140		
Mal definite e metastasi	C26, C39, C48, C76-80	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	B21.(7,8), C26, C39, C48, C76- C80, D37.7, D48.3, D48.7

I dati di incidenza espressi come Tasso Standardizzato Diretto (ogni 100.000 residenti) ed i nuovi ammalati annui per ciascuna provincia come rilevati dai nuclei epidemiologici territoriali delle ASL, fatta eccezione per la ASL BA, nel cui caso sono stati estrapolati in quanto non ancora pubblicati, sono i seguenti:

Tumore	Incidenza TSD													
	BT		BR		LE		FG		TA		BA		Puglia	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Testa e collo	21,5	6,5	24,3	6,6	27,4	7,7	29,7	6,6	24,8	8,2	26,1	7,2	26,1	7,2
Stomaco	25,7	12,9	21,5	11,2	19,1	10,3	23,7	12,9	21,4	11,4	21,9	11,6	21,9	11,6
Colon, retto e ano	80,9	52,3	80,5	52,9	84,5	56,8	84,6	52,9	79,8	49,5	82,5	53,2	82,5	53,2
Fegato	32,2	11,8	21,3	9,3	23,0	7,5	27,8	8,9	26,5	9,1	25,9	9,0	25,9	9,0
Pancreas	16,6	16,7	18,7	15,4	17,5	14,4	18,2	13,9	17,3	15,2	17,7	14,9	17,7	14,9
Polmone	82,1	17,1	94,1	23,5	113,6	24,4	88,2	18,9	96,8	21,5	97,1	21,4	97,1	21,4
Pelle, melanomi	20,0	15,5	16,3	13,4	14,5	13,2	20,2	15,4	19,6	17,3	17,9	14,9	17,9	14,9
Mammella		146,5		149,7		127,9		140,0		147,6		140,3		140,3
Utero, collo [4]		7,4		7,1		7,5		7,2		6,4		7,1		7,1
Utero, corpo [4]		23,9		23,4		22,4		24,4		23,0		23,3		23,3
Ovaio		16,6		13,6		17,2		15,9		16,2		16,1		16,1
Prostata	105,2		119,7		108,9		115,4		121,3		113,9		113,9	
Rene	15,1	6,9	17,3	8,5	17,7	9,2	15,4	6,9	16,8	7,9	16,6	8,0	16,6	8,0
Vescica [5]	73,2	10,8	92,0	13,2	96,7	15,0	77,2	11,1	81,8	13,5	85,2	13,0	85,2	13,0
Sistema nervoso centrale, maligno	10,2	7,3	12,4	6,8	12,0	8,9	10,4	7,7	10,5	5,8	11,1	7,5	11,1	7,5
Tiroide	7,4	20,2	10,5	31,6	10,8	27,9	6,6	16,6	12,1	36,7	9,6	26,7	9,6	26,7
Linfoma non Hodgkin	23,8	16,9	22,0	15,6	20,0	14,0	20,2	15,0	18,3	16,2	20,5	15,3	20,5	15,3



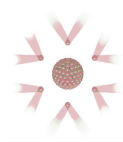
Mieloma	11,6	10,7	13,9	10,8	8,8	5,5	9,9	8,7	9,6	6,2	10,3	7,8	10,3	7,8
Leucemie [6]	19,0	12,8	18,3	12,9	16,3	9,7	19,7	11,2	15,2	11,9	17,5	11,4	17,5	11,4
Totale [7]	544,5	412,8	582,8	425,5	590,8	399,5	567,2	394,2	571,8	423,6	573,8	408,9	573,8	408,9

Tale incidenza, una volta correlata alla popolazione residente, determina la seguente stima di nuovi casi nell'anno (stima ottenuta moltiplicando l'incidenza di ciascuna provincia per la popolazione residente nei relativi territori secondo rilevazione ISTAT del 2022)

Tumore	Nuovi Casi annui													
	BT		BR		LE		FG		TA		BA		Puglia	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Testa e collo	40,3	12,5	44,6	12,9	101,7	30,8	87,3	19,9	67,1	23,5	155,9	45,4	496,9	145,0
Stomaco	48,2	24,8	39,5	21,9	70,9	41,2	69,7	38,9	57,9	32,6	130,8	72,7	416,9	232,2
Colon, retto e ano	151,7	100,4	147,9	103,6	313,6	227,3	248,6	159,6	215,8	141,7	492,7	334,1	1.570,4	1.066,8
Fegato	60,4	22,7	39,1	18,2	85,3	30,0	81,7	26,9	71,7	26,0	154,7	56,5	492,9	180,2
Pancreas	31,1	32,1	34,4	30,2	64,9	57,6	53,5	41,9	46,8	43,5	105,5	93,6	336,2	298,9
Polmone	153,9	32,8	172,9	46,0	421,6	97,6	259,2	57,0	261,8	61,5	580,4	134,6	1.849,8	429,6
Pelle, melanomi	37,5	29,8	29,9	26,2	53,8	52,8	59,4	46,5	53,0	49,5	106,8	93,4	340,5	298,2
Mammella		281,28		293,11		511,79		422,49		422,50		880,81	-	2.812,0
Utero, collo [4]		14,21		13,90		30,01		21,73		18,32		44,77	-	142,9
Utero, corpo [4]		45,89		45,82		89,63		73,63		65,84		146,32	-	467,1
Ovaio		31,87		26,63		68,83		47,98		46,37		101,11	-	322,8
Prostata	197,3		219,9		404,1		339,2		328,1		680,6		2.169,1	-
Rene	28,3	13,2	31,8	16,6	65,7	36,8	45,3	20,8	45,4	22,6	99,0	50,2	315,5	160,4
Vescica [5]	137,3	20,7	169,0	25,8	358,8	60,0	226,9	33,5	221,2	38,6	509,0	81,5	1.622,3	260,3
Sistema nervoso centrale, maligno	19,1	14,0	22,8	13,3	44,5	35,6	30,6	23,2	28,4	16,6	66,5	46,9	211,9	149,7
Tiroide	13,9	38,8	19,3	61,9	40,1	111,6	19,4	50,1	32,7	105,1	57,3	167,6	182,7	535,0
Linfoma non Hodgkin	44,6	32,4	40,4	30,5	74,2	56,0	59,4	45,3	49,5	46,4	122,6	96,1	390,7	306,7
Mieloma	21,8	20,5	25,5	21,1	32,7	22,0	29,1	26,3	26,0	17,7	61,7	49,1	196,7	156,8
Leucemie [6]	35,6	24,6	33,6	25,3	60,5	38,8	57,9	33,8	41,1	34,1	104,6	71,4	333,3	227,9
Totale [7]	1.021,0	792,6	1.070,7	833,1	2.192,4	1.598,6	1.667,0	1.189,6	1.546,4	1.212,5	3.428,2	2.566,2	10.925,8	8.192,6

Dal medesimo rilevamento epidemiologico del Registro Regionale dei Tumori è stato anche rilevato il dato di sopravvivenza in termini di percentuale dei nuovi casi senza recidiva a 5 anni, ricavando così a partire dai dati dei nuovi casi annui di cui alla tabella precedente la stima di seguito riportata:

Tumore	Sopravvivenza a 5 anni rispetto all'incidenza (%)													
	BT		BR		LE		FG		TA		BA		Puglia	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Testa e collo	66,3	57,1	63,4	61,7	59,8	65,5	60,9	61,2	58,3	66,2	61,2	63,0	61,2	63,0
Stomaco	28,2	32,2	35,8	27,0	28,3	32,0	31,8	28,7	33,2	34,3	31,1	31,1	31,1	31,1
Colon, retto e ano	62,0	61,9	63,1	64,6	64,2	64,0	62,6	65,6	62,7	64,1	63,1	64,2	63,1	64,2
Fegato	27,6	16,9	22,2	10,9	24,2	18,7	18,9	19,0	19,2	21,1	22,2	17,9	22,2	17,9
Pancreas	8,1	13,3	7,5	11,2	10,5	11,4	14,6	7,9	8,2	10,3	10,2	10,6	10,2	10,6
Polmone	18,7	24,8	15,8	23,6	18,7	25,2	15,7	33,4	17,8	24,5	17,4	26,6	17,4	26,6
Pelle, melanomi	90,4	85,2	80,7	82,6	90,5	91,0	86,9	94,2	84,3	83,4	87,0	88,1	87,0	88,1
Mammella		86,4		82,6		85,4		84,7		85,6		85,0		85,0
Utero, collo [4]		60,8		56,0		66,8		56,1		57,0		60,0		60,0
Utero, corpo [4]		66,8		80,5		78,6		-		83,8		61,1		61,1
Ovaio		40,0		43,2		39,1		38,6		43,6		40,6		40,6
Prostata	94,9		89,3		91,9		90,8		94,4		92,2		92,2	
Rene	68,2	68,6	68,5	67,6	74,7	73,3	73,8	72,0	72,7	73,5	72,3	71,6	72,3	71,6
Vescica [5]	80,7	74,9	78,6	71,3	81,1	78,7	80,8	80,6	79,4	77,2	80,3	77,2	80,3	77,2
Sistema nervoso centrale,	23,1	35,5	18,7	32,1	28,3	23,6	25,7	32,6	23,2	35,9	24,6	31,0	24,6	31,0



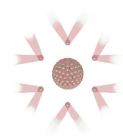
maligno														
Tiroide	92,4	95,4	91,1	97,1	84,6	96,9	92,5	90,5	89,8	95,3	89,5	95,0	89,5	95,0
Linfoma non Hodgkin	59,1	78,9	69,9	81,2	61,4	73,4	70,9	70,8	63,8	56,8	64,9	71,3	64,9	71,3
Mieloma	57,2	71,8	66,2	73,1	65,1	63,7	60,1	53,2	45,6	54,5	59,0	62,0	59,0	62,0
Leucemie [6]	55,1	49,0	49,0	55,4	51,9	57,7	51,4	53,1	57,3	59,8	53,0	55,6	53,0	55,6
Totale [7]	59,7	64,0	58,0	64,3	59,7	64,0	59,7	64,0	59,7	64,0	59,7	64,0	59,7	64,0

Dal quale, ancora una volta correlandolo alla popolazione delle varie province della Regione è stato possibile ricavare la quantità di ammalati che ogni anno stabilmente accrescono il dato di prevalenza degli ammalati di tumore:

Tumore	Incremento totale annuo pazienti sopravvissuti a 5 anni													
	BT		BR		LE		FG		TA		BA		Puglia	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Testa e collo	26,7	7,1	28,3	8,0	60,8	20,2	53,2	12,2	39,1	15,5	95,4	28,6	303,5	91,6
Stomaco	13,6	8,0	14,1	5,9	20,1	13,2	22,2	11,2	19,2	11,2	40,7	22,6	129,9	72,1
Colon, retto e ano	94,1	62,2	93,3	66,9	201,3	145,5	155,7	104,7	135,3	90,8	310,7	214,4	990,4	684,5
Fegato	16,7	3,8	8,7	2,0	20,7	5,6	15,4	5,1	13,8	5,5	34,3	10,1	109,5	32,1
Pancreas	2,5	4,3	2,6	3,4	6,8	6,6	7,8	3,3	3,8	4,5	10,7	10,0	34,3	32,0
Polmone	28,8	8,1	27,3	10,9	78,8	24,6	40,7	19,0	46,6	15,1	101,2	35,8	323,4	113,5
Pelle, melanomi	33,9	25,4	24,2	21,7	48,7	48,1	51,6	43,8	44,7	41,3	93,0	82,3	296,0	262,5
Mammella		243,02		242,11		437,07		357,84		361,66		748,95	-	2.390,6
Utero, collo [4]		8,64		7,78		20,05		12,19		10,44		26,88	-	86,0
Utero, corpo [4]		30,65		36,88		70,45		-		55,17		89,35	-	282,5
Ovaio		12,75		11,50		26,91		18,52		20,22		41,09	-	131,0
Prostata	187,2		196,4		371,4		308,0		309,7		627,8		2.000,4	-
Rene	19,3	9,1	21,8	11,3	49,1	27,0	33,4	15,0	33,0	16,6	71,5	36,0	228,1	114,9
Vescica [5]	110,8	15,5	132,9	18,4	291,0	47,2	183,3	27,0	175,7	29,8	408,6	63,0	1.302,2	201,0
Sistema nervoso centrale, maligno	4,4	5,0	4,3	4,3	12,6	8,4	7,9	7,6	6,6	6,0	16,3	14,5	52,1	45,7
Tiroide	12,8	37,0	17,6	60,1	33,9	108,2	17,9	45,3	29,4	100,1	51,3	159,2	162,9	509,9
Linfoma non Hodgkin	26,4	25,6	28,3	24,8	45,6	41,1	42,1	32,0	31,6	26,3	79,6	68,5	253,4	218,4
Mieloma	12,4	14,8	16,9	15,5	21,3	14,0	17,5	14,0	11,8	9,7	36,4	30,4	116,3	98,3
Leucemie [6]	19,6	12,0	16,5	14,0	31,4	22,4	29,8	17,9	23,6	20,4	55,4	39,7	176,2	126,4
Totale [7]	609,2	532,9	633,0	565,3	1.293,4	1.086,5	986,3	746,7	923,8	840,3	2.032,9	1.721,2	6.478,6	5.493,0

Oltre alle stime di incidenza e di sopravvivenza a 5 anni secondo cui dimensionare la domanda di servizi assistenziali oncologici e su cui tarare la conseguente offerta dell'Istituto in termini di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, è stata rilevata, in termini di esiti la mortalità dei vari tipi di tumore tra la popolazione pugliese rapportando il dato del tasso di mortalità per tumore ogni 100.000 abitanti all'ultimo rilevamento ISTAT datato 2022 (ultimo dato disponibile).

Tumore	Mortalità TSD													
	BT		BR		LE		FG		TA		BA		Puglia	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Testa e collo	11,3	1,9	10,3	2,5	12,0	2,7	11,3	1,9	12,9	2,5	11,7	2,3	11,7	2,3
Stomaco	17,2	8,3	16,2	8,1	14,5	7,6	17,2	8,3	17,8	7,4	16,4	7,9	16,4	7,9
Colon, retto e ano	38,4	19,2	33,4	18,6	34,5	20,3	38,4	19,2	34,4	18,3	35,8	19,2	35,8	19,2
Fegato	20,9	8,3	18,0	8,7	19,2	7,0	20,9	8,3	23,5	8,5	20,5	8,0	20,5	8,0
Pancreas	15,2	11,3	16,3	12,5	14,6	12,1	15,2	11,3	16,3	12,5	15,4	12,0	15,4	12,0
Polmone	70,5	12,5	76,1	15,1	99,8	17,5	70,5	12,5	78,8	15,2	81,3	14,9	81,3	14,9
Pelle, melanomi	3,2	1,9	4,7	2,3	2,3	1,9	3,2	1,9	3,7	2,0	3,3	2,0	3,3	2,0
Mammella		29,2		36,0		34,3		29,2		31,8		32,2		32,2
Utero, collo [4]		8,3		7,1		8,9		8,3		9,7		8,6		8,6
Utero, corpo [4]												-		-
Ovaio		8,3		8,0		9,0		8,3		8,3		8,5		8,5
Prostata	29,8		26,8		29,5		29,8		24,2		28,1		28,1	



Rene	5,9	2,7	5,6	2,0	6,8	3,4	5,9	2,7	7,1	2,9	6,4	2,8	6,4	2,8
Vescica [5]	18,8	2,6	21,7	2,6	24,0	4,2	18,8	2,6	22,8	3,7	21,5	3,3	21,5	3,3
Sistema nervoso centrale, maligno	7,5	4,2	7,4	4,6	7,7	6,2	7,5	4,2	8,5	3,6	7,7	4,7	7,7	4,7
Tiroide	1,0	0,8	0,7	0,9	1,0	0,5	1,0	0,8	0,9	1,0	0,9	0,8	0,9	0,8
Linfoma non Hodgkin	6,7	4,6	7,0	4,2	6,7	3,4	6,7	4,6	8,8	4,9	7,2	4,3	7,2	4,3
Mieloma	5,4	3,8	6,5	4,3	5,2	3,1	5,4	3,8	6,4	4,3	5,7	3,8	5,7	3,8
Leucemie [6]	11,8	7,8	13,1	7,0	12,0	5,9	11,8	7,8	10,5	6,5	11,8	6,9	11,8	6,9
Totale [7]	263,6	135,7	263,8	144,5	289,8	148,0	263,6	135,7	276,6	143,1	273,8	142,1	273,8	142,1

Da cui il numero di decessi annui dovuti a tumore:

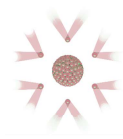
Tumore	Decessi annui													
	BT		BR		LE		FG		TA		BA		Puglia	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Testa e collo	21,2	3,6	18,9	4,9	44,5	10,8	33,2	5,7	34,9	7,2	69,8	14,7	222,6	46,9
Stomaco	32,3	15,9	29,8	15,9	53,8	30,4	50,6	25,0	48,1	21,2	98,1	49,5	312,6	157,9
Colon, retto e ano	72,0	36,9	61,4	36,4	128,0	81,2	112,9	57,9	93,0	52,4	213,7	120,8	680,9	385,6
Fegato	39,2	15,9	33,1	17,0	71,2	28,0	61,4	25,0	63,6	24,3	122,8	50,3	391,3	160,7
Pancreas	28,5	21,7	29,9	24,5	54,2	48,4	44,7	34,1	44,1	35,8	92,1	75,0	293,5	239,5
Polmone	132,2	24,0	139,8	29,6	370,3	70,0	207,2	37,7	213,1	43,5	485,9	93,4	1.548,6	298,2
Pelle, melanomi	6,0	3,6	8,6	4,5	8,5	7,6	9,4	5,7	10,0	5,7	19,5	12,4	62,1	39,6
Mammella		56,06		70,49		137,25		88,12		91,03		202,03	-	645,0
Utero, collo [4]		15,94		13,90		35,61		25,05		27,77		53,94	-	172,2
Utero, corpo [4]		-		-		-		-		-		-	-	-
Ovaio		15,94		15,66		36,01		25,05		23,76		53,10	-	169,5
Prostata	55,9		49,2		109,5		87,6		65,4		168,1		535,7	-
Rene	11,1	5,2	10,3	3,9	25,2	13,6	17,3	8,1	19,2	8,3	38,0	17,9	121,1	57,0
Vescica [5]	35,3	5,0	39,9	5,1	89,1	16,8	55,3	7,8	61,7	10,6	128,5	20,7	409,6	66,0
Sistema nervoso centrale, maligno	14,1	8,1	13,6	9,0	28,6	24,8	22,0	12,7	23,0	10,3	46,3	29,6	147,6	94,4
Tiroide	1,9	1,5	1,3	1,8	3,7	2,0	2,9	2,4	2,4	2,9	5,6	4,8	17,8	15,4
Linfoma non Hodgkin	12,6	8,8	12,9	8,2	24,9	13,6	19,7	13,9	23,8	14,0	42,9	26,7	136,7	85,3
Mieloma	10,1	7,3	11,9	8,4	19,3	12,4	15,9	11,5	17,3	12,3	34,1	23,7	108,6	75,6
Leucemie [6]	22,1	15,0	24,1	13,7	44,5	23,6	34,7	23,5	28,4	18,6	70,3	43,1	224,1	137,5
Totale [7]	494,3	260,5	484,7	282,9	1.075,4	592,2	774,7	409,5	748,1	409,6	1.635,6	891,6	5.212,8	2.846,4

Nella Regione Puglia, ogni anno si ammalano di tumore circa 19,1 mila persone, di cui circa il 43% donne e il 57% uomini (rispettivamente circa 8,2 mila e 10,9 mila casi), cui vanno aggiunti i carcinomi della cute che, per le loro peculiarità biologiche e cliniche e per la difficoltà di stimarne esattamente il numero, vengono in genere conteggiati separatamente.

La frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è quindi in media di 5-6 nuovi casi ogni 1.000 uomini e di 4-5 casi ogni 1.000 donne ogni anno, quindi nel complesso circa 10 casi ogni 1.000 persone.

Nella popolazione femminile, il tumore della mammella è il tumore più frequente (oltre il 34% del totale), seguito dal tumore del colon retto (13 %), degli organi genitali (11,4%) di cui 7,4% utero e 4,0 % ovaio, e della tiroide (6,5%): confrontando i dati pugliesi con quelli nazionali, si osserva che vi è una coincidenza di posizione nelle prime due patologie: mammella (31,3%) e colon-retto (13,3%), mentre in Italia la terza posizione è occupata dal tumore del polmone (7,9%), seguito da corpo dell'utero e tiroide.

In Puglia, nel sesso maschile, la prima posizione per incidenza è quella dei tumori della prostata con il 19,8% pressoché appaiato al polmone con il 16,9 % dei casi, seguito dal colon-retto (14,4%) e dal testa-collo e fegato pressoché appaiati con il (4,5%): anche il dato nazionale vede al primo posto il tumore della prostata con il 20,6% seguito dal polmone al



15,0% e colon-retto al 13,4% e, tra le cinque patologie più frequenti, si conta il tumore dello stomaco e del fegato, ma non quello del testa-collo.

Per quanto attiene alla mortalità, aggiornata al 2021 dai report delle ASL, i decessi attribuibili a tumore sono quantificati in poco più di 8.000 (quasi il 65% tra gli uomini e 35% tra le donne) – tra i poco più di 40.000 decessi verificatisi in quell'anno in Puglia. A livello nazionale e regionale i tumori sono la seconda causa di morte, dopo le malattie cardio-circolatorie. Tuttavia va segnalato che i tumori sono equivalenti quale causa di morte al primo posto tra gli uomini con le patologie cardiovascolari.

Le cinque cause di morte tumorali più frequenti nel sesso femminile vedono ancora al primo posto il tumore della mammella (22,7%), seguito dai tumori del colon-retto (13,5%), polmone (10,5%), pancreas (8,4%) ed infine al quinto posto utero ed ovaio entrambi al 6%. Fegato e stomaco seguono da presso al 5,6%. il dato è abbastanza sovrapponibile a quello nazionale tranne che la 4° posizione è occupata dallo stomaco al 5,4% seguito dall'ovaio.

Analisi per la provincia BT.

Tra i tumori in eccesso rispetto alla media regionale nel genere maschile vi sono i tumori dello

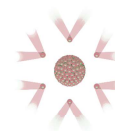
	Sesso	Incidenza			Mortalità			Sopravvivenza a 5 anni ⁽¹⁾ (%)		
		Casi medi 2014-2018	TSD ⁽¹⁾ 2014-2018	Trend ⁽²⁾ (IC95%) 2009-2018	Casi medi 2014-2018	TSD ⁽¹⁾ 2014-2018	Trend ⁽²⁾ (IC95%) 2009-2018	Periodo 2013-2017	Periodo 2008-2012	Variazione
Testa e collo	M	38	21,5	-4,8 (-10,2; 0,9)	14	11,3	-4,6 (-11,5; 2,8)	66,3	58,4	7,9
	F	13	6,5	1 (-6,3; 8,8)	5	1,9	12,8 (-2,3; 30,2)	57,1	61,9	-4,8
Stomaco	M	44	25,7	-1 (-5,2; 3,3)	32	17,2	-0,9 (-6,7; 5,2)	28,2	32	-3,8
	F	26	12,9	-2 (-7,4; 3,7)	18	8,3	0,8 (-7,2; 9,5)	32,2	27,9	4,3
Colon, retto e ano	M	139	80,9	-0,6 (-3,5; 2,4)	48	38,4	-0,9 (-3,5; 1,9)	62	61	1
	F	106	52,3	-2,2 (-5,7; 1,4)	40	19,2	0,4 (-4,9; 6,1)	61,9	63,2	-1,3
Fegato	M	54	32,2	-2,2 (-10,3; -4)	42	20,9	-4,1 (-8,6; 0,6)	27,6	18,8	8,8
	F	24	11,8	-8 (-9,8; -6,2)	20	8,3	-3,7 (-7,6; 0,3)	16,9	24,6	-7,7
Pancreas	M	28	16,6	2 (-0,9; 5,1)	23	15,2	-0,2 (-5,8; 5,7)	8,1	6,9	1,2
	F	34	16,7	5,7 (1,6; 9,9)	25	11,3	6,2 (-2,1; 15,3)	13,3	6,8	6,5
Polmone	M	139	82,1	-2,4 (-4; -0,9)	108	70,5	-3,2 (-5,2; -1)	18,7	13,7	5
	F	35	17,1	4,3 (-0,4; 9,3)	29	12,5	6,2 (1,7; 11)	24,8	21,5	3,3
Pelle, melanomi	M	36	20	4,7 (0,6; 9)	8	3,2	-0,8 (-9,1; 8,2)	90,4	77,1	13,3
	F	32	15,5	3,9 (1,2; 6,6)	5	1,9	-0,6 (-7,4; 6,6)	85,2	83,5	1,7
Mammella	F	301	146,5	2,6 (0,4; 4,9)	77	29,2	0,1 (-2,1; 2,4)	86,4	85	1,4
Utero, collo ⁽⁴⁾	F	15	7,4	-5,1 (-12,2; 2,7)	17	8,3	-1,2 (-8,8; 6,9)	60,8	59,6	1,2
Utero, corpo ⁽⁴⁾	F	48	23,9	-1 (-5,5; 3,8)	17	8,3	-1,2 (-8,8; 6,9)	66,8	77,1	-10,3
Ovaio	F	34	16,6	2,2 (-3,4; 8,2)	18	8,3	2,1 (-4,7; 9,3)	40	30	10
Prostata	M	180	105,2	-2,5 (-4,5; -0,6)	42	29,8	-2,2 (-5,4; -0,3)	94,9	90,6	4,3
Rene	M	27	15,1	-0,9 (-5,6; 3,9)	8	5,9	2,2 (-7,7; 13,1)	68,2	59,4	8,8
	F	14	6,9	-3,9 (-10,9; 3,7)	5	2,7	3,5 (-8,16; 4)	68,6	73,1	-4,5
Vescica ⁽³⁾	M	123	73,2	0,9 (-1,8; 3,6)	25	18,8	-2,3 (-7,7; 2,7)	80,7	81,4	-0,7
	F	22	10,8	2,5 (-2,3; 7,6)	5	2,6	-7,6 (-14,4; -0,1)	74,9	75	-0,1
Sistema nervoso centrale, maligno	M	19	10,2	-0,5 (-5,3; 4,6)	12	7,5	0,5 (-5,1; 6,4)	23,1	19	4,1
	F	14	7,3	2,7 (-3,6; 9,5)	8	4,2	-2,5 (-9,7; 5,3)	35,5	29,5	6
Tiroide	M	14	7,4	2,6 (-5,4; 11,3)	0	1	5,6 (-2,7; 14,5)	92,4	92,4	0
	F	41	20,2	-1,1 (-3,7; 1,5)	1	0,8	-3,8 (-22,2; 19)	95,4	94,4	1
Linfoma non Hodgkin	M	43	23,8	4,3 (0,5; 8,3)	12	6,7	-1,5 (-9,2; 6,8)	59,1	50,9	8,2
	F	34	16,9	3 (-2; 8,3)	10	4,6	-1,8 (-10,4; 7,6)	78,9	62,7	16,2
Mieloma	M	20	11,6	-2,7 (-7,9; 2,8)	10	5,4	3,4 (-2,8; 10)	57,2	72,4	-15,2
	F	21	10,7	0,9 (-6,9; 9,5)	10	3,8	4,9 (-4,1; 14,8)	71,8	64,8	7
Leucemie ⁽⁶⁾	M	33	19	0,6 (-2,5; 3,9)	20	11,8	1,7 (-4,3; 8,1)	55,1	61,3	-6,2
	F	26	12,8	2,2 (-4,2; 9,1)	13	7,8	0,9 (-6,3; 8,6)	49	55,9	-6,9
Totale ⁽⁷⁾	M	1073	623,2	-1 (-1,8; -0,2)	477	304,3	-1,5 (-2,8; -0,3)	59,7	57	2,7
	F	942	463,8	0,5 (-0,7; 1,8)	367	160	0,4 (-0,9; 1,7)	64	63	1

ASL BT

Minor numero di neoplasie rispetto a quelle attese,

riguardano in entrambi i generi, i tumori del polmone (26 casi in meno, oltre il 12% in meno) e della tiroide (24 casi e circa il 30% in meno).

Analisi per la provincia BR.



	Sesso	Incidenza			Mortalità			Sopravvivenza a 5 anni ⁽¹⁾ (%)		
		Casi medi 2013-2017	TSD ⁽¹⁾ 2013-2017	Trend ⁽²⁾ (IC95%) 2008-2017	Casi medi 2013-2017	TSD ⁽¹⁾ 2013-2017	Trend ⁽²⁾ (IC95%) 2008-2017	Periodo 2013-2017	Periodo 2008-2012	Variazione
Testa e collo	M	108	27,4	-1,7 (-4; 0,6)	47	12	-5,3 (-7,7; -2,8)	59,8	61,3	-1,5
	F	38	7,7	1 (-3,2; 5,5)	14	2,7	-0,8 (-7,5; 6,4)	65,5	62,5	3
Stomaco	M	75	19,1	-2,7 (-6,2; 1)	56	14,5	-3,6 (-8; 1)	28,3	21,1	7,2
	F	53	10,3	-4,4 (-6,7; -2,1)	41	7,6	-3,4 (-7; 0,5)	32	25,4	6,6
Colon, retto e ano	M	331	84,5	-0,3 (-1,4; 0,8)	133	34,5	-1,6 (-3,9; 0,8)	64,2	61,1	3,1
	F	296	56,8	-0,9 (-2; 0,2)	115	20,3	-2,1 (-3,5; -0,7)	64	64,2	-0,2
Fegato	M	91	23	-3,2 (-5; -1,3)	76	19,2	-2,8 (-7,2; 1,7)	24,2	24	0,2
	F	41	7,5	-2,9 (-7,3; 1,7)	39	7	-1,8 (-5,8; 2,5)	18,7	19,1	-0,4
Pancreas	M	69	17,5	1,7 (-1,1; 4,6)	57	14,6	-2,3 (-6,8; 2,4)	10,5	13,8	-3,3
	F	76	14,4	3,9 (0,8; 7,2)	66	12,1	1,4 (-1,5; 4,5)	11,4	7,4	4
Polmone	M	448	113,6	-3 (-4; -2)	393	99,8	-4,5 (-6; -2,9)	18,7	15,6	3,1
	F	122	24,4	2,7 (0,5; 4,9)	90	17,5	1,6 (-1,2; 4,6)	25,2	23,5	1,7
Pelle, melanomi	M	58	14,5	5,6 (3,1; 8)	9	2,3	-6,1 (-10,5; -1,7)	90,5	78,6	11,9
	F	61	13,2	6 (3,3; 8,8)	10	1,9	1 (-4,8; 19,6)	91	87,1	3,9
Mammella	F	606	127,9	0,2 (-0,8; 1,2)	178	34,3	-0,7 (-3,1; 1,8)	85,4	85,9	-0,5
Utero, collo ⁽⁴⁾	F	34	7,5	-2,4 (-6,3; 1,7)	46	8,9	-0,7 (-5,6; 4,5)	66,8	63,3	3,5
Utero, corpo ⁽⁴⁾	F	106	22,4	-1,4 (-4,8; 2)	46	8,9	-0,7 (-5,6; 4,5)	78,6	73,9	4,7
Ovaio	F	83	17,2	0,8 (-1,4; 3)	46	9	-0,4 (-5,8; 5,4)	39,1	37,4	1,7
Prostata	F	430	108,9	-3 (-3,9; -2,1)	109	29,5	-7,6 (-10,5; -4,6)	91,9	92,5	-0,6
Rene	M	70	17,7	-0,2 (-2,4; 2)	26	6,8	3,1 (-4,1; 10,9)	74,7	63,1	11,6
	F	45	9,2	2,4 (-1,4; 6,2)	18	3,4	8 (-1,3; 18,2)	73,3	65,8	7,5
Vescica ⁽⁵⁾	M	380	96,7	-0,7 (-2,7; 1,3)	92	24	-4,4 (-6,3; -2,6)	81,1	83	-1,9
	F	78	15	2,4 (-1,4; 6,3)	26	4,2	2,1 (-5; 9,7)	78,7	82,1	-3,4
Sistema nervoso centrale, maligno	M	47	12	-0,1 (-4,1; 4)	30	7,7	-4,9 (-10,5; 1)	28,3	20,7	7,6
	F	44	8,9	1,5 (-2,3; 5,4)	31	6,2	-2,3 (-7,4; 3)	23,6	24,7	-1,1
Tiroide	M	43	10,8	-1,3 (-6,3; 4,1)	4	1	4,9 (-10,1; 22,4)	84,6	95,5	-10,9
	F	120	27,9	-3,6 (-5,3; -2)	3	0,5	-15 (-25; -3,7)	96,9	92,1	4,8
Linfoma non Hodgkin	M	79	20	0,7 (-2,6; 4,1)	26	6,7	-0,9 (-4,6; 2,9)	61,4	71,1	-9,7
	F	66	14	-0,7 (-3,1; 1,9)	17	3,4	-6,2 (-12,3; 0,5)	73,4	67	6,4
Mieloma	M	35	8,8	1,6 (-0,9; 4,2)	20	5,2	1,6 (-5,1; 8,8)	65,1	58,5	6,6
	F	28	5,5	-2,6 (-5,3; 0,2)	16	3,1	-5,9 (-11,6; 0)	63,7	56,1	7,6
Leucemie ⁽⁶⁾	M	64	16,3	-2,4 (-4,1; -0,6)	46	12	-2,3 (-7,4; 3)	51,9	52,7	-0,8
	F	48	9,7	-5,9 (-8,5; -3,2)	32	5,9	-6 (-9,9; -1,9)	57,7	57,7	0
Totale ⁽⁷⁾	M	2647	67,2	-1,3 (-1,8; -0,8)	1298	334,4	-3,4 (-5; -1,8)	59	57,9	1,1
	F	2220	45,2	-0,1 (-0,8; 0,6)	959	178	-0,9 (-2; 0,2)	64	63,7	0,3

ASL BR

corrispondenti a -19%) mentre nel genere femminile non si osservano tumori con chiara minore incidenza.

Analisi per la provincia LE.

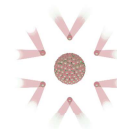
Gli eccessi più rilevanti nel genere maschile riguardano le neoplasie del polmone (86 casi corrispondenti a +24%) e della vescica (53 casi in eccesso, +16%).

Nel genere femminile si osservano eccessi per i tumori colorettali (16 casi, +6%), ovarici (8 casi, +11%) e polmonari (18 casi, +17%).

Per il complesso delle malattie mieloproliferative croniche e sindromi mielodisplastiche si osservano eccessi per entrambi i generi.

	Sesso	Incidenza			Mortalità			Sopravvivenza a 5 anni ⁽¹⁾ (%)		
		Casi medi 2015-2019	TSD ⁽¹⁾ 2015-2019	Trend ⁽²⁾ (IC95%) 2009-2019	Casi medi 2015-2019	TSD ⁽¹⁾ 2015-2019	Trend ⁽²⁾ (IC95%) 2009-2019	Periodo 2015-2019	Periodo 2010-2014	Variazione
Testa e collo	M	48	24,3	-1,9 (-5,4; 1,7)	20	10,3	-3,7 (-9,2; 2,1)	63,4	65	-1,6
	F	16	6,6	1,1 (-5,7; 8,3)	6	2,5	0,1 (-1,4; 1,3)	61,7	62,4	-0,7
Stomaco	M	41	21,5	-0,8 (-4,7; 3,3)	30	16,2	1 (-4,6; 6,8)	35,8	29,3	6,5
	F	28	11,2	0 (-3,8; 3,9)	21	8,1	1,8 (-2,6; 6,4)	27	29,5	-2,5
Colon, retto e ano	M	155	80,5	-0,9 (-3,9; 2,2)	62	33,4	1,8 (-1,9; 5,6)	63,1	64,9	-1,8
	F	130	52,9	-0,5 (-2,9; 2)	48	18,6	-1,9 (-4,7; 1)	64,6	62,4	2,2
Fegato	M	41	21,3	-3,7 (-8,7; 1,6)	34	18	-2,5 (-7,8; 3,1)	22,2	17,4	4,8
	F	24	9,3	-2,6 (-8,5; 3,8)	22	8,7	-3 (-7,7; 2)	10,9	26,4	-15,5
Pancreas	M	36	18,7	3,2 (-2,1; 8,9)	31	16,3	3,5 (-3,1; 10,5)	7,5	13,2	-5,7
	F	39	15,4	4,7 (1,8; 7,7)	33	12,5	3,3 (-1,8; 8,7)	11,2	1,5	9,7
Polmone	M	181	94,1	-1,2 (-3; 0,6)	144	76,1	-2,7 (-5,6; 0,3)	15,8	16,4	-0,6
	F	57	23,5	6,6 (3,6; 9,7)	38	15,1	4,9 (-3,3; 13,9)	23,6	26	-2,4
Pelle, melanomi	M	32	16,3	2,6 (-4,2; 10)	9	4,7	2,5 (-12,5; 19,9)	80,7	73,1	7,6
	F	29	13,4	6,8 (1,3; 12,5)	6	2,3	-1,2 (-11,8; 10,7)	82,6	82,9	-0,3
Mammella	F	344	149,7	1,9 (0,2; 3,6)	89	36	0,9 (-2,1; 4)	82,6	85,8	-3,2
Utero, collo ⁽⁴⁾	F	16	7,1	3,2 (-1,6; 8,1)	18	7,1	-4,4 (-8,6; 0,1)	56	63	-7
Utero, corpo ⁽⁴⁾	F	54	23,4	1,4 (-2,1; 5,1)	18	7,1	-4,4 (-8,6; 0,1)	80,5	79,3	1,2
Ovaio	F	31	13,6	-2,4 (-6,4; 1,8)	19	8	1,8 (-0,7; 4,3)	43,2	39,5	3,7
Prostata	M	232	119,7	1,1 (-1,4; 3,7)	48	26,8	-4 (-6,5; -1,5)	89,3	91,4	-2,1
Rene	M	34	17,3	1 (-2,1; 3,3)	11	5,6	0,6 (-8,2; 10,3)	68,5	74,6	-6,1
	F	20	8,5	1,8 (-3,2; 7)	5	2	-8 (-12,6; -3,1)	67,6	69,1	-1,5
Vescica ⁽⁵⁾	M	177	92	0,9 (-1,1; 3)	39	21,7	-1,4 (-5,4; 2,7)	78,6	80,3	-1,7
	F	32	13,2	0,7 (-5,8; 7,6)	7	2,6	-0,5 (-8,2; 7,9)	71,3	86,3	-15
Sistema nervoso centrale, maligno	M	24	12,4	1 (-2,7; 4,7)	14	7,4	1,4 (-4,1; 7,2)	18,7	25,1	-6,4
	F	16	6,8	-0,7 (-7,3; 6,5)	11	4,6	-3 (-10,4; 5)	32,1	24,2	7,9
Tiroide	M	21	10,5	2,8 (-5,1; 11,4)	1	0,7	7,2 (-18,6; 41,2)	91,1	93,2	-2,1
	F	66	31,6	1,1 (-1,7; 3,9)	2	0,9	3,3 (-6,1; 13,7)	97,1	91,4	5,7
Linfoma non Hodgkin	M	43	22	1,6 (-4; 7,4)	13	7	-2,1 (-10,4; 5,9)	69,9	68,3	1,6
	F	36	15,6	1,6 (-3,2; 6,5)	10	4,2	0,1 (-7,8; 8,8)	81,2	75,3	5,9
Mieloma	M	27	13,9	0,5 (-4,3; 5,4)	12	6,5	1,7 (-6,8; 11,1)	66,2	63,9	2,3
	F	26	10,8	0,2 (-5,5; 5,8)	11	4,3	3,9 (-2,9; 11,3)	73,1	76,6	-3,5
Leucemie ⁽⁶⁾	M	35	18,3	-2,1 (-6,6; 2,6)	25	13,1	-1,5 (-5,2; 7)	49	53,9	-4,9
	F	31	12,9	-0,3 (-5,5; 5,2)	18	7	2,2 (-1,8; 6,5)	55,4	52,1	3,3
Totale ⁽⁷⁾	M	1295	670,3	0,4 (-0,3; 1,1)	569	304,8	-1,1 (-2,2; 0,2)	58	58	0
	F	1126	478,3	1,3 (1; 1,6)	440	172,5	0,2 (-1,2; 1,6)	64,3	64,2	0,1

ASL LE



I vantaggi più rilevanti sono ascrivibili per il genere maschile ai tumori dello stomaco (12 casi in meno, corrispondenti a -13%), i tumori del fegato (13 casi, -12%), i melanomi cutanei (14 casi, -20%), i mesoteliomi (3 casi, -28%) e i linfomi di Hodgkin (4 casi, -27%).

Nel genere femminile maggiori vantaggi vi sono per i tumori gastrici (7 casi, -12%), le neoplasie del fegato (9 casi, -17%), i tumori mammari (41 casi, -6%) e i linfomi non Hodgkin (9 casi, -12%).

Analisi per la provincia FG.

I tumori in eccesso più rilevanti nel genere maschile riguardano le neoplasie di testa e collo (10 casi in eccesso, corrispondenti a +13% circa) e in particolare dei tumori della laringe (7 casi in eccesso, +23%).

	Sesso	Incidenza			Mortalità			Sopravvivenza a 5 anni ⁽¹⁴⁾ (%)		
		Casi medi 2015-2017	TSD ⁽¹⁾ 2015-2017	Trend ⁽²⁾ (IC95%) 2010-2019	Casi medi 2014-2018	TSD ⁽¹⁾ 2014-2018	Trend ⁽²⁾ (IC95%) 2009-2018	Periodo 2013-2017	Periodo 2008-2012	Variazione
Testa e collo	M	71	24,8	-3,1 (-6,8; 0,8)	36	12,9	1,4 (-4; 7)	58,3	56,4	1,9
	F	28	8,2	2,5 (-2,4; 7,7)	9	2,5	1,4 (-4,8; 8,1)	66,2	58,9	7,3
Stomaco	M	60	21,4	-0,6 (-4,6; 3,6)	49	17,8	0,1 (-5,4; 6)	33,2	24,2	9
	F	41	11,4	-1,4 (-7,2; 4,7)	27	7,4	-0,5 (-5,4; 5,9)	34,3	30,8	3,5
Colon, retto e ano	M	226	79,8	-0,5 (-2,6; 1,5)	92	34,4	0,2 (-3,2; 3,7)	62,7	60,7	2
	F	174	49,5	-0,5 (-2,6; 1,7)	66	18,3	-1,8 (-4,5; 1)	64,1	60,9	3,2
Fegato	M	75	26,5	-1,9 (-5,8; 2,1)	64	23,5	-0,8 (-4,4; 2,9)	19,2	21,2	-2
	F	34	9,1	-1,9 (-7,8; 4,3)	31	8,5	-2,8 (-7,4; 1,9)	21,1	15,8	5,3
Pancreas	M	49	17,3	1,5 (-2,9; 6,1)	45	16,3	1,2 (-2,6; 5,2)	8,2	7,4	0,8
	F	55	15,2	3,2 (-1,2; 7,8)	45	12,5	2,8 (-1,4; 7,3)	10,3	4,6	5,7
Polmone	M	274	96,8	-1,3 (-3,7; 1,2)	217	78,8	-3,8 (-5,4; -2,2)	17,8	15,3	2,5
	F	74	21,5	2,7 (-0,7; 6,3)	53	15,2	0,6 (-2,9; 4,2)	24,5	17,3	7,2
Pelle, melanomi	M	56	19,6	4,9 (2,1; 7,8)	10	3,7	-1,8 (-8; 4,7)	84,3	84,7	-0,4
	F	55	17,3	5,8 (1,1; 10,9)	7	2	2,3 (-9,9; 16,2)	83,4	89,5	-6,1
Mammella	F	489	147,6	0,4 (-1,5; 2,3)	112	31,8	-0,4 (-3,9; 3,2)	85,6	86,2	-0,6
	F	21	6,4	-0,4 (-4,6; 3,9)	34	9,7	2,1 (-3,6; 8,1)	57	57,9	-0,9
Utero, collo ⁽¹⁴⁾	F	77	23	0,3 (-2,4; 3,2)				83,8	74,6	9,2
	F	55	16,2	1,4 (-3,3; 6,2)	29	8,3	-1,3 (-5,2; 2,8)	43,6	39	4,6
Prostata	F	348	121,3	1,3 (-0,6; 3,2)	61	24,2	-4,6 (-8,2; -0,9)	94,4	90,1	4,3
	M	49	16,8	1,9 (-1,4; 5,2)	20	7,1	6,8 (2,1; 11,7)	72,7	71,6	1,1
Rene	F	27	7,9	-1,9 (-6,2; 2,6)	10	2,9	2,6 (-4,2; 9,9)	73,5	74,6	-1,1
	M	232	81,8	-1,6 (-3,3; -0,3)	59	22,8	-0,1 (-4,7; 4,7)	79,4	79,1	0,3
Vescica ⁽¹⁵⁾	F	48	13,5	0,6 (-3,7; 5,1)	14	3,7	5,4 (0; 11,1)	77,2	82,5	-5,3
	M	30	10,5	0,2 (-4,5; 5,2)	24	8,5	3,8 (-0,1; 7,9)	23,2	24,8	-1,6
Sistema nervoso centrale, maligno	F	19	5,8	-2,2 (-6,4; 2,3)	12	3,6	-4,7 (-10,5; 1,5)	35,9	26	9,9
	M	35	12,1	-3,8 (-7,4; -0,1)	2	0,9	-3,4 (-13,1; 7,3)	89,8	93,8	-4
Tiroide	F	111	36,7	-1,5 (-3,6; 0,7)	4	1	12,9 (-2,3; 30,4)	95,3	96,5	-1,2
	M	53	18,3	-2 (-6,2; 2,2)	24	8,8	1,8 (-4,6; 8,6)	63,8	58,7	5,1
Linfoma non Hodgkin	F	54	16,2	2 (0; 4,1)	18	4,9	-1,6 (-7,5; 4,7)	56,8	59,4	-2,6
	M	27	9,6	-0,6 (-6,5; 5,1)	17	6,4	3,5 (-3,9; 11,6)	45,6	44,7	0,9
Mieloma	F	22	6,2	-2,7 (-8,6; 3,6)	16	4,3	-1,9 (-7,8; 4,3)	54,5	44,5	10
	M	43	15,2	-4,3 (-8,4; 0,1)	28	10,5	-2,9 (-5,9; 0,1)	57,3	57	0,3
Leucemie ⁽¹⁶⁾	F	40	11,9	-0,9 (-5,7; 4,2)	23	6,5	-1,2 (-5,3; 3)	59,8	52,8	7
	M	1862	654,9	-0,6 (-1; -0,1)	870	321	-1,5 (-2,5; -0,4)	59,1	55,9	3,2
Totale ⁽¹⁷⁾	F	1583	469,5	0,2 (-0,7; 1,1)	611	170	-0,5 (-2,1; 1,1)	64,5	62,8	1,7

ASL FG

In entrambi i generi si osservano eccessi per tumori del sistema nervoso centrale (23 casi in eccesso, pari +9% tra i maschi e +23% tra le femmine) e per le leucemie mieloidi acute (9 casi in eccesso, +34% tra i maschi e +28% tra le femmine).

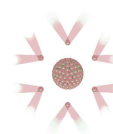
	Sesso	Incidenza			Mortalità			Sopravvivenza a 5 anni ⁽¹⁴⁾ (%)		
		Casi medi 2013-2017	TSD ⁽¹⁾ 2013-2017	Trend ⁽²⁾ (IC95%) 2008-2017	Casi medi 2013-2017	TSD ⁽¹⁾ 2013-2017	Trend ⁽²⁾ (IC95%) 2013-2017	Periodo 2013-2017	Periodo 2008-2012	Variazione
Testa e collo	M	87	29,7	-0,5 (-3,4; 2,6)	33	11,3	-3 (-7,8; 2,1)	60,9	58,1	2,8
	F	23	6,6	1,1 (-4,7; 7,2)	7	1,9	-1,3 (-6,7; 4,3)	61,2	64,4	-3,2
Stomaco	M	68	23,7	-1,5 (-4,3; 1,4)	49	17,2	-1,8 (-3,7; 0)	31,8	26,6	5,2
	F	48	12,9	0,7 (-3; 4,5)	32	8,3	-1 (-3,8; 2)	28,7	28,4	0,3
Colon, retto e ano	M	242	84,6	-2,4 (-3,8; -1)	109	38,4	0 (-2,3; 2,3)	62,6	62,2	0,4
	F	189	52,9	-2,7 (-3,6; -1,7)	75	19,2	-2,7 (-4,6; -0,7)	65,6	62,6	3
Fegato	M	80	27,8	-2,5 (-5,1; 0,2)	60	20,9	-1,4 (-4,1; 1,4)	18,9	17,3	1,6
	F	33	8,9	-4,9 (-9,9; 0,4)	32	8,3	0,3 (-4,9; 5,8)	19	18,6	0,4
Pancreas	M	53	18,2	2 (0; 4,1)	44	15,2	1,3 (-0,7; 3,4)	14,6	6,7	7,9
	F	50	13,9	1,1 (-3,4; 5,8)	42	11,3	2 (-2,9; 7)	7,9	10,4	-2,5
Polmone	M	251	88,2	-1,7 (-3,4; -0,1)	201	70,5	-2,2 (-3,5; -0,8)	15,7	15,4	0,3
	F	66	18,9	3,4 (1,4; 5,4)	46	12,5	-0,1 (-2,2; 2)	33,4	21,6	11,8
Pelle, melanomi	M	60	20,2	4,1 (1,2; 7,2)	9	3,2	2,1 (-3,1; 7,6)	86,9	82,2	4,7
	F	51	15,4	2,8 (-0,4; 6,1)	7	1,9	5,1 (-2,1; 12,6)	94,2	92,8	1,4
Mammella	F	475	140	1,7 (-0,4; 3,9)	106	29,2	-1,7 (-3,4; 0,1)	84,7	85,3	-0,6
	F	24	7,2	-0,5 (-5,2; 4,5)				56,1	71,3	-15,2
Utero, collo ⁽¹⁴⁾	F	82	24,4	1,1 (-3,1; 5,3)	29	8,3	1,4 (-2,7; 5,7)	0	73,4	3,3
	F	54	15,9	0,1 (-3,3; 3,4)	30	8,3	0 (-3,7; 3,8)	38,6	34,9	3,7
Prostata	F	329	115,4	-4,6 (-5,8; -3,5)	81	29,8	-2,3 (-4,2; -0,4)	90,8	91,4	-0,6
	M	45	15,4	-2,4 (-4,9; 0,1)	17	5,9	1,5 (-4,1; 7,4)	73,8	65	8,8
Rene	F	24	6,9	0,7 (-4,9; 6,7)	10	2,7	0,3 (-10,1; 11,8)	72	70,1	1,9
	M	220	77,2	-1,2 (-3,2; 0,7)	53	18,8	-1,8 (-3,8; 0,3)	80,8	79,7	1,1
Vescica ⁽¹⁵⁾	F	39	11,1	-0,3 (-4,5; 4,1)	11	2,6	-5,8 (-14; 3,2)	80,6	80,4	0,2
	M	30	10,4	-4,5 (-7,6; -1,4)	22	7,5	-1,8 (-8,5; 5,5)	25,7	19,4	6,3
Sistema nervoso centrale, maligno	F	27	7,7	1,3 (-1,4; 4)	15	4,2	-0,9 (-6; 4,3)	32,6	31,9	0,7
	M	20	6,6	-5,5 (-9,8; -1)	3	1	5,9 (-8,2; 22,1)	92,5	90,9	1,6
Tiroide	F	54	16,6	-5,2 (-9,3; -1)	3	0,8	-6,9 (-17,8; 5,5)	90,5	93,7	-3,2
	M	59	20,2	-0,4 (-3,7; 3)	19	6,7	-1 (-8,4; 7)	70,9	67	3,9
Linfoma non Hodgkin	F	52	15	1,7 (-1,9; 5,4)	18	4,6	2,8 (-0,8; 6,6)	70,8	69,9	0,9
	M	29	9,9	-6,2 (-11,7; -0,4)	15	5,4	-4,2 (-11,2; 3,3)	60,1	50,5	9,6
Mieloma	F	30	8,7	1,5 (-1,4; 4)	14	3,8	2,6 (-4,7; 10,3)	53,2	63,9	-10,7
	M	57	19,7	0,1 (-2,2; 2,4)	33	11,8	0,2 (-5,5; 6,3)	51,4	46,9	4,5
Leucemie ⁽¹⁶⁾	F	40	11,2	-3,4 (-7,9; 1,5)	29	7,8	0,1 (-6,5; 6,5)	53,1	46,9	6,2
	M	1863	646,7	-2 (-2,8; -1,4)	863	304,3	-1,3 (-1,9; -0,6)	59,7	58,6	1,1
Totale ⁽¹⁷⁾	F	1532	441,2	0 (-0,5; 0,6)	600	160	-0,8 (-1,8; 0,3)	64,3	63,3	1

ASL TA

I vantaggi più rilevanti riguardano soprattutto i tumori della tiroide, in entrambi i generi (53 casi in meno, pari a circa il 40% in meno). Altre neoplasie con evidente minore incidenza sono i tumori della vescica (-26 casi) e del polmone (-19 casi) in entrambi i generi e i mesoteliomi (3 casi in meno, pari a -40% rispetto al dato medio regionale).

Analisi per la provincia TA.

Gli eccessi più rilevanti nel genere maschile riguardano le neoplasie



prostatiche (25 casi in eccesso, corrispondenti a +8% circa), quelle del polmone (oltre 14 casi in più e quasi +6%) e il mesotelioma (10 casi oltre l'atteso, con +112%).

Nel genere femminile si osservano eccessi per i tumori mammari (34 casi, +7%), tiroidei (25 casi, +29%), i melanomi cutanei (6 casi, +12%) e le leucemie mieloidi acute (5 casi, +41%).

I vantaggi più rilevanti sono osservabili per il genere maschile tra le malattie mieloproliferative croniche e sindromi mielodisplastiche (12 casi in meno, corrispondenti a -23%), i linfomi non Hodgkin (7 casi, -12%) e i tumori del colon-retto (5 casi, -2%).

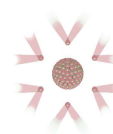
Nel genere femminile si osservano maggiori vantaggi per le malattie mieloproliferative croniche e sindromi mielodisplastiche (15 casi, -36%), i tumori colo-rettali (14 casi, -7%), le neoplasie maligne del sistema nervoso centrale (5 casi, -20%) e i mielomi (5 casi, -18%).

L'analisi per quanto attiene l'ambito provinciale di Bari è reso impossibile dalla mancata pubblicazione del report da parte del Registro Tumori regionale. Valgono al riguardo pertanto, le considerazioni effettuate sull'ambito regionale da quale sono stati estrapolati i dati.

2.a.1.3. La valenza assistenziale dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari nel SSN e SSR

L'Istituto, allo stato attuale, ha una connotazione eminentemente regionale ed è ancor più prevalentemente – come ovvio – sia per ragioni di collocazione territoriale che di densità di popolazione – dedito all'assistenza della popolazione residente in Provincia di Bari (tra il 67% e l'84% a seconda delle strutture, con una media del 75%). L'analisi della distribuzione della provenienza dei ricoveri è, difatti, la seguente:

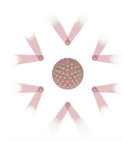
Struttura	Numero ricoveri 2023*	
Oncologia Medica Polmonare	223	
Extra UE	2	0,8%
Fuori Regione	5	2,4%
Erogazione in ASL Bari	177	79,4%
Erogazione in Regione	39	17,5%
Chirurgia Senologica	526	
Extra UE	2	0,4%
Fuori Regione	23	4,4%
Erogazione in ASL Bari	333	63,3%
Erogazione in Regione	168	31,9%
Chirurgia Generale Oncologica	295	
Fuori Regione	31	10,3%
Erogazione in ASL Bari	211	71,6%
Erogazione in Regione	53	18,0%
Radiodiagnostica interventistica	124	
Extra UE	1	0,8%
Fuori Regione	2	1,7%



Erogazione in ASL Bari	96	77,7%
Erogazione in Regione	25	19,8%
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	472	
Extra UE	2	0,4%
Fuori Regione	14	3,0%
Erogazione in ASL Bari	353	74,8%
Erogazione in Regione	103	21,9%
Chirurgia Toracica	558	
Extra UE	6	1,0%
Fuori Regione	23	4,2%
Erogazione in ASL Bari	416	74,5%
Erogazione in Regione	113	20,3%
Ematologia	326	
Extra UE	3	1,0%
Fuori Regione	7	2,1%
Erogazione in ASL Bari	272	83,6%
Erogazione in Regione	44	13,4%
Ginecologia Oncologica	389	
Extra UE	1	0,3%
Fuori Regione	15	3,9%
In ambito UE	1	0,3%
Erogazione in ASL Bari	263	67,5%
Erogazione in Regione	109	28,1%
Otorinolaringoiatria	119	
Fuori Regione	3	2,1%
Erogazione in ASL Bari	100	84,2%
Erogazione in Regione	16	13,7%
Urologia	241	
Fuori Regione	11	4,5%
Erogazione in ASL Bari	203	84,1%
Erogazione in Regione	27	11,4%
Terapia Intensiva Post Operatoria - Rianimazione	10	
Erogazione in ASL Bari	7	66,7%
Erogazione in Regione	3	33,3%
Oncologia Medica	390	
Extra UE	2	0,5%
Fuori Regione	16	4,1%
Erogazione in ASL Bari	297	76,1%
Erogazione in Regione	75	19,3%

Alcune strutture manifestano una maggiore attrattività in ambito extra-regionale (evidenziate in verde nella tabella precedente). In tal caso i pazienti provengono prevalentemente dalle Regioni limitrofe ed in particolare dalla Regione Basilicata o in subordine dalla Calabria o in misura minore dalla Campania.

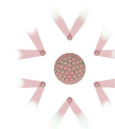
La migrazione extra-comunitaria è legata al fenomeno stanziale dell'immigrazione.



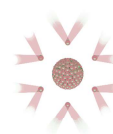
Struttura	Numero ricoveri 2023*	
Oncologia Medica Polmonare	5	
Basilicata	5	100,0%
Chirurgia Senologica	23	
Campania	2	9,5%
Basilicata	14	61,9%
Calabria	7	28,6%
Chirurgia Generale Oncologica	31	
Campania	1	3,7%
Basilicata	23	74,1%
Calabria	3	11,1%
Sicilia	2	7,4%
Lombardia	1	3,7%
Radiodiagnostica interventistica	2	
Basilicata	2	100,0%
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	14	
Molise	1	7,7%
Basilicata	11	76,9%
Calabria	2	15,4%
Chirurgia Toracica	23	
Campania	2	9,5%
Basilicata	20	85,7%
Calabria	1	4,8%
Ematologia	7	
Basilicata	6	83,3%
Calabria	1	16,7%
Ginecologia Oncologica	15	
Basilicata	11	71,4%
Calabria	3	21,4%
Friuli Venezia Giulia	1	7,1%
Otorinolaringoiatria	3	
Campania	3	100,0%
Urologia	11	
Basilicata	8	70,0%
Calabria	3	30,0%
Oncologia Medica	16	
Basilicata	10	64,7%
Calabria	6	35,3%

In ambito regionale la provenienza dei pazienti è in grande parte provinciale, con le rimanenti provenienze regionale prevalentemente dalle ASL limitrofe con prevalenza della ASL BT, in particolar modo per la chirurgia senologica e ginecologica (con punte del 20%). Anche dalla ASL TA per le chirurgie generale, senologica, plastica e toracica la migrazione attiva è intorno al 7%. Dalla ASL BR le chirurgie senologica, ginecologica e toracica e le oncologie mediche si attestano a valori intorno al 4-5%.

Struttura	Numero ricoveri 2023*	



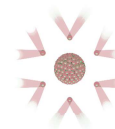
Oncologia Medica Polmonare	216	
ASL Brindisi	11	4,9%
ASL Taranto	5	2,5%
ASL Barletta - Andria -Trani	19	9,0%
ASL Bari	177	82,0%
ASL Lecce	4	1,6%
Chirurgia Senologica	501	
ASL Brindisi	20	3,9%
ASL Taranto	39	7,9%
ASL Barletta - Andria -Trani	99	19,7%
ASL Bari	333	66,4%
ASL Foggia	2	0,4%
ASL Lecce	8	1,5%
Chirurgia Generale Oncologica	264	
ASL Brindisi	4	1,7%
ASL Taranto	18	6,8%
ASL Barletta - Andria -Trani	23	8,5%
ASL Bari	211	79,9%
ASL Foggia	6	2,1%
ASL Lecce	2	0,9%
Radiodiagnostica interventistica	121	
ASL Brindisi	1	0,8%
ASL Taranto	9	7,6%
ASL Barletta - Andria -Trani	13	10,2%
ASL Bari	96	79,7%
ASL Foggia	1	0,8%
ASL Lecce	1	0,8%
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	456	
ASL Brindisi	11	2,4%
ASL Taranto	32	7,0%
ASL Barletta - Andria -Trani	53	11,6%
ASL Bari	353	77,3%
ASL Foggia	2	0,5%
ASL Lecce	5	1,2%
Chirurgia Toracica	529	
ASL Brindisi	19	3,6%
ASL Taranto	32	6,1%
ASL Barletta - Andria -Trani	47	8,8%
ASL Bari	416	78,6%
ASL Foggia	4	0,8%
ASL Lecce	11	2,1%
Ematologia	316	
ASL Brindisi	10	3,2%
ASL Taranto	5	1,4%
ASL Barletta - Andria -Trani	19	6,0%
ASL Bari	272	86,2%



ASL Foggia	8	2,5%
ASL Lecce	2	0,7%
Ginecologia Oncologica	372	
ASL Brindisi	16	4,4%
ASL Taranto	16	4,4%
ASL Barletta - Andria -Trani	63	16,9%
ASL Bari	263	70,6%
ASL Foggia	11	2,9%
ASL Lecce	3	0,9%
Otorinolaringoiatria	116	
ASL Brindisi	5	4,3%
ASL Taranto	4	3,2%
ASL Barletta - Andria -Trani	5	4,3%
ASL Bari	100	86,0%
ASL Foggia	2	2,2%
Urologia	230	
ASL Brindisi	8	3,5%
ASL Taranto	8	3,5%
ASL Barletta - Andria -Trani	8	3,5%
ASL Bari	203	88,1%
ASL Foggia	1	0,5%
ASL Lecce	2	1,0%
Terapia Intensiva Post Operatoria - Rianimazione	10	
ASL Taranto	2	22,2%
ASL Barletta - Andria -Trani	1	11,1%
ASL Bari	7	66,7%
Oncologia Medica	372	
ASL Brindisi	18	5,0%
ASL Taranto	15	4,0%
ASL Barletta - Andria -Trani	31	8,3%
ASL Bari	297	79,8%
ASL Foggia	3	0,8%
ASL Lecce	8	2,3%

Tra i reparti la cui occupazione per i quali la percentuale di da pazienti residenti in provincia di Bari è inferiore all'80% vi sono:

- La **Chirurgia Mammaria** con una popolazione assistita che proviene dalla provincia di **Bari** in circa il **66%** dei casi, mentre una buona percentuale, quasi del **20 %** proviene dalla **BAT** e circa nel **8%** dei casi dalla provincia di **Taranto**.
- La **Ginecologia**, la cui popolazione assistita +proviene dalla provincia di **Bari** in poco più del **70%** dei casi, ma anche dalla **BAT** nel **16,9%** e dalle provincie di **Brindisi e Taranto** per il **4,4%** circa ciascuna.



- La **Chirurgia Plastica** assiste pazienti **baresì nel 77,3%** dei casi, mentre significative sono le migrazioni attive da **BAT (11,6%)** e da **Taranto (7%)**.
- La **Chirurgia Toracica** ha una buona attrattività regionale poiché sebbene il **78,6%** dei pazienti proviene dalla Provincia di **Bari**, mentre quasi il **9%** proviene dalla **BAT**, il **6%** da **Taranto** (anche per note motivazioni epidemiologiche).
- La **Chirurgia Generale** oltre al **79,9%** di pazienti della provincia di **Bari** riceve assistiti provenienti da **BAT nell'8,5%** dei casi e da **Taranto nel 6,8%**.
- Performance quasi analoga a quella della **Radiodiagnostica Interventistica** che effettua procedure sul **79,7% di baresi**, assieme ad assistiti provenienti da **BAT nel 10,2%** dei casi e da **Taranto nel 7,6%**.
- I reparti di Area Medica (Ematologia, Oncologia Medica e Oncologia Medica per la Patologia Polmonare) per fattori strutturali (spazi e personale) assistono in grande misura pazienti della provincia di Bari nell'80% e poi prevalentemente dalla provincia di BAT;
- Infine le chirurgie Otorinolaringoiatrica e Urologica superano l'85% dei ricoveri in provincia di Bari anche in questo caso per carenze tecnologico-strutturali (chirurgia robotica assente).

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

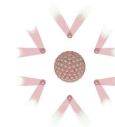
Il quadro sinottico degli obiettivi che la Direzione dell'Istituto deve considerare vincolanti per l'indirizzo della propria azione manageriale sono riassumibili nell'insieme degli obiettivi di seguito descritti:

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

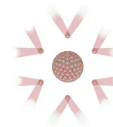
2.a.2.1. Obiettivi vincolanti a pena di decadenza contenuti nel contratto stipulato dal Direttore Generale.

Gli obiettivi inclusi nel contratto di affidamento dell'incarico di Direzione Generale all'attuale Direttore Avv. Alessandro Delle Donne sono i seguenti:

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



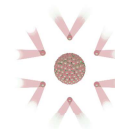
OPD-2	Equilibrio economico-finanziario	Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazione delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio, ovvero entro i limiti delle assegnazioni effettuate annualmente attraverso il Documento di Indirizzo Economico Funzionale delle Aziende ed Enti del SSR (DIEF). La certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati deve essere assicurata entro il 30 settembre qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata nel primo o nel secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre; in caso contrario la Regione dichiara la decadenza dei direttori generali. Qualora per esigenze straordinarie si renda necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste ed incompatibili con gli obiettivi, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili ed urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali le Aziende danno comunicazione alla Giunta Regionale entro i successivi quindici giorni. La decadenza opera, in particolare, nei seguenti casi: : a) mancata o incompleta presentazione della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale; b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalla Regione all'art. 33 della L.R. 38/1994 s.m.i.; c) mancata trasmissione alla Regione del piano di rientro ovvero esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro [art. 1, commi 528, 534 e 535, della Legge n. 208/2015]; d) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre, come sopra indicato.	D.Lgs. 171/2016 s.m.i.; L.R. 38/1994, art. 33, co. 2; L.R. 28/2000, art. 24, co. 2; L.R. n. 32/2001, art. 10; L. 289/2002, art. 52, co. 4, lett. d); Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 6, co. 2, recepita dalla L. 266/2005 (Finanziaria 2006), art. 1, co. 274
OPD-3	Legalità, trasparenza e gestione amministrativa	Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione	D.Lgs. 171/2016 e ss.mm.ii., art. 2, co. 5



OPD-4	Acquisto di beni e servizi.	• Obbligo di ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia S.p.A. quale centrale regionale di committenza ai sensi o, in mancanza, di convenzioni attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, vige comunque l'obbligo di ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o da InnovaPuglia S.p.A.. • Obbligo di approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'art. 9, co. 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, del soggetto aggregatore InnovaPuglia S.p.A. ovvero della CONSIP. • Rispetto della programmazione regionale, con la quale sono individuate le categorie di beni e servizi che devono acquisire obbligatoriamente in forma aggregata o comunque facendo ricorso al Soggetto aggregatore regionale ai sensi dell'art. 21 della L.R. n. 37/2014.	Legge n. 296/2006 art. 1, co. 449; D.L. n. 95/2012 art. 15, co. 13, lett. d); L.R. n. 37/2014 art. 20; Legge n. 208/2015, all'art. 1, co. 548,
OPD-5	Attività libero-professionale intramuraria	Garanzia dell'esercizio dell'attività	L. 120/2007, art. 1, co. 7
OPD-6	Flussi informativi	Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti dati ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	L.R. 4/2003, art. 32, co. 2
OPD-7	Controllo spesa farmaceutica	Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento.	L. n. 347 del 18/9/2001 convertito in L. 405/2001; Delibera di Giunta Regionale n. 1718 del 19/11/2004
OPD-8	Obiettivi di salute ed assistenziali (efficacia, efficienza, sicurezza)	Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali, definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.	L. 190/2014 (Legge Stabilità 2015), art. 1, co. 567; D.Lgs. 502/1992, art. 3-bis, co. 7-bis; D.Lgs. n. 171/2016, art. 2, co. 3, lett. a)
OPD-9	Governo delle Liste di Attesa	Adozione ed attuazione del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente.	L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019

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

Gli obiettivi riportati nella Decreto del Presidente della Giunta Regione Puglia n. 34 del 9 febbraio 2022 con cui veniva l'Avv. Alessandro Delle Donne veniva nominato Direttore Generale dell'Istituto sono i seguenti:



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

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

I contratti stipulati con i Direttori generali delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere ed IRCCS, secondo lo schema approvato - da ultimo - con la D.G.R. n. 1487 del 2/8/2019, prevedono anch'essi che annualmente vengano stabiliti degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi.

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1558 del 13 novembre 2023 sono stati stabiliti gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

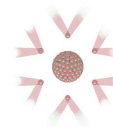
La predetta Delibera è stata trasmessa dal Dipartimento Regionale "Salute" precisando contestualmente che gli obiettivi per le Direzioni Generali degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico sono assegnati dai rispettivi Consigli di Indirizzo e Verifica.

Preso atto però, che nell'Allegato alla Deliberazione di Giunta Regionale citata, riportante il dettaglio degli obiettivi assegnati è presente l'indicazione che gli stessi sono validi per Aziende Ospedaliere ed IRCCS, il Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" ha ritenuto di tenere in debito conto, anche per una necessaria armonizzazione delle politiche amministrative regionali, di tali obiettivi laddove realmente applicabili alla realtà di un IRCCS.

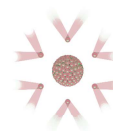
Ha così proceduto ad estrapolare dall'insieme degli obiettivi riportati nell'Allegato alla DGR 1558/2023 quelli per cui era possibile l'applicazione all'Istituto e ad elaborarli di modo da renderli applicabili in modo analogo alle previsioni della predetta Delibera di Giunta.

In data 18 gennaio 2023, con verbale n. 1 del 2024, il Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" ha assegnato i seguenti obiettivi di esercizio:

Sostenibilità economica: (33)			
Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 ≤ 0	→	10	AGREF / Controllo di Gestione
"Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario" secondo quanto prescritto dal comma n.174, art. 1 della Legge n. 311/2004: - Entro il 1 febbraio dell'anno successivo all'esercizio di riferimento – Trasmissione, previo invio di apposite linee guida, dell'istruttoria economica con riferimento all'esercizio economico precedente: - CE IV trimestre (modello NSIS) al lordo e al netto delle quote sociali; - CE IV trimestre Esteso in formato excel; - Tabella Quadratura CE A0030 e CE A0070; - Riepilogo Note di credito Farmaci; - Dettagli su Accantonamenti, Voci straordinarie e Svalutazioni; - Riepilogo Tetti e spesa ospedaliera–specialistica da privato; - Dettaglio investimenti con fondi propri (excel e relazione); - Altri dettagli richiesti nelle LL.GG. - Entro il 15 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento – Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico dell'esercizio precedente, della bozza del modello CE e del modello SP; - Entro il 29 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento – Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico precedente, del modello CE e del modello SP definitivi	→	10	
Trasmissione, entro il 30 giugno, del Bilancio di verifica per Centro di costo in quadratura con il Bilancio dell'esercizio relativo all'esercizio precedente	→	9	
Trasmissione, entro il 01 agosto, del Bilancio di verifica per Centro di costo al 30.06.2024 in quadratura con il Conto Economico– Modello CE al 30.06.2024	→	4	



"Sanità Digitale", "Investimenti Strutturali" tra cui gli adempimenti PNRR: (10)			
(Sanità digitale) Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%	→	1	UOSE / Controllo di Gestione
(Sanità digitale) N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%	→	1	
(Sanità digitale) N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%.	→	1	
(Sanità digitale) N.ro delle cartelle digitali rispetto al totale delle cartelle > 25%...	→	1	
(Investimenti strutturali) Raggiungimento del target di spesa nel rispetto degli obblighi previsti da PNRR nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR) secondo MIR/MIRWEB	→	2	Area Gestione Tecnica
(Investimenti strutturali) Corretta implementazione dei dati nel sistema MIR per consentire la chiusura del programma 2014/2020 secondo MIR/MIRWEB	→	2	
(Investimenti strutturali) Raggiungimento degli indicatori fissati nel CIS secondo REGIS	→	2	
Accreditamento: (5)			
Predisposizione e trasmissione alla Regione ed al Servizio Qu.Ota – Aress delle autocertificazioni e griglie di valutazione relative ai percorsi di qualità di cui ai Manuali del RR 16/2019 – fase plan e fase do	→	5	Area Gestione Tecnica / Direzione Sanitaria
Rischio clinico: (3)			
Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali (applicabili alla propria realtà aziendale) monitorandone l'attuazione ≥ 90%	→	2	Clinical Risk Management e Qualità
Elaborazione di relazione annuale sugli eventi avversi ed il Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS) secondo le Linee di Indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente (CRRIS) istituito presso AReSS Puglia	→	1	
Medicina di Genere :(2)			
Organizzazione corso formativo per il personale sanitario in materia di Medicina di Genere	→	2	Formazione
Assistenza Ospedaliera - Qualità/appropriatezza: (26)			
Quota di <u>interventi per tumore maligno della mammella</u> eseguiti in reparti con volume di attività <u>superiore a 150</u> interventi annui	→	7	UOSE
Quota di interventi per tumore maligno del colon eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 50 interventi annui(10% tolleranza)	→	7	
Degenza Media pre-operatoria <1,64 gg.	→	4	
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010–2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario ≤ 21%	→	5	
Rispetto tempi di attesa previsti per pazienti con sospetta diagnosi di tumore ≤ 72 h	→	3	
Prevenzione e Promozione della Salute: (5)			
Livello di qualità, completezza e tempestività nei flussi informativi previsti dal questionario LEA, da disposizioni nazionali e regionali afferenti all'ambito della prevenzione e della promozione della salute (Questionario LEA+Obblighi informativi Puglia).....	→	2	UOSE / Direzione Sanitaria
Completamento del progetto RISP per la prevenzione delle neoplasie polmonari..	→	2	
Elaborazione di piano per le attività di prevenzione nei pazienti con predisposizione genetica	→	1	
Ricerca Scientifica: (12)			



Integrazione degli obiettivi della Ricerca nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2024-2026	→	6	Controllo di Gestione
Aumento dell'Impact Factor del 5% rispetto al 2023	→	6	Direzione Scientifica
Assistenza Farmaceutica: (4)			
Attuazione delle misure organizzative finalizzate al monitoraggio della spesa farmaceutica e dispositivi medici e per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva (ed DGR 513/2023 e 514/2023)	→	4	Farmacia

2.b. Sottosezione Performance

2.b.1. Analisi generale assistenza

2.b.1.1. Analisi generale assistenza in regime di ricovero

I tempi di chiusura delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), ordinativamente fissati al 10 del mese successivo alla data di dimissione del paziente, consentono una definitiva contabilizzazione della produzione di esercizio 2023 solo dopo il 10 febbraio del 2024, data incompatibile con la scadenza del Piano Integrato dell'Organizzazione e delle Attività, fissata al 31 gennaio di ciascun esercizio.

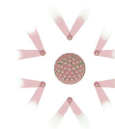
Considerata però la limitata entità delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) ancora non "validate" nella piattaforma del Sistema Informativo Sanitario Regionale "Edotto", che alla data di redazione del presente Piano, sono pari a 121 per i ricoveri ordinari e 22 ricoveri in Day Hospital, e la possibilità di valorizzare i dati di produzione in regime di ricovero:

- Per quanto attiene al ricavo ipotizzando per ciascuna delle SDO un importo pari al valore medio dell'importo dei DRG prodotti dalla struttura nel 2023;
- Per quanto attiene al peso ed alla degenza medi ritenendo valido il valore attinto con le schede già validate in quanto le ulteriori potranno incidervi in maniera scarsamente significativa,

è possibile fornire con sufficiente precisione l'analisi della performance tecnico-economica dell'assistenza in regime di ricovero nel precedente esercizio al fine di meglio pianificare gli interventi organizzativi e le azioni correttive utili a migliorare efficacia ed efficienza delle prestazioni rese.

La produzione di assistenza sanitaria in regime di ricovero nell'anno 2023, sta progressivamente riacquistando la propria regolare operatività dopo le persistenti limitazioni connesse alle procedure di prevenzione dall'infezione da Covid-19, per le quali i pazienti dovevano permanere in stanza singola per le prime 72 ore attendendo l'esito negativo del tampone molecolare, e che quindi limitavano i fattori di occupazione dei posti letto. Tali procedure hanno continuato ad essere applicate soltanto nei primi mesi del 2023.

Sono però intervenuti ulteriori fattori limitanti le capacità produttive, in particolar modo per quanto attiene i due principali interventi previsti dal PIAO 2023-2025;



- potenziamento dell'attività chirurgica mediante stabile disponibilità di un turno chirurgico anche nella 4° sala operatoria rispetto alle 3 precedentemente operanti;
- ripresa e potenziamento delle procedure di trapianto di midollo sia autologo che allogenico nel Reparto di Ematologia e Terapie Cellulari atteso l'avvenuto completamento, nel corso del 2022, dei lavori di manutenzione straordinaria con cui sono state realizzate 5 stanze di terapia semi-intensiva ad elevato grado di asepsi.

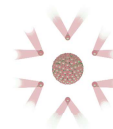
Il fattore determinante che ha limitato le capacità di crescita della produzione è stato quello introdotto dalla D.G.R. n. 412 del 28 marzo 2023, con cui la Giunta Regionale Pugliese, tenuto conto dell'entità del disavanzo regionale prodottosi nel 2022, ha stabilito una serie di misure volte a porre sotto controllo l'impiego di risorse umane per la produzione dei servizi del SSR, le quali avrebbero dovuto garantire:

- ricavi correlati alla produzione dei servizi che eguagliassero almeno i livelli di produzione raggiunti nel 2019 colti sulle assunzioni, anche per sostituzione di personale in quiescenza, maternità, aspettativa, malattia prolungata, ecc.
- contenimento della spesa per il personale adottando un controllo centralizzato della sua evoluzione, disponendo che tutte le tipologie di reclutamento di personale del SSR del comparto e della dirigenza, ivi comprese le assunzioni a tempo determinato e indeterminato, nonché il conferimento di nuovi incarichi di direzione di struttura complessa e di struttura semplice di tutte le articolazioni aziendali, di direzione di Dipartimento ospedaliero e territoriale dovessero essere preventivamente autorizzate da parte della Giunta Regionale.

Sebbene, come verrà ampiamente dimostrato, l'Istituto può vantare tra i presidi ospedalieri a gestione autonoma (AOU ed IRCCS) di gran lunga il miglior rapporto tra valore della produzione e costo del personale, a lungo non sono state autorizzate assunzioni del personale. Si è così determinata una grave carenza di personale di supporto all'attività operatoria, soprattutto nel comparto infermieristico che non ha consentito, se non in maniera abbastanza residuale, di utilizzare la 4° sala operatoria pur tecnicamente disponibile per l'attività interventistica.

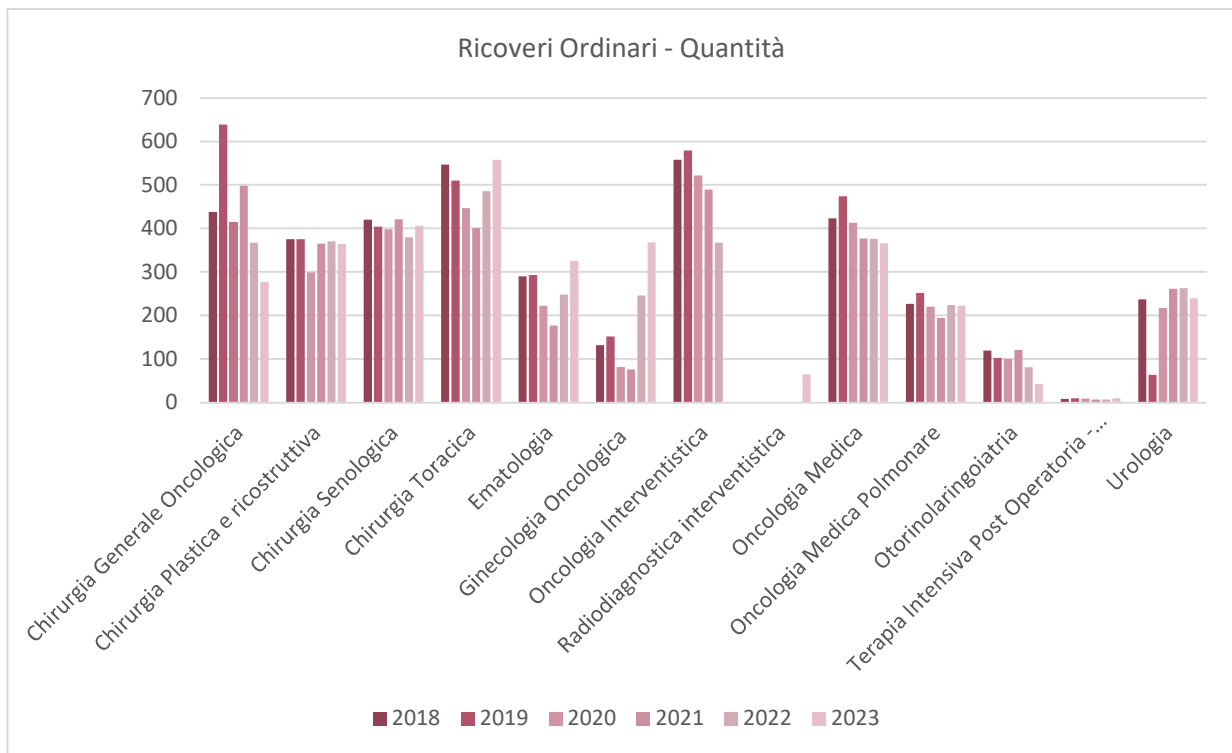
Per quanto attiene al secondo intervento, le procedure per l'ottenimento dell'accreditamento istituzionale all'utilizzo operativo delle 5 nuove stanze di terapia semi-intensiva realizzate nel reparto di Ematologia e Terapie Cellulari, si sono prolungate oltre misura pervenendo ad un'autorizzazione parziale delle stesse, fattore che ha limitato la possibilità di effettuare la prevista quantità di trapianti che pur hanno condotto comunque, nonostante la loro più limitata quantità ad un incremento di produzione da parte della struttura particolarmente significativo.

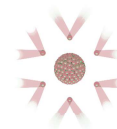
Infine, stante l'inveterata attitudine dei pazienti, soprattutto nell'ambito dell'assistenza interventistica, a far riferimento al nome del chirurgo piuttosto che alla documentata qualità organizzativa ed agli esiti, il recupero di produzione nei due reparti di Chirurgia Generale Oncologica e di Oncologia Interventistica, continuano a presentare un significativo calo di produzione.



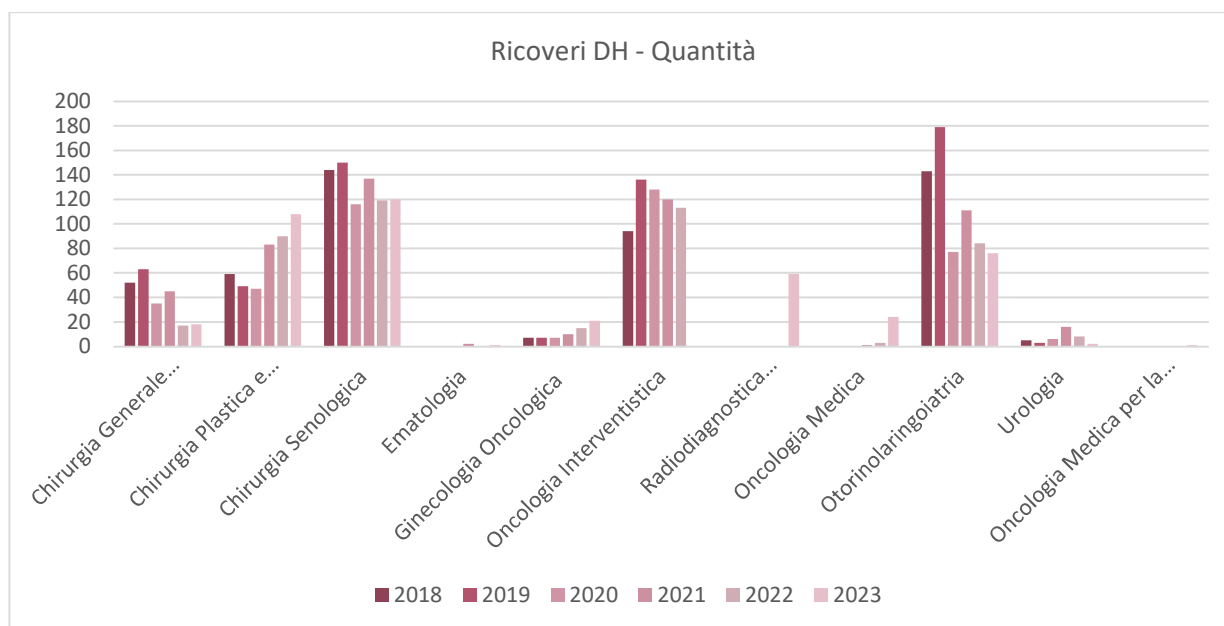
Di seguito si riportano i dati e le rappresentazioni grafiche della produzione in regime di ricovero sia in termini di numero di ricoveri sia in termini di ricavi quantificati in €, nel corso dell'ultimo quinquennio e la comparazione con la produzione del precedente esercizio e quella ante-Covid.

Quantità ricoveri ordinari	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2023 - 2022	Δ % 2023 - 2022	Δ 2023 - 2019	Δ % 2023 - 2019
Chirurgia Generale Oncologica	438	639	415	498	367	277	-90	-24,5%	-362	-56,7%
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	375	375	299	365	370	364	-6	-1,6%	-11	-2,9%
Chirurgia Senologica	420	404	398	421	380	406	26	6,8%	2	0,5%
Chirurgia Toracica	547	510	447	401	486	558	72	14,8%	48	9,4%
Ematologia	290	293	222	177	248	325	77	31,0%	32	10,9%
Ginecologia Oncologica	132	152	82	76	246	368	122	49,6%	216	142,1%
Oncologia Interventistica	558	579	522	489	367		-367		-579	
Radiagnostica interventistica						65	65		65	
Oncologia Medica	423	474	413	377	376	366	-10	-2,7%	-108	-22,8%
Oncologia Medica Polmonare	227	252	220	194	224	222	-2	-0,9%	-30	-11,9%
Otorinolaringoiatria	119	102	100	121	81	43	-38	-46,9%	-59	-57,8%
Terapia Intensiva Post Operatoria - Rianimazione	8	10	9	7	7	10	3	42,9%	0	0,0%
Urologia	237	63	217	261	263	239	-24	-9,1%	176	279,4%
Totale complessivo	3.774	3.853	3.344	3.387	3.415	3.243	-172,00	-5,0%	-610,00	-15,8%



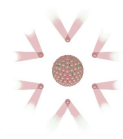


Quantità ricoveri DH	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2023 - 2022	Δ % 2023 - 2022	Δ 2023-2019	Δ % 2023 - 2019
Chirurgia Generale Oncologica	52	63	35	45	17	18	1	5,9%	-45	-71,4%
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	59	49	47	83	90	108	18	20,0%	59	120,4%
Chirurgia Senologica	144	150	116	137	119	120	1	0,8%	-30	-20,0%
Ematologia	0	0	0	2	0	1	1		1	
Ginecologia Oncologica	7	7	7	10	15	21	6	40,0%	14	200,0%
Oncologia Interventistica	94	136	128	120	113		-113	-100,0%	-136	-100,0%
Radiodiagnostica interventistica						59	59		59	
Oncologia Medica	0	0	0	1	3	24	21	700,0%	24	
Otorinolaringoiatria	143	179	77	111	84	76	-8	-9,5%	-103	-57,5%
Urologia	5	3	6	16	8	2	-6	-75,0%	-1	-33,3%
Oncologia Medica per la Patologia Toracica						1	1		1	
Totale complessivo	504	587	416	525	449	430	-19	-4,2%	-157	-26,7%



Strutture Chirurgiche di ricovero.

L'analisi del numero totale di ricoveri effettuati nel 2023 rispetto al precedente esercizio, conferma **l'effetto di contrazione produttiva determinato dalla improvvisa cessazione dal servizio dei 2 primari della Chirurgia Generale e della Oncologia Interventistica**, avvenuto nel 2022 i quali sia in termini di affidamento fiduciario dei pazienti, che di vera e propria attività capacità produttiva in sala, hanno comportato cospicue ripercussioni, come già avvenuto nel



pregresso per la Chirurgia Toracica, oggi finalmente, dopo quasi 4 anni, in fase di recupero e superamento dei precedenti livelli di produzione.

Il concorso pubblico per la sostituzione dei Direttori di tali strutture, pur bandito con grande tempestività, ha potuto essere completato, nel primo caso, solo nei primi giorni del 2023 con una contrattualizzazione completata solo a Marzo 2023, mentre, nel secondo caso, la procedura, pur completata nei primi mesi di Settembre, dovrà essere ribandita a seguito della rinuncia - dopo qualche mese dalla firma del contratto - del primario neo-nominato.

Il dato è comunque quello di una **perdita di produzione, rispetto ai livelli di produzione ante-Covid, di oltre 350 ricoveri nel caso della Chirurgia Generale ed oltre 550 ricoveri nel caso dell'Oncologia Interventistica**, oggi trasformata in Radiodiagnostica Interventistica.

Si tratta di un calo di produzione che assieme alla scarsa **disponibilità della 4° sala operatoria** e di **mancata integrazione di personale chirurgo**, non ha consentito alle altre strutture, particolarmente attrattive e con lunghe liste di attesa, di compensare con adeguati incrementi di produzione.

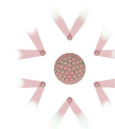
Da tali fattori sono state difatti penalizzate le attività operatorie della **Ginecologia** che, ciononostante ha prodotto **oltre 200 interventi chirurgici in più del 2019**, così come la **Chirurgia Toracica**, che ne ha prodotti **quasi 50 in più con un chirurgo**, di riconosciuta capacità, **in meno**.

Anche la **Chirurgia Senologica** è riuscita recuperare i livelli produttivi ante-Covid, mentre la produzione dell'**Otorinolaringoiatra** si attesta solo a 120 interventi con una produzione men che dimezzata rispetto al 2019 registrando un calo di circa 160 interventi.

Infine per quanto attiene all'Urologia, in fase di chiusura dell'esercizio si è dovuto registrare un progressivo calo di produzione evidentemente correlato al collocamento in quiescenza dell'attuale Dirigente Responsabile di struttura. Questa situazione dovrà trovare immediata soluzione vogliasi con l'individuazione di un nuovo responsabile di struttura e con l'assunzione di nuovo personale chirurgo e/o con la paventata clinicizzazione della struttura.

Per quanto attiene alla produzione chirurgica pertanto si dovrà provvedere a:

1. **Rendere stabilmente disponibile la 4° Sala Operatoria per l'utilizzo 5 giorni alla settimana almeno per il turno 8:00-14:00.** Tale incremento verrebbe reso disponibile alle strutture chirurgiche di Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Otorinolaringoiatria, Urologia e Ginecologia da parte delle quali, sulla base della produzione media di una singola Sala Operatoria, è ragionevole attendersi un **incremento di produzione di 1.800 k€** (più che)
2. **Necessarie integrazioni di personale medico chirurgo presso Otorinolaringoiatria, Urologia e Chirurgia Toracica.**
3. **Ripresa degli interventi di termo-ablazione e chemio-embolizzazione da parte della Radiodiagnostica Interventistica** con allocazione dei ricoveri presso l'Oncologia Medica o la Chirurgia Generale in caso, rispettivamente, di attività diagnostica o ablativa con un **incremento di produzione atteso di almeno 1.300 k€;**



4. **Incremento delle attività di Day Surgery (DS)** o equipollenti da parte delle diverse strutture chirurgiche **presso l'Ambulatorio di DS**, ancora **parzialmente utilizzato** rispetto alle proprie potenzialità soprattutto **a causa delle carenze di personale** ed anche con l'utilizzo del nuovo arco a "C" in fase di acquisizione e dell'arco a "C" già in dotazione della Oncologia Interventistica, attualmente sotto-utilizzato;

Strutture Mediche di ricovero.

Anche a seguito della pandemia, ma soprattutto sulla base di una trasformazione strutturale delle forme di erogazione dell'assistenza ai pazienti oncologici, si registra una tendenza a limitare il ricovero per pazienti sottoposti a terapie sistemiche fatta esclusione per quelle condizioni di particolare fragilità e/o presenza di comorbidità o altri fattori che lo rendano indispensabile.

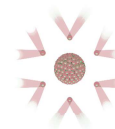
La produzione dell'Oncologia Medica e di quella dell'Oncologia Medica per la Patologia Polmonare restano attestare ai livelli di produzione del periodo Covid, ma con circa 110 ricoveri in meno per la prima e 30 per la seconda rispetto alla produzione del 2019.

Quella dell'Ematologia invece, grazie alla disponibilità delle nuove stanze e della ripresa dei trapianti autologhi di midollo, cresce di quasi 80 ricoveri rispetto al precedente esercizio ed anche rispetto al 2019 con un incremento di oltre 30 ricoveri.

Anche nel caso delle strutture di Area medica, dovrà trovarsi immediata compensazione attraverso opportune azioni previste dalla programmazione del presente PIAO 2024-2026:

1. **Convertire da subito 8 P.L. della Oncologia Medica a Lungodegenza** per garantire un regime assistenziale di **maggiore appropriatezza** per quei pazienti fragili che, nonostante la fase di acuzie sia stata superata, non possono essere dimessi a domicilio per le condizioni generali di salute necessitando comunque di supporto assistenziale socio-sanitario. Tale modifica consentirebbe di **aumentare il "turnaround", diminuire il numero di "DRG outlier" e ridurre il numero di infermieri dedicati a ciascun posto letto**, stante il diminuito carico assistenziale per posto letto. Tale trasformazione porterebbe comunque ad un **incremento della produzione diretta** -solo e soltanto per la degenza – di **oltre 400 k€**.
2. **Accreditare gli ulteriori P.L. della semi-intensiva dell'Ematologia** per incrementare di **ulteriori 10 pazienti all'anno** l'attività di trapianto di midollo, con un **incremento di produzione** atteso di oltre **500 k€**;
3. Attivare, a livello del DiOnc barese, stabili procedure e canali per la dimissione protetta (ADP-ADI), diminuendo la durata delle degenze mediante accordi con il territorio.

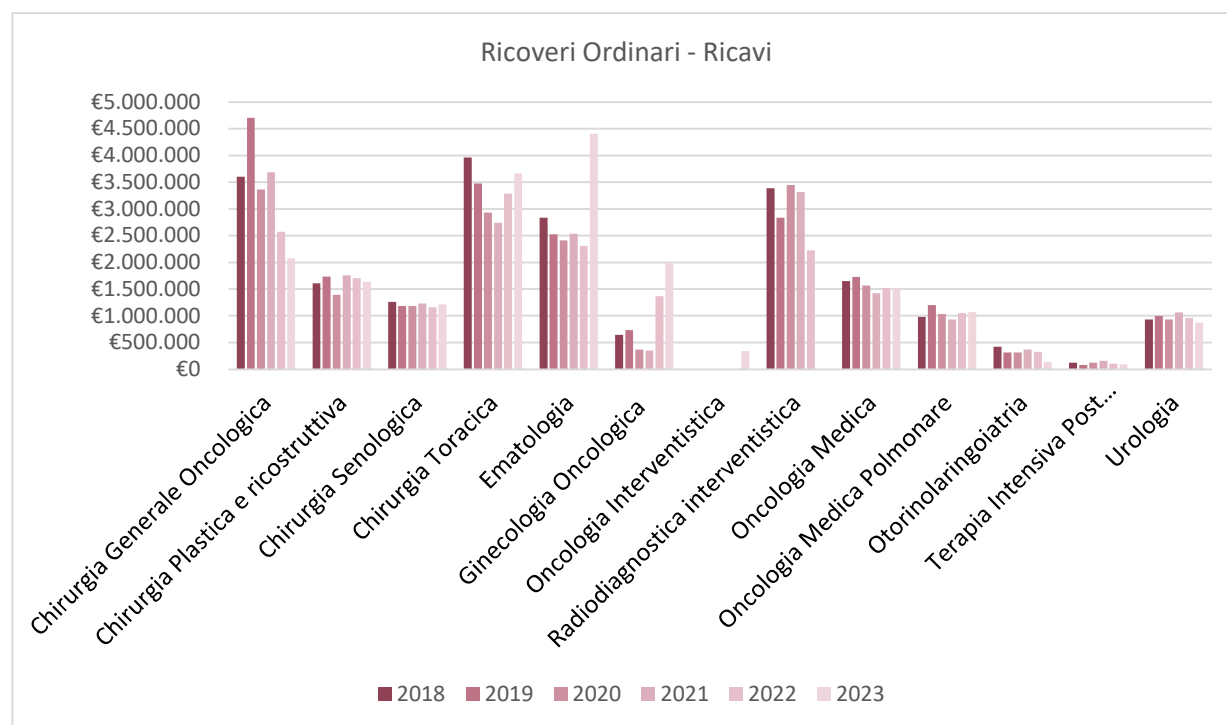
Ricavi ricoveri ordinari	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2023 - 2022	Δ % 2023 - 2022	Δ 2023 - 2019	Δ % 2023 - 2019
Chirurgia Generale Oncologica	3.602.599 €	4.707.808 €	3.362.062 €	3.686.021 €	2.575.424 €	2.075.876 €	- 499.548 €	-19,4%	-2.631.932 €	-55,9%



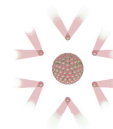
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	1.605.937 €	1.733.238 €	1.391.414 €	1.759.334 €	1.705.439 €	1.639.407 €	-66.032 €	-3,9%	-93.831 €	-5,4%
Chirurgia Senologica	1.262.846 €	1.180.663 €	1.180.465 €	1.231.491 €	1.156.514 €	1.210.600 €	54.085,92 €	4,7%	29.937 €	2,5%
Chirurgia Toracica	3.959.848 €	3.477.557 €	2.931.842 €	2.742.867 €	3.283.805 €	3.663.147 €	379.342,24 €	11,6%	185.590 €	5,3%
Ematologia	2.836.930 €	2.525.551 €	2.409.039 €	2.538.801 €	2.307.381 €	4.403.658 €	2.096.277,20 €	90,9%	1.878.107 €	74,4%
Ginecologia Oncologica	642.503 €	732.984 €	365.403 €	352.323 €	1.369.214 €	1.982.702 €	613.487,87 €	44,8%	1.249.718 €	170,5%
Radiodiagnostica Interventistica						338.909 €	338.909 €		338.909 €	
Oncologia Interventistica	3.384.792 €	2.835.784 €	3.449.368 €	3.317.706 €	2.224.927 €		- 2.224.927 €		- 2.835.784 €	100,0%
Oncologia Medica	1.650.316 €	1.724.899 €	1.565.592 €	1.420.237 €	1.517.411 €	1.514.856 €	-2.555 €	-0,2%	- 210.043 €	-12,2%
Oncologia Medica Polmonare	979.285 €	1.200.304 €	1.032.777 €	933.544 €	1.049.844 €	1.067.418 €	17.574 €	1,7%	- 132.886 €	-11,1%
Otorinolaringoiatria	423.967 €	315.483 €	315.151 €	369.460 €	324.587 €	134.332 €	-190.255 €	-58,6%	- 181.151 €	-57,4%
TIPO - Rianimazione	120.658 €	83.227 €	121.652 €	159.160 €	101.819 €	89.626 €	-12.193 €	-12,0%	6.399 €	7,7%
Urologia	933.774 €	998.042 €	929.199 €	1.062.547 €	959.602 €	868.747 €	- 90.855 €	-9,5%	-129.295 €	-13,0%
Totale complessivo	21.403.455€	20.715.540€	19.053.966€	19.573.490€	18.575.967€	18.989.278€	413.310,67€	2,2%	-1.726.262,33€	-8,3%

4. Accorpare le degenze di Oncologia includendo anche quelle dell'Oncologia Interventistica ai fini di una migliore gestione dei posti letto (efficientamento);

In termini di ricavi, l'andamento della produzione in regime di ricovero, nonostante le gravi difficoltà legate alle restrizioni sull'assunzione di personale finanche in sostituzione e la "vacatio" nella direzione di alcune rilevanti strutture che producevano tra i 3,5 ed i 4 M€ all'anno, ha mostrato una sostanziale tenuta con buoni segni di possibile crescita in alcuni settori. I ricavi per ricoveri di tipo ordinario manifestano una timida ripresa di poco più del 2% sfiorando nuovamente il tetto dei 19 M€.



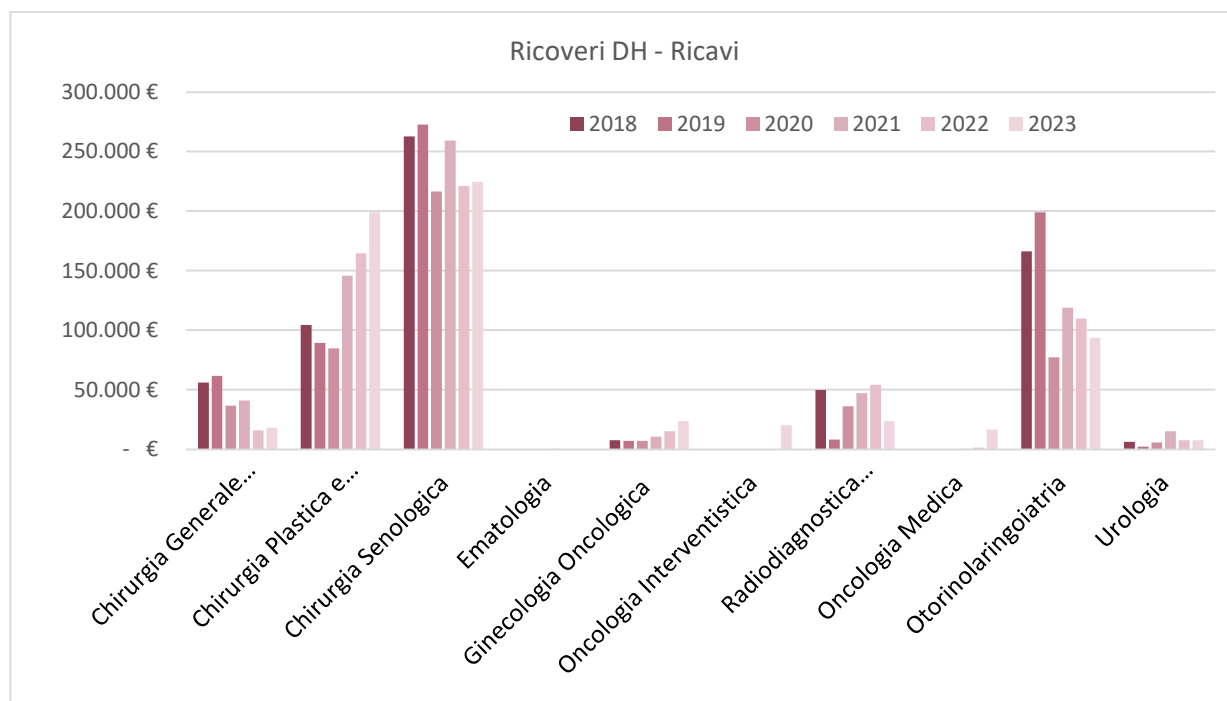
In cui l'Ematologia pressoché raddoppia la sua produzione, con una crescita di quasi 2,1 M€, la Ginecologia aumenta la propria di oltre 600 k€ raggiungendo quasi 2 M€ di ricavi, anche la



Chirurgia Toracica accresce i propri ricavi di quasi 380 k€, raggiungendo circa 3,7 M€ complessivi ed infine anche la Chirurgia Senologica cresce di poco più di 50 k€ fino a 1,2 M€.

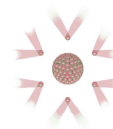
Una crescita di oltre il 6% si registra anche nella produzione in DH:

Ricavi ricoveri DH	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2023 - 2022	Δ % 2023 - 2022	Δ 2023 - 2019	Δ % 2023 - 2019
Chirurgia Generale Oncologica	55.936 €	61.702 €	36.794 €	40.910 €	16.096 €	18.017 €	1.921 €	11,9%	-	-70,8%
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	104.410 €	89.404 €	84.787 €	145.702 €	164.555 €	199.126 €	34.571 €	21,0%	109.722 €	122,7%
Chirurgia Senologica	262.754 €	272.659 €	216.456 €	259.291 €	221.105 €	224.492 €	3.387 €	1,5%	- 48.167 €	-17,7%
Ematologia	- €	- €	- €	546 €	- €		273 €			
Ginecologia Oncologica	7.767 €	7.133 €	7.133 €	10.633 €	15.306 €	23.898 €	8.592 €	56,1%	16.765 €	235,0%
Radiodiagnostica interventistica						20.209 €	20.209 €			
Oncologia Interventistica	49.825 €	8.114 €	.120 €	47.155 €	54.270 €	23.898 €	-30.372 €		15.784 €	194,5%
Oncologia Medica	- €	- €	- €	314 €	1.580 €	16.610 €	15.030 €	951,3%		
Otorinolaringoiatria	166.203 €	198.934 €	77.193 €	119.011 €	109.777 €	93.800 €	- 15.977 €	-14,6%	- 105.134 €	-52,8%
Urologia	6.360 €	2.165 €	5.740 €	15.228 €	7.657 €	7.657 €	- €	0,0%	5.492 €	253,7%
Totale complessivo	653.255	690.110	486.224	638.790	590.346	627.707	37.633 €	6,4%	- 49.223 €	-7,1%



Con un trend in costante crescita della Chirurgia Plastica e buone prestazioni della Chirurgia Senologica.

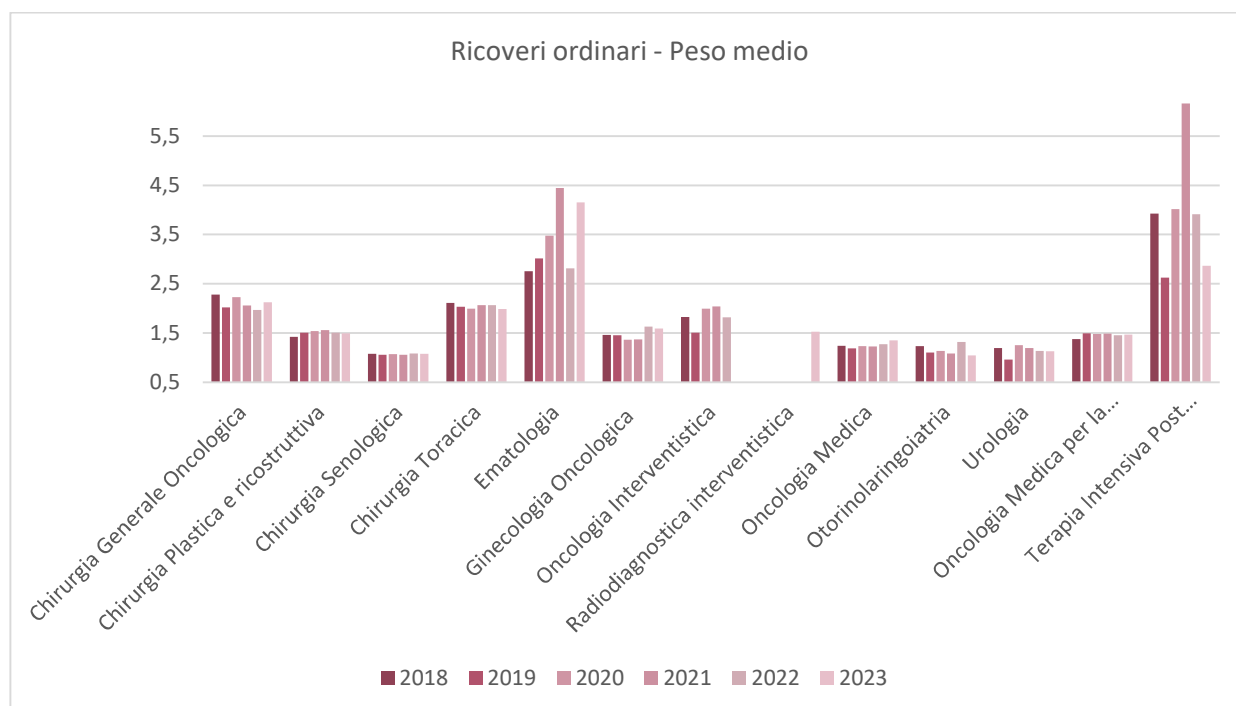
Anche dall'analisi del peso medio dei DRG erogati dalle singole strutture è possibile ottenere conferme dell'evoluzione della complessità delle prestazioni via via erogate, soprattutto in queste branche specialistiche.

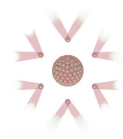


Il **peso relativo del DRG** fornisce una **misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri** afferenti a **ciascun DRG**: maggiore è il peso e più elevato risulterà il carico assistenziale della corrispondente casistica. Conseguentemente, il peso relativo può essere impiegato anche come **indicatore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

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

Peso medio ricoveri ordinari	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2023 - 2022	Δ % 2023 - 2022	Δ 2023 - 2019	Δ % 2023 - 2019
Chirurgia Generale Oncologica	2,2774	2,0192	2,2278	2,0575	1,9674	2,1221	0,1547	7,9%	0,1029	5,1%
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	1,4203	1,5023	1,5337	1,5548	1,5019	1,4928	-0,0091	-0,6%	-0,0095	-0,6%
Chirurgia Senologica	1,076	1,0536	1,0678	1,053	1,082	1,0769	-0,0051	-0,5%	0,0233	2,2%
Chirurgia Toracica	2,1062	2,0316	1,9936	2,0615	2,063	1,983	-0,08	-3,9%	-0,0486	-2,4%
Ematologia	2,7532	3,0149	3,4744	4,4465	2,81	4,1495	1,3395	47,7%	1,1346	37,6%
Ginecologia Oncologica	1,4569	1,4519	1,3589	1,3696	1,6279	1,5887	-0,0392	-2,4%	0,1368	9,4%
Oncologia Interventistica	1,8201	1,5018	1,9904	2,0347	1,8162					
Radiodiagnostica Interventistica						1,5255				
Oncologia Medica	1,2363	1,1834	1,2305	1,2255	1,2678	1,3498	0,082	6,5%	0,1664	14,1%
Otorinolaringoiatria	1,2284	1,1029	1,1345	1,0832	1,3182	1,0452	-0,273	-20,7%	-0,0577	-5,2%
Urologia	1,1907	0,9575	1,2486	1,1943	1,1339	1,1264	-0,0075	-0,7%	0,1689	17,6%
Oncologia Medica per la Patologia Toracica	1,3709	1,489	1,4771	1,4838	1,4546	1,4638	0,0092	0,6%	-0,0252	-1,7%
Terapia Intensiva Post Operatoria - Rianimazione	3,9235	2,6206	4,0168	6,1603	3,9109	2,8614	-1,0495	-26,8%	0,2408	9,2%





Significative sotto tale profilo sono le performance della **Chirurgia Generale che aumenta il peso dei propri DRG quasi dell'8%**, raggiungendo e superando i livelli di complessità del pre-Covid, ma **soprattutto l'Ematologia che registra una crescita una crescita quasi del 50%** con un **aumento medio di 1,34 punti**. Anche l'**Oncologia medica migliora** la propria performance.

Le prestazioni di **Chirurgia Toracica**, sostanzialmente vincolate al DRG 75, così come quelle di **Chirurgia Senologica** e **Plastica Ricostruttiva** che eseguono interventi abbastanza standardizzati, hanno un peso medio strutturalmente poco modificabile, come reso evidente anche dalla tabella.

La struttura di **Otorinolaringoiatria**, dopo un temporaneo innalzamento del peso ad 1.32 nel 2022 è ritornata ai livelli medio bassi di poco più dell'unità.

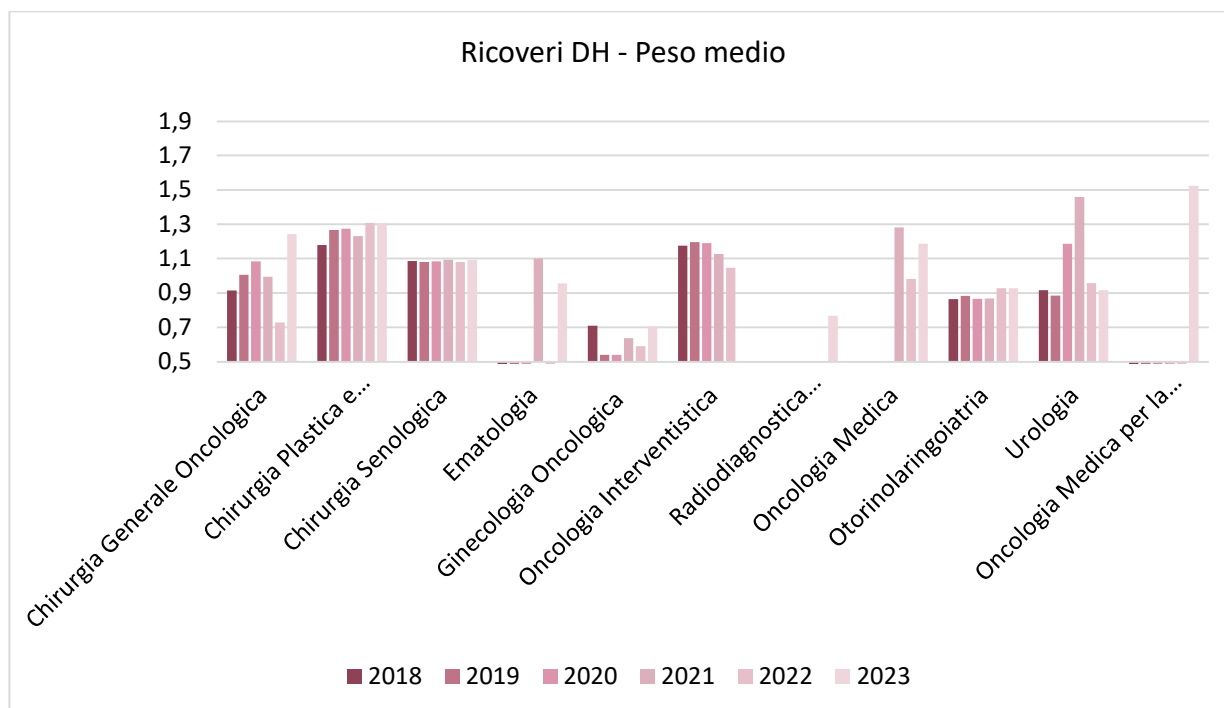
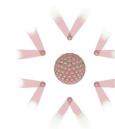
La già riferita assenza del primario di **Oncologia Interventistica** e l'aver, per ragioni organizzative, preferibilmente dedicato le attività di chirurgia mini-invasiva radioguidata alla diagnostica, ha evidentemente prodotto un effetto sul peso medio dei DRG che è significativamente calato al valore di 1.5.

L'**Urologia**, la quale aveva conseguito un lieve incremento del peso medio nel periodo del Covid, si è progressivamente trovata a fronteggiare un ampio fronte concorrenziale in tutta l'Area Metropolitana di Bari che vede le chirurgie urologiche operare con apparecchiature robotiche. E' così tornata nel 2022 e 2023 ad un peso medio di 1.13-1.12, addirittura lievemente inferiore al 2018 (1.19).

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

Anche il **peso medio del DRG in DH** registra un generale aumento. Addirittura di 0,51 punti in Chirurgia Generale, 0,11 punti in Ginecologia Oncologica e 0,20 punti in Oncologia Medica.

Peso medio ricoveri ordinari	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2023 - 2022	Δ % 2023 - 2022	Δ 2023 - 2019	Δ % 2023 - 2019
Chirurgia Generale Oncologica	0,9153	1,0062	1,0849	0,9944	0,7285	1,2417	0,5132	70,4%	0,2355	23,4%
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	1,1799	1,2664	1,2750	1,2322	1,3082	1,3056	-0,0026	-0,2%	0,0392	3,1%
Chirurgia Senologica	1,0863	1,0801	1,0847	1,0941	1,0806	1,092	0,0114	1,1%	0,0119	1,1%
Ematologia	0	0	0	1,101	0	0,9562	0,9562		0,9562	
Ginecologia Oncologica	0,71	0,5395	0,5395	0,6378	0,5903	0,7041	0,1138	19,3%	0,1646	30,5%
Oncologia Interventistica	1,1747	1,1954	1,1911	1,1276	1,0462		-1,0462		-1,1954	
Radiodiagnostica interventistica						0,7665	0,7665		0,7665	
Oncologia Medica				1,2825	0,9822	1,1863	0,2041	20,8%	1,1863	
Otorinolaringoiatria	0,8644	0,8838	0,8655	0,8677	0,9273	0,9272	-0,0001	0,0%	0,0434	4,9%
Urologia	0,9165	0,8845	1,1869	1,4579	0,9576	0,9165	-0,0411	-4,3%	0,032	3,6%
Oncologia Medica per la Patologia Toracica	0	0	0	0	0	1,5238	1,5238		1,5238	



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

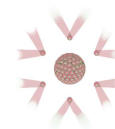
$$DM = \frac{\sum_{i=1}^n Gd_i}{N},$$

in cui:

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

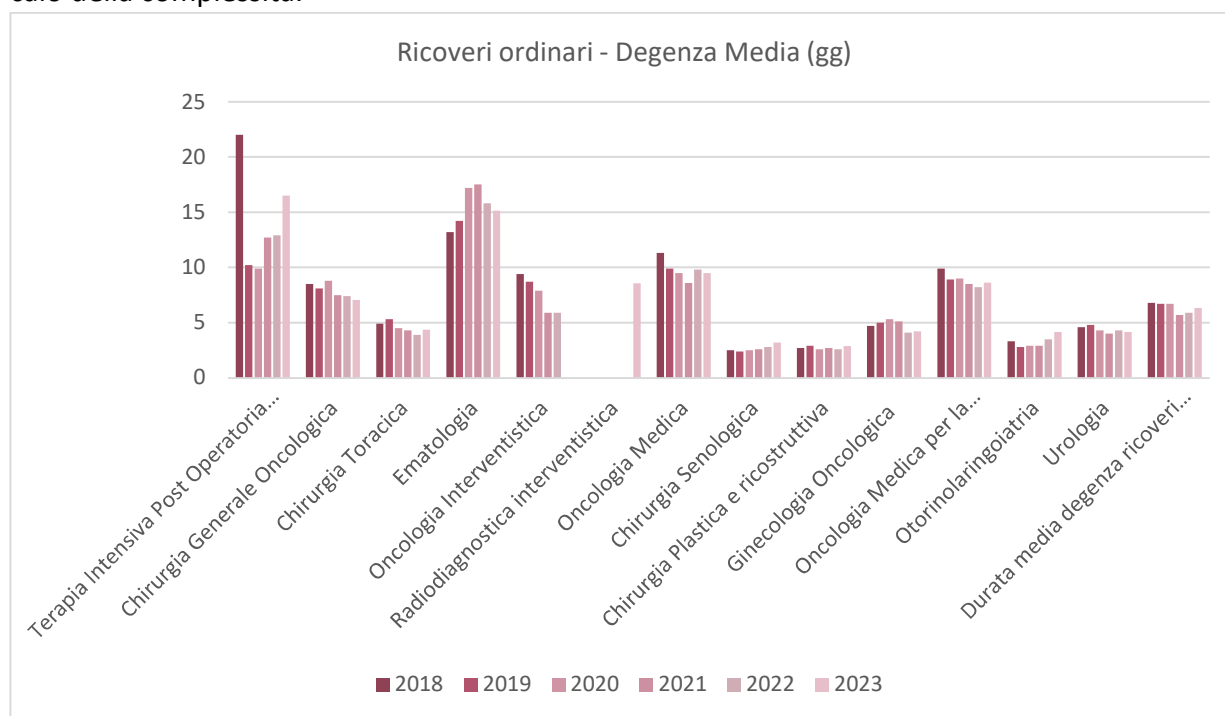
La rilevazione di tale parametro nell'ultimo quinquennio attesta una diminuzione della durata media delle degenze di 0,5 giorni che determinano minori occupazioni dei posti letto per **1850 giornate circa**, equivalenti a quasi **5 posti letto**

Durata media degenza ricoveri ordinari	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2023 - 2022	Δ % 2023 - 2022	Δ 2023 - 2019	Δ % 2023 - 2019
Terapia Intensiva Post Operatoria - Rianimazione	22	10,2	9,9	12,7	12,9	16,5	3,6	27,9%	6,3	61,8%
Chirurgia Generale Oncologica	8,5	8,1	8,8	7,5	7,4	7,04	-0,36	-4,9%	-1,06	-13,1%
Chirurgia Toracica	4,9	5,3	4,5	4,3	3,9	4,35	0,45	11,5%	-0,95	-17,9%
Ematologia	13,2	14,2	17,2	17,5	15,8	15,14	-0,66	-4,2%	0,94	6,6%
Oncologia Interventistica	9,4	8,7	7,9	5,9	5,9		-5,9		-8,7	
Radiodiagnostica interventistica						8,55	8,55		8,55	
Oncologia Medica	11,3	9,9	9,5	8,6	9,8	9,5	-0,3	-3,1%	-0,4	-4,0%
Chirurgia Senologica	2,5	2,4	2,5	2,6	2,8	3,2	0,4	14,3%	0,8	33,3%
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	2,7	2,9	2,6	2,7	2,6	2,87	0,27	10,4%	-0,03	-1,0%
Ginecologia Oncologica	4,7	5	5,3	5,1	4,1	4,2	0,1	2,4%	-0,8	-16,0%



Oncologia Medica per la Patologia Toracica	9,9	8,9	9	8,5	8,2	8,61	0,41	5,0%	-0,29	-3,3%
Otorinolaringoiatria	3,3	2,8	2,9	2,9	3,5	4,14	0,64	18,3%	1,34	47,9%
Urologia	4,6	4,8	4,3	4	4,3	4,16	-0,14	-3,3%	-0,64	-13,3%
Durata media degenza ricoveri ordinari Istituto	6,8	6,7	6,7	5,7	5,9	6,3	0,4	7,3%	-0,4	-5,5%

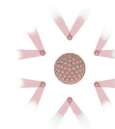
Peraltro la **stessa Ematologia**, alle prese con numerosi trapianti di midollo che dovrebbero prolungare la degenza media, è **riuscita addirittura a diminuire la degenza media di 0,66 gg.** Anche la **Chirurgia Generale**, nonostante l'aumento della complessità degli interventi, come attestato dalla crescita del peso medio descritto in precedenza, è **riuscita a diminuire la degenza media di 0,36 gg.** Le altre strutture dell'**Oncologia Medica e dell'Urologia** hanno **diminuito** anch'esse la propria degenza media, **rispettivamente di 0, 3 gg e 0,14 gg.** **Aumentano** invece la **Chirurgia Toracica di 0,45 gg.**, ma è comprensibile stante il livello raggiunto in precedenza di 3,9 gg rispetto agli attuali 4,35 gg per interventi particolarmente complessi in termini di recupero post-operatorio, mentre non appare particolarmente performante l'**aumento ad 8,5 gg. della Radiodiagnostica interventistica**, di **0,4 gg. della Chirurgia Senologica**, ed addirittura **0,64 gg. dell'Otorinolaringoiatria** a fronte peraltro di un calo della complessità.



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

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

$$TO = \frac{\sum_{i=1}^n Gdi}{PL \cdot 365}$$

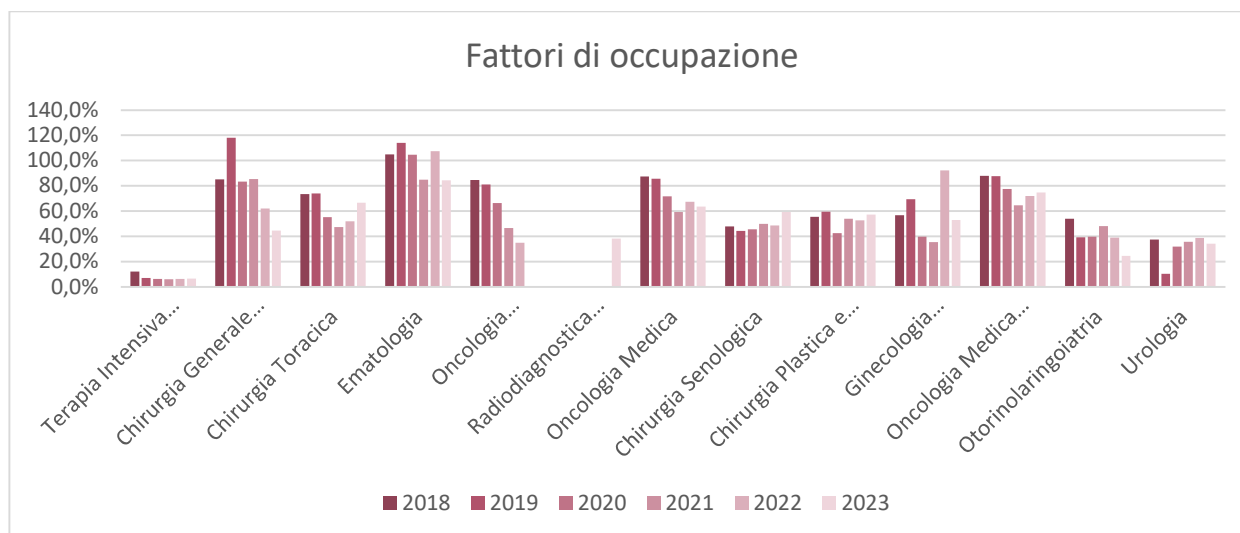


Gd_i = Giorni di degenza dell' i-esimo ricovero

PL = Totale Posti Letto

Tale parametro è definito come segue: in cui TO =

Tasso di Occupazione

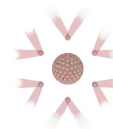


I fattori di occupazione delle strutture di ricovero dell'Istituto sono stati indubbiamente condizionati dalle procedure preventive per l'infezione da Covid-19. Queste, come già prospettato in apertura del presente paragrafo, prevedevano la permanenza in stanza singola di ciascun paziente per le prime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

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

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

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



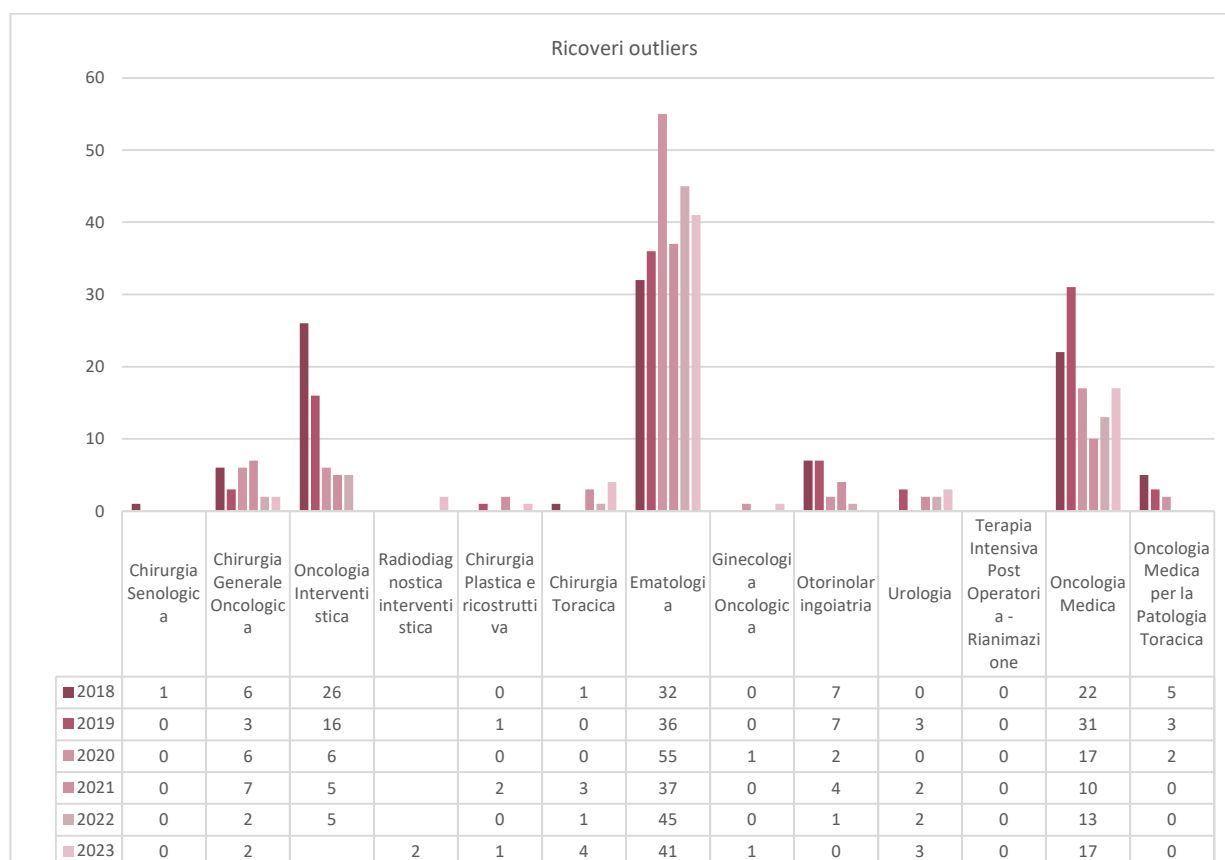
Sempre in tale prospettiva di maggiore appropriatezza ed efficientamento dei settings assistenziali, risulta importante **differentiare l'allocazione, le dotazioni strumentali e la formazione del personale destinati all'assistenza di pazienti che hanno subito procedure di biopsia profonda radio-assistita** ad elevata rotazione dei posti letto ed in cui sono necessarie le capacità di monitoraggio dei parametri biomedicali, **da quelli per i pazienti cui sono state praticate procedure radio-assistite di chemioterapia, elettrochemioterapie, HIPEC intra-arteriosa, embolizzazioni, ecc.**, per i quali è necessaria una maggiore capacità di valutazione sistemica.

Per i primi (sottoposti a biopsia) può ipotizzarsi, come già detto in precedenza, una possibilità di ricovero in osservazione post-operatoria in Oncologia Medica – attualmente con fattori di occupazione in grado di ricevere i pazienti sottoposti a tali procedure e con adeguata appropriatezza trattandosi di DRG medici.

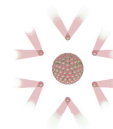
La degenza degli altri, per omogeneità d'approccio può essere accorpata alle degenze della Chirurgia Generale con efficientamento dell'impiego del personale.

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

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



E' evidente che tali tipologie di ricoveri hanno avuto modo di verificarsi prevalentemente nei reparti di Area Medica ed in particolare in quelli di Oncologia Medica e di Ematologia, oltre

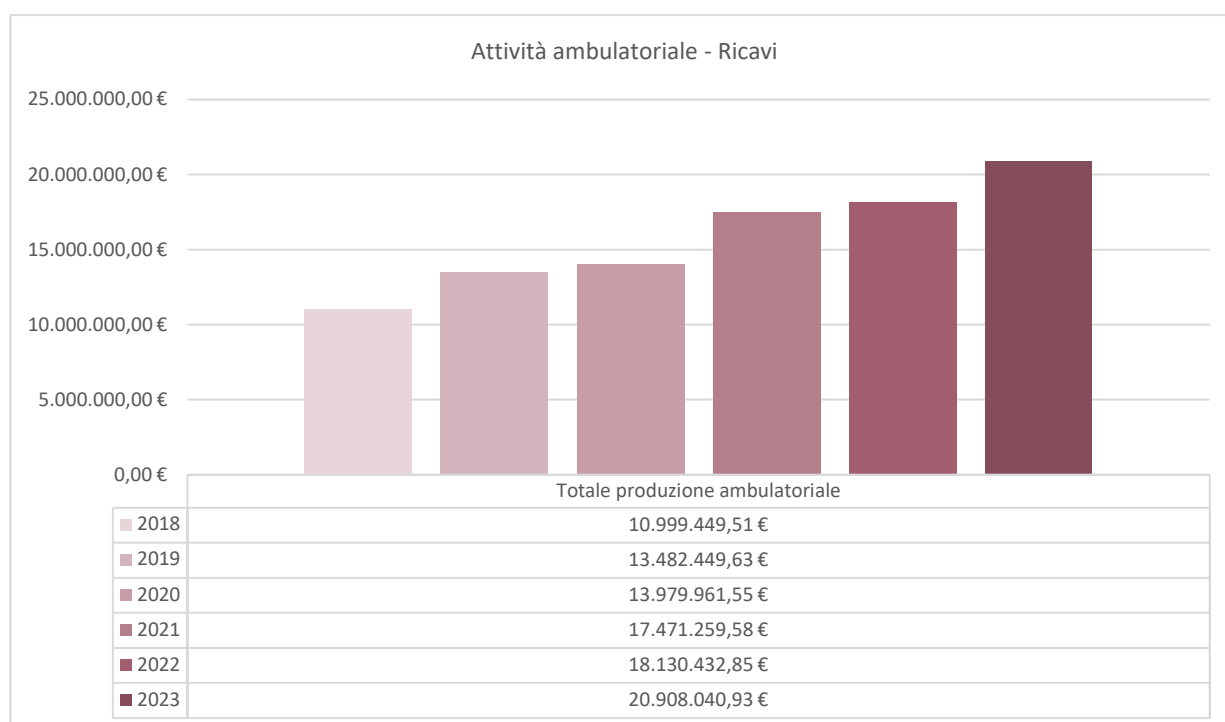


che, seppure con un “trend” in significativa diminuzione in Oncologia Interventistica. Fa eccezione solo la Oncologia Medica per la Patologia Toracica.

Tale circostanza rende esplicita la causa di tale “anomalia” che risiede **nell'impossibilità di trasferire il paziente ad altro tipo di setting assistenziale a minore intensità di cura**, ad esempio **Assistenza Domiciliare Protetta, Assistenza Domiciliare Integrata** o anche **Hospice e Lungodegenza** per carenze nelle **procedure di trasferimento della presa in carico**, necessità di **consulenze oncologiche che affianchino l'assistenza standard di tale assistenza**, anche eventualmente utilizzando gli strumenti tecnologici e le reti oggi disponibili con la telemedicina.

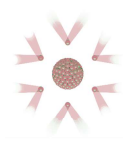
2.b.1.2. Analisi generale assistenza in regime ambulatoriale

Nell'ambito dell'assistenza ambulatoriale invece, le prestazioni di visita specialistica, esami strumentali e terapie ambulatoriali continuano il proprio andamento espansivo riprendendo un trend espansivo a doppia cifra rispetto al 2022 (oltre il 15%).



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

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



oncologici, dovrebbe disporre di una procedura aziendale che identifichi chiaramente ruoli, responsabilità, modalità e tempi di erogazione delle prestazioni, con indicatori di processo e di esito rilevabili e misurabili.”

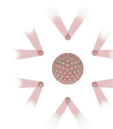
E' proprio questa la sfida che nel triennio della pianificazione del presente PIAO si pone l'Istituto: **attivare stabilmente le procedure di presa in carico e gestione del PDTA del paziente mediante il Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) e le sue implicazioni professionali** (infermieri specializzati nel ruolo di “oncology nurse navigator” ed “oncology care manager”, psiconcologi, assistenti sociali), **organizzative** (procedure, linee guida e team multidisciplinari) **e tecnologiche** (integrazione tra sistemi informativi: [cartelle cliniche, impegnative e prenotazioni], [sistemi territoriali dell'assistenza distrettuale, sociale, protesica, riabilitativa, ecc.] e telemedicina).

L'Istituto, **nel corso del 2023**, ha ottenuto il finanziamento di apposito bando dell'Agenzia per la Coesione Territoriale, **per il progetto TeleC.Or.O.**, l'evoluzione dei servizi del C.Or.O. in versione potenziata di telemedicina integrata alla Centrale Operativa Regionale (CORE-Health), **potendo così partire con la concreta attivazione di 11 postazioni collocate in Comuni dei Distretti Socio Sanitari dell'ASL BA telematicamente abilitanti funzioni di televisita** in collegamento con gli specialisti oncologi dell'Istituto sotto il coordinamento di infermieri professionali dediti **anche all'Assistenza Domiciliare**.

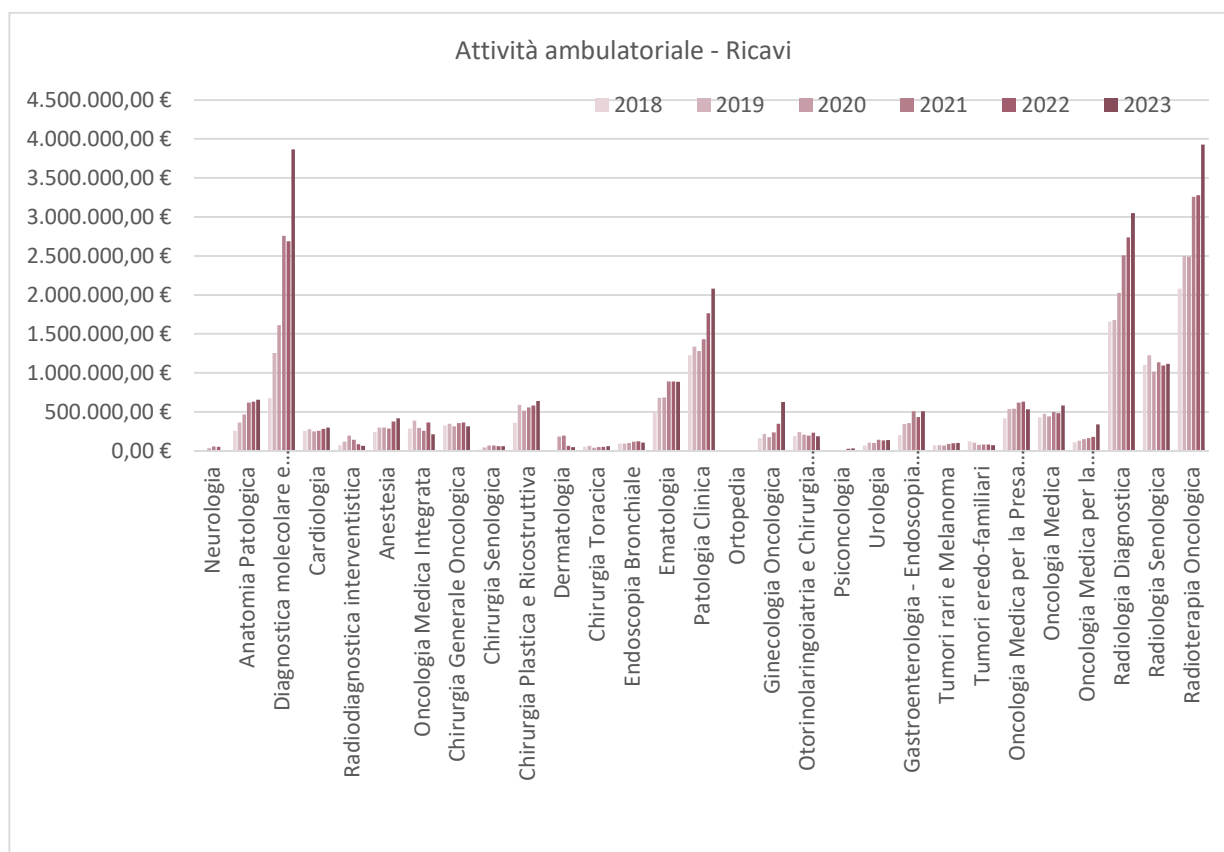
Di tali obiettivi conseguenziali si esplicherà maggiormente nel seguito della presente sezione.

Tornando all'analisi della performance assistenziale dell'Istituto nel 2023, per quanto attiene alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, dopo l'incremento di quasi il 25% della produzione del 2021 pari a circa 3,5 M€ ed il consolidamento organizzativo registrato nel 2022, con un incremento della produzione di “soli” 0,67 M€ (+3,8%), è tornato a crescere sensibilmente di altri 2,8 M€ circa (+15,3%) fino a giungere quasi al raddoppio rispetto ai livelli produttivi del 2018.

Ambulatorio	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2023 - 2022	Δ % 2023 - 2022	Δ 2023 - 2019	Δ % 2023 - 2019
Neurologia		699,85 €	29.806,91 €	57.743,99 €	51.300,74 €	11,18 €	-51.289,56 €	100,0%	-688,67 €	-98,4%
Anatomia Patologica	256.836,58 €	363.825,61 €	466.194,87 €	619.216,18 €	629.220,47 €	654.975,26 €	25.754,79 €	4,1%	291.149,65 €	80,0%
Diagnostica molecolare e Farmacogenetica	675.418,31 €	1.255.168,99 €	1.612.209,20 €	2.758.191,33 €	2.685.929,78 €	3.867.616,74 €	1.181.686,96 €	44,0%	2.612.447,75 €	208,1%
Cardiologia	257.930,17 €	277.609,59 €	248.684,12 €	258.578,02 €	283.706,73 €	297.670,46 €	13.963,73 €	4,9%	20.060,87 €	7,2%
Radiodiagnostica interventistica	72.573,07 €	115.751,90 €	194.421,05 €	140.538,12 €	86.590,66 €	65.348,19 €	-21.242,47 €	-24,5%	-50.403,71 €	-43,5%
Anestesia	239.851,18 €	298.474,18 €	298.713,03 €	285.436,32 €	375.824,95 €	418.309,33 €	42.484,38 €	11,3%	119.835,15 €	40,1%
Oncologia Medica Integrata	287.156,11 €	389.437,82 €	292.493,87 €	256.425,02 €	363.971,61 €	211.099,81 €	-152.871,80 €	-42,0%	-178.338,01 €	-45,8%
Chirurgia Generale Oncologica	327.520,41 €	347.824,61 €	316.263,08 €	357.463,00 €	363.060,96 €	312.768,53 €	-50.292,43 €	-13,9%	-35.056,08 €	-10,1%
Chirurgia Senologica	16.794,39 €	42.065,26 €	68.564,83 €	70.426,75 €	60.468,88 €	60.862,78 €	393,90 €	0,7%	18.797,52 €	44,7%
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	359.928,42 €	591.367,86 €	515.030,13 €	557.812,13 €	582.923,56 €	640.188,13 €	57.264,57 €	9,8%	48.820,27 €	8,3%
Dermatologia		7.792,15 €	182.533,48 €	194.881,75 €	62.388,68 €	46.929,60 €	-15.459,08 €	-24,8%	39.137,45 €	502,3%
Chirurgia Toracica	51.702,52 €	62.957,78 €	39.218,28 €	46.421,06 €	52.127,63 €	61.738,04 €	9.610,41 €	18,4%	-1.219,74 €	-1,9%
Endoscopia Bronchiale	93.633,99 €	91.879,46 €	101.904,93 €	117.576,50 €	122.236,55 €	103.661,98 €	-18.574,57 €	-15,2%	11.782,52 €	12,8%
Ematologia	507.075,50 €	679.204,33 €	684.905,73 €	889.409,00 €	889.129,36 €	885.692,57 €	-3.436,79 €	-0,4%	206.488,24 €	30,4%
Patologia Clinica	1.227.149,59 €	1.337.084,11 €	1.281.566,07 €	1.431.917,83 €	1.762.874,09 €	2.078.188,55 €	315.314,46 €	17,9%	741.104,44 €	55,4%
Ortopedia	5.185,88 €	62,56 €							-62,56 €	-100,0%
Ginecologia Oncologica	164.410,81 €	214.797,54 €	173.915,82 €	237.600,81 €	348.737,51 €	628.290,24 €	279.552,73 €	80,2%	413.492,70 €	192,5%

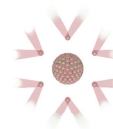


Otorinolaringoiatria e Chirurgia Maxillo-Facciale	186.455,39 €	239.199,79 €	206.642,46 €	193.707,76 €	231.459,51 €	185.507,02 €	-45.952,49 €	-19,9%	-53.692,77 €	-22,4%
Psiconcologia				688,27 €	27.216,11 €	30.539,15 €	3.323,04 €	12,2%	30.539,15 €	
Urologia	69.304,96 €	103.779,80 €	100.000,08 €	142.475,14 €	133.368,41 €	136.924,34 €	3.555,93 €	2,7%	33.144,54 €	31,9%
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	204.896,91 €	341.524,44 €	355.452,92 €	506.615,86 €	435.340,41 €	508.609,77 €	73.269,36 €	16,8%	167.085,33 €	48,9%
Tumori rari e Melanoma	71.256,32 €	70.903,77 €	67.186,61 €	87.267,11 €	97.974,44 €	100.206,98 €	2.232,54 €	2,3%	29.303,21 €	41,3%
Tumori eredo-familiari	121.346,24 €	105.125,78 €	75.832,70 €	82.265,28 €	78.697,05 €	70.457,75 €	-8.239,30 €	-10,5%	-34.668,03 €	-33,0%
Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente	418.605,68 €	538.347,51 €	538.994,19 €	616.669,46 €	629.578,51 €	530.912,44 €	-98.666,07 €	-15,7%	-7.435,07 €	-1,4%
Oncologia Medica	431.272,26 €	474.443,06 €	443.904,80 €	498.825,49 €	483.758,73 €	583.166,03 €	99.407,30 €	20,5%	108.722,97 €	22,9%
Oncologia Medica per la Patologia Toracica	108.062,87 €	130.592,33 €	148.588,72 €	164.531,02 €	180.394,22 €	339.291,03 €	158.896,81 €	88,1%	208.698,7 e	159,8%
Radiologia Diagnostica	1.659.088,42 €	1.679.196,03 €	2.027.174,05 €	2.506.621,05 €	2.735.661,65 €	3.049.087,98 €	313.426,33 €	11,5%	1.369.891,95 €	81,6%
Radiologia Senologica	1.104.708,72 €	1.225.817,20 €	1.018.596,36 €	1.134.814,48 €	1.095.558,97 €	1.113.576,21 €	18.017,24 €	1,6%	-112.240,99 €	-9,2%
Radioterapia Oncologica	2.081.284,81 €	2.497.516,32 €	2.491.163,26 €	3.257.140,85 €	3.280.839,72 €	3.926.410,84 €	645.571,12 €	19,7%	1.428.894,52 €	57,2%
Totale produzione ambulatoriale	10.999.449,51	13.482.449,63	13.979.961,55	17.471.259,58	18.130.432,85	20.908.040,93	2.777.608,08	15,32%	7.425.591,30	55,08%



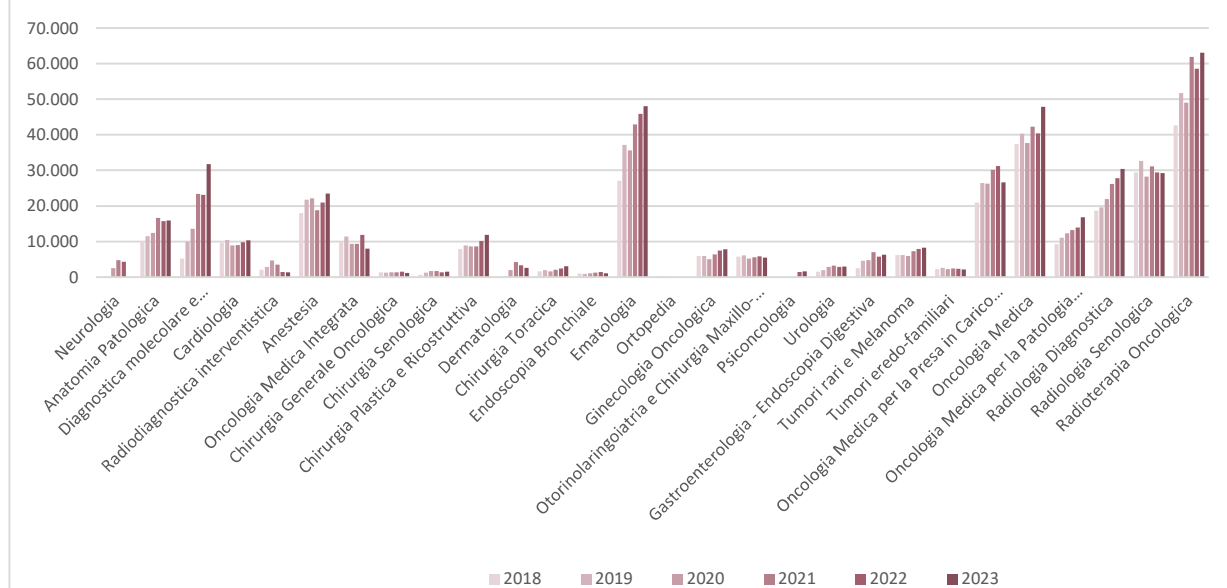
In termini quantitativi si tratta di un incremento praticamente di 113.000 prestazioni, pari al 12,3%, che si aggiunge ai costanti incrementi degli ultimi 6 anni.

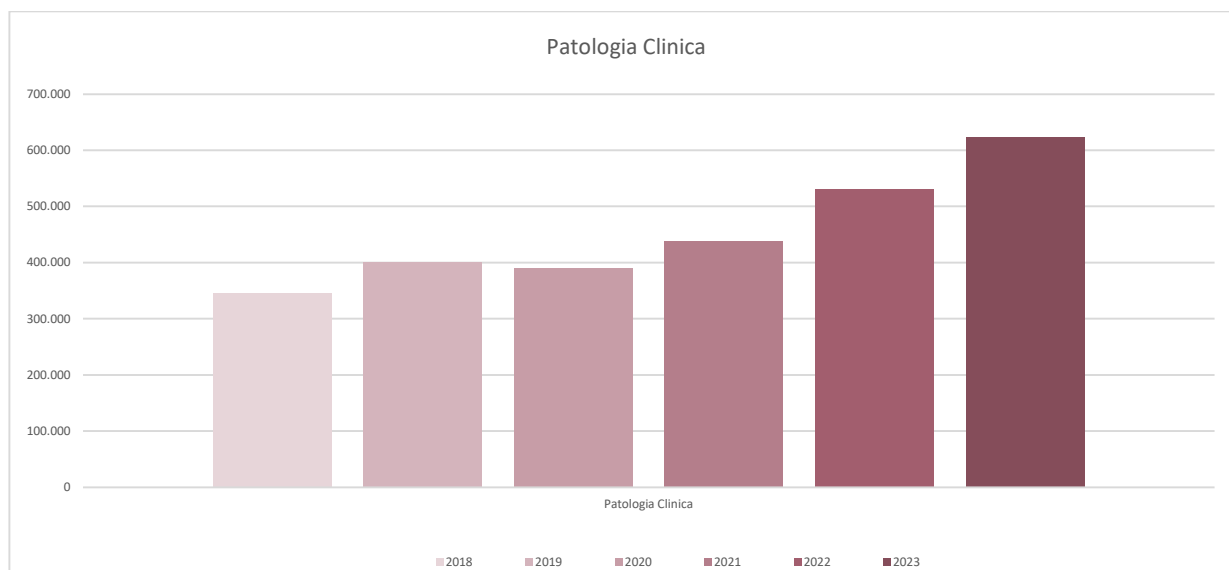
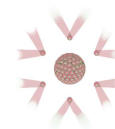
Ambulatorio	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2023 - 2022	Δ % 2023 - 2022	Δ 2023-2019	Δ % 2023 - 2019
Neurologia		35	2.500	4.784	4.276	8	-4.268	-99,8%	-27	-77,1%
Anatomia Patologica	10.056	11.476	12.444	16.599	15.700	15.930	230	1,5%	4.454	38,8%
Diagnostica molecolare e Farmacogenetica	5.220	9.951	13.591	23.348	23.107	31.763	8.656	37,5%	21.812	219,2%



Cardiologia	9.736	10.461	8.875	8.959	9.747	10.297	550	5,6%	-164	-1,6%
Radiodiagnostica interventistica	2.060	2.854	4.688	3.514	1.404	1.371	-33	-2,4%	-1.483	-52,0%
Anestesia	18.012	21.776	22.125	18.831	20.927	23.505	2.578	12,3%	1.729	7,9%
Oncologia Medica Integrata	9.835	11.435	9.299	9.379	11.904	8.025	-3.879	-32,6%	-3.410	-29,8%
Chirurgia Generale Oncologica	1.299	1.275	1.358	1.332	1.484	1.126	-358	-24,1%	-149	-11,7%
Chirurgia Senologica	642	1.228	1.674	1.678	1.376	1.475	99	7,2%	247	20,1%
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	7.905	8.931	8.578	8.579	10.128	11.906	1.778	17,6%	2.975	33,3%
Dermatologia		173	1.971	4.187	3.283	2.551	-732	-22,3%	2.378	1374,6%
Chirurgia Toracica	1.608	1.919	1.611	2.032	2.399	3.003	604	25,2%	1.084	56,5%
Endoscopia Bronchiale	1.002	891	1.073	1.254	1.385	1.107	-278	-20,1%	216	24,2%
Ematologia	27.029	37.176	35.661	42.904	45.885	48.030	2.145	4,7%	10.854	29,2%
Patologia Clinica	346.270	400.837	390.369	437.525	531.527	623.771	92.244	17,4%	222.934	55,6%
Ortopedia	237	5					0		-5	-100,0%
Ginecologia Oncologica	5.910	5.961	5.007	6.349	7.482	7.829	347	4,6%	1.868	31,3%
Otorinolaringoiatria e Chirurgia Maxillo-Facciale	5.728	6.133	5.239	5.595	5.852	5.494	-358	-6,1%	-639	-10,4%
Psiconcologia				35	1.384	1.569	185	13,4%	1.569	
Urologia	1.520	1.964	2.862	3.249	2.904	2.963	59	2,0%	999	50,9%
Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	2.485	4.573	4.777	6.994	5.780	6.276	496	8,6%	1.703	37,2%
Tumori rari e Melanoma	6.192	6.179	5.885	7.277	7.916	8.217	301	3,8%	2.038	33,0%
Tumori eredo-familiari	2.244	2.620	2.190	2.437	2.346	2.156	-190	-8,1%	-464	-17,7%
Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente	20.907	26.401	26.275	30.171	31.202	26.642	-4.560	-14,6%	241	0,9%
Oncologia Medica	37.383	40.319	37.699	42.320	40.361	47.875	7.514	18,6%	7.556	18,7%
Oncologia Medica per la Patologia Toracica	9.255	11.063	12.288	13.175	13.955	16.823	2.868	20,6%	5.760	52,1%
Radiologia Diagnostica	18.724	19.639	21.899	26.183	27.757	30.406	2.649	9,5%	10.767	54,8%
Radiologia Senologica	29.432	32.610	28.234	31.104	29.423	29.265	-158	-0,5%	-3.345	-10,3%
Radioterapia Oncologica	42.644	51.736	49.044	61.883	58.546	63.045	4.499	7,7%	11.309	21,9%
Totale complessivo	623.335	729.621	717.216	821.677	919.440	1.032.428	112.988	12,3%	302.807	41,5%

Attività ambulatoriale - Prestazioni





Altro indicatore di attrattività dell'Istituto è costituito dal **numero di prime visite** le quali sono **cresciute in maniera significativa da 19.162 nel 2022 a 20.283 nel 2023** con una crescita del **5,8%**, tutto ciò **nonostante le pesanti limitazioni sull'acquisizione di personale** che limita fortemente le potenzialità dell'Istituto in quanto saturandosi le capacità di prima accoglienza viene indotta migrazione e perdita di appeal.

Stabile appare la produzione diagnostica dell'**Anatomia Patologica (+1,5%)** che come noto serve l'intera provincia di Bari con i propri servizi a favore della ASL. Mentre incrementa le proprie prestazioni in maniera più che significativa grazie alle potenziate capacità tecnologiche la **Diagnostica Molecolare** che segna una **crescita del 37,5%**.

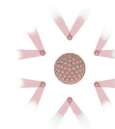
Sempre **grazie agli investimenti in tecnologie** (introduzione di automazione delle linee di chimica clinica ed immunometria, assieme all'implementazione seppure ancora incompleta della pre-analitica) la **Patologia Clinica, nonostante la drammatica situazione di carenza di personale** (solo 3 dirigenti tra biologi e medici di cui uno in quiescenza a partire dalla fine del 2023) ha determinato un **incremento di 92.244 prestazioni analitiche** con una crescita del **+17,4%**.

In ambito diagnostico per immagini continua il suo **costante incremento la Radiologia Diagnostica** con un ulteriore **+9,5%**, mentre in **contro-tendenza la Radiologia Senologica** segna un nuovo, seppur **lieve, calo di prestazioni (-158 pari al -0,5%)**.

Tale trend non appare però affliggere le prestazioni di **Chirurgia Senologica** che, comunque, **aumentano del 7,2%**.

Adeguate è altresì il ritorno ad importanti livelli di produzione, comparabili con quelli del 2021, della **Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva**, con **quasi 500 prestazioni in più** ed un **incremento dell'8,6%**.

Torna ai livelli pre-Covid la Cardiologia che grazie ad un **aumento di produzione di ulteriori 550** cresce del **+5,6%**.



Le strutture di Oncologia Medica, oggetto di una ristrutturazione organizzativa a seguito dell'approvazione del nuovo Regolamento di Organizzazione di cui alla Deliberazione n.323 del 31 marzo 2023, mantengono, anche con un lieve incremento, i propri livelli di produzione. Difatti, ai cali di **(-3.879) prestazioni** della **Oncologia Medica Integrata** e della **Oncologia per la Presa in Carico Globale del Paziente (-4.560)**, fanno riscontro **le crescite di +7.514 prestazioni della Oncologia Medica** e di **+2.868 della Oncologia Medica per la Patologia Toracica**, per un **aumento complessivo del +2% con ulteriori 1.943 prestazioni**.

Completano il quadro delle strutture del Dipartimento di Area Medica, **l'Ematologia** la quale presenta anch'essa un segno positivo del **+4,7%** con un **incremento di 2.145 prestazioni** e la **SSD Tumori rari e melanoma** con **+3,8% e +301 prestazioni**.

Nel Dipartimento di Area Chirurgica la struttura di **Anestesia supera** ampiamente anche i **livelli di attività ante-Covid** con un totale di **23.505 prestazioni** ed un **aumento del 12,3%** rispetto al 2022.

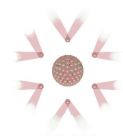
La **Chirurgia Generale**, anch'essa oggetto di una riorganizzazione che ha visto l'accorpamento alla stessa, quali strutture semplici, della Gastroenterologia-Endoscopia digestiva e dell'Otorinolaringoiatria, **paga una flessione di -358 prestazioni (-24,1%)**, quantità **identica a quella della perdita dell'Otorinolaringoiatria** cui però corrisponde un calo percentualmente inferiore: **-6,1%**.

La **Chirurgia Plastica** invece **prosegue con la sua costante crescita** che ha prodotto un incremento del **+33,3% dal 2018** di cui il **+17,6% nell'ultimo anno** con un maggior numero di **prestazioni pari a +1.778**.

Anche a livello ambulatoriale la **Chirurgia Toracica garantisce un'ottima performance**, giacché alla contrazione di **-278 prestazioni** osservata per **l'Endoscopia Bronchiale** dovuta anche alla collocazione in quiescenza del relativo Dirigente Responsabile, per la quale non si è potuto procedere alla sostituzione in ragione del blocco regionale delle assunzioni, ha fatto da contro altare la crescita di **+604 prestazioni della Chirurgia Toracica** vera e propria che segna una crescita del **+25,2%**.

Infine le chirurgie degli apparati genito-urinari manifestano anch'esse un trend di crescita: la **Ginecologia aumenta** le proprie prestazioni **del 4,6% pari a +347** ed anche **l'Urologia** nonostante le difficoltà correlate alla prossima collocazione in quiescenza del Dirigente Responsabile consegue **un +2% con 59 prestazioni in più**.

La **Radioterapia**, oltre all'incremento dei livelli di specializzazione dei trattamenti erogati (ArcTherapy ed IGRT) è riuscita anche quantitativamente ad aumentare il numero delle proprie prestazioni raggiungendo **livelli mai raggiunti in precedenza** nonostante l'obsolescenza oramai dei propri acceleratori lineari. Si registrano difatti **oltre 63.000 prestazioni** con una **crescita di +4.500 pari al 7,7%** rispetto al precedente esercizio.



La **Radiodiagnostica interventistica** ha conservato, nonostante le difficoltà organizzative di cui si è già riferito, ha praticamente conservato i propri livelli di produzione rispetto al 2022, con una **lievissima flessione del 2,4%**, pari a **sole -33 prestazioni**.

Il servizio di **Psiconcologia** ha consolidato la propria produzione dopo l'avvio del 2022 con un totale di **1.569 prestazioni ed una crescita del 13,4%** pari a **+185 visite**.

In lieve calo l'**Ambulatorio dei Tumori Eredo-Familiari** con una diminuzione di **-190 visite pari al -8,1%**, mentre sono state **sospese le prestazioni di Neurologia** a causa della **mancanza di personale**.

Sotto il profilo dei ricavi assurgono a livelli particolarmente significativi:

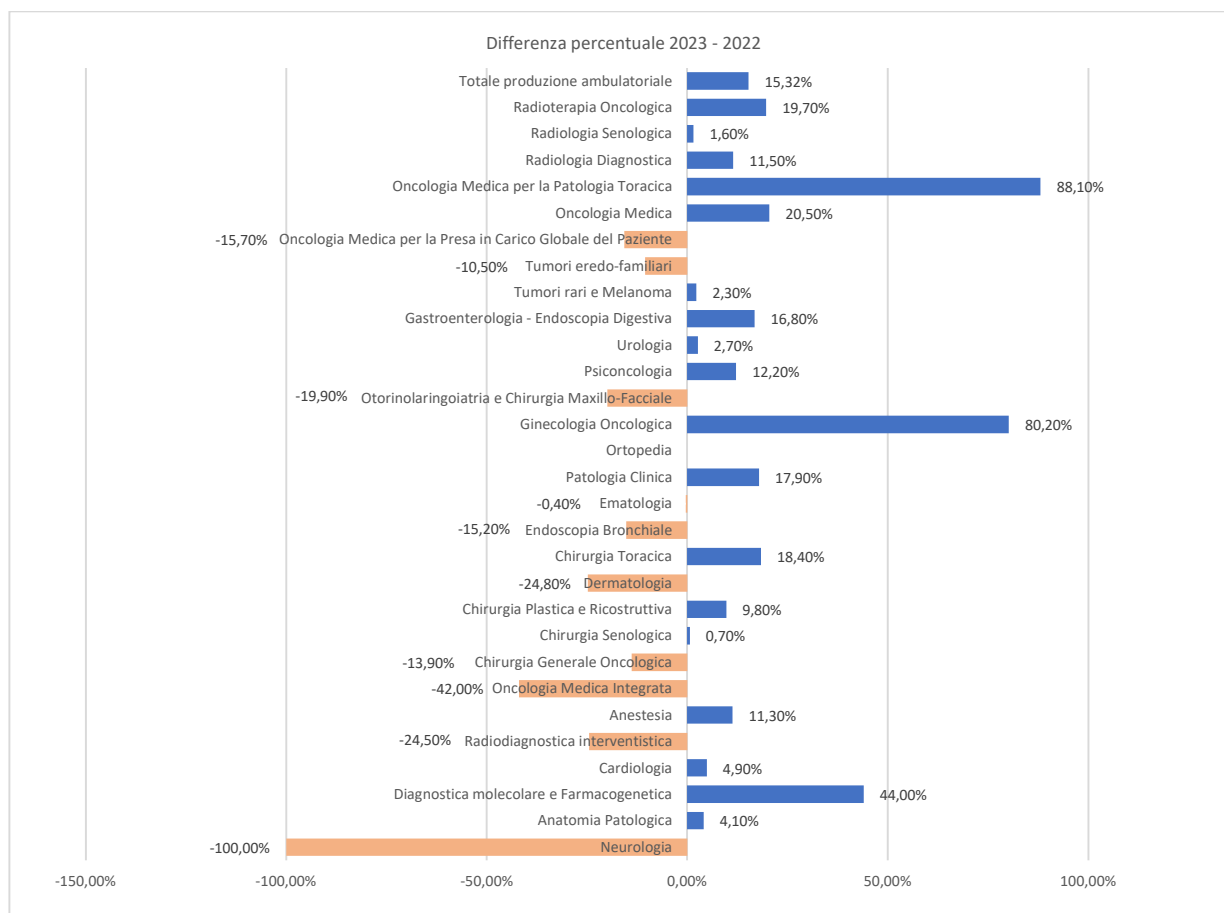
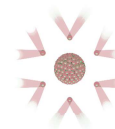
- La **Radioterapia** che ha praticamente raggiunto i **4M€** con una crescita del **+19,7%** rispetto al 2022 e del **+57,2%** rispetto al 2019;
- La **Diagnostica Molecolare** anch'essa prossima alla soglia dei 4M€ (**poco meno di 3,9 milioni di €**) con **maggiori ricavi del 44%** rispetto al **precedente esercizio** e la **quadruplicazione della produzione rispetto al 2018**, tra l'altro con scarsissima dotazione di personale dirigente medico e biologo;
- La **Patologia Clinica** supera i **2M€** quasi duplicando la produzione del 2018 e producendo con una situazione di gravissima crisi di personale un **maggiore introito di +315k€** pari a quasi il **+18%** rispetto al 2022;
- La **Radiologia Diagnostica** ha continuato ad aumentare il proprio ricavo **superando i 3M€** con un ulteriore **incremento di +313k€** che **supera dell'11%** il ricavato del 2022.

Significativi sono anche gli incrementi dei ricavi su alcune branche di esami strumentali:

- La **Ginecologia** ha praticamente **triplicato il ricavo del 2019 superando i 600 k€** con un **incremento di +280k€** che **supera dell'80%** il ricavato del 2022.
- Anche l'**Endoscopia Digestiva** ha raggiunto i **500k€ di ricavi** con una crescita del **+16,8%** nell'ultimo anno e ben **più che il raddoppio delle prestazioni dal 2018**.

Tra le specialità mediche deve ritenersi oltremodo significativo l'incremento di fatturato dell'**Oncologia Medica per la Patologia Polmonare** che **accresce il proprio fatturato** di quasi il **90%** rispetto al 2022 e **triplica la produzione rispetto al 2018, raggiungendo 340 k€**.

Di seguito la rappresentazione grafica delle variazioni percentuali dei ricavi:

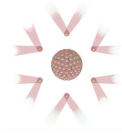


La capacità di produzione di attività ambulatoriali è fortemente limitata dalla disponibilità di spazi e dalle capacità di ulteriore somministrazione controllata di terapie di erogazione delle attività diagnostiche di supporto, limitazioni cui si pianifica di porre rimedio mediante gli interventi infrastrutturali,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

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

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

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



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

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

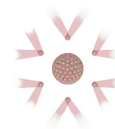
L'adozione di tale Manuale delle Procedure e delle previsioni tecnologiche-informatiche ad esso associate è **in realtà perfettamente in linea, anticipandole, con le previsioni del Piano Oncologico Nazionale 2023-2027:**

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

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

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

*In ultimo, ma non per importanza, **la gestione dell'offerta delle prestazioni (programmazione di esami di laboratorio, esami radiologici, prime visite oncologiche e radioterapiche, visite di***



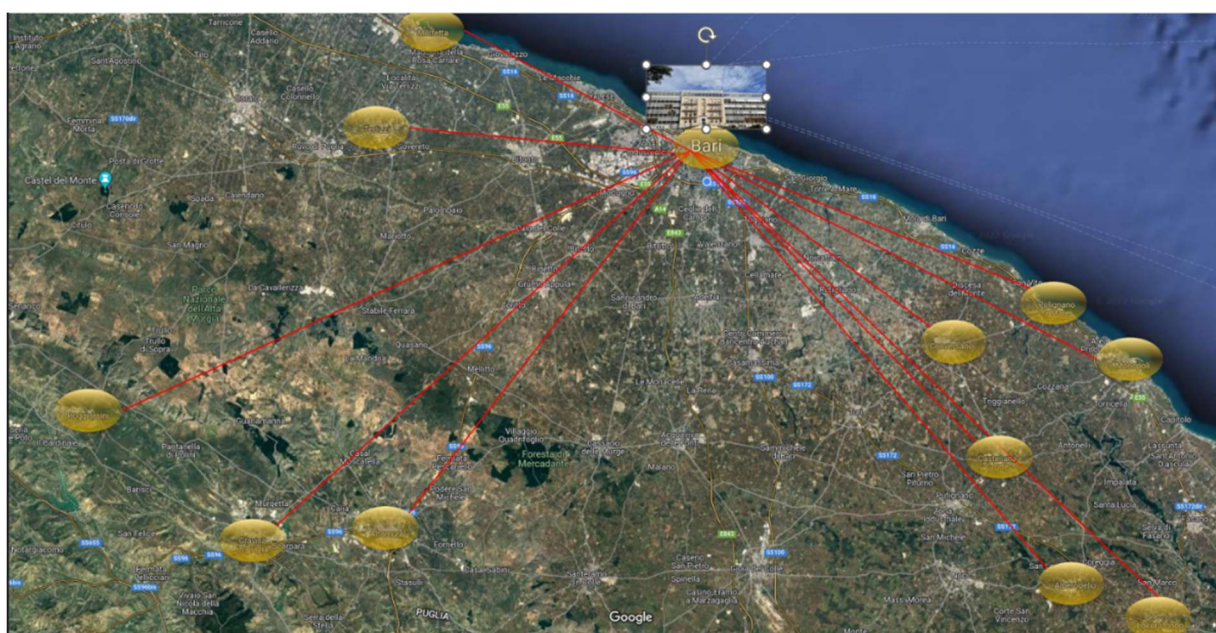
controllo, visite di rivalutazione, visite pre-terapia, somministrazione dei trattamenti, ecc.) potrebbe giovare di una regolamentazione e di un supporto mediante agende elettroniche, governate dai Centri di prenotazione e/o direttamente dai professionisti coinvolti.

Le procedure la cui implementazione ha già avuto avvio dovranno essere completate entro il 2024.

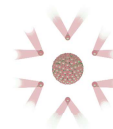
Nondimeno, l'Istituto anticipando tale "vision" del Piano Oncologico Nazionale ha fatto in modo da intercettare sulla Milestone della Mission 6 - M6C1-4 del PNRR un finanziamento di un proprio progetto di implementazione tecnologico-organizzativa del C.Or.O. denominato "TeleC.Or.O.".

Tale progetto fa ampio impiego della telemedicina quale "leva operativa" per l'efficientamento delle procedure al fine di ridurre i "Time-To-Diagnose" e "Time-To-Treat" determinanti in termini di efficacia e prospettiva prognostica oltre a conseguire una prospettiva "patient centered" che producesse un miglioramento qualitativo della fruizione dell'assistenza da parte dei pazienti e dei loro "care-giver".

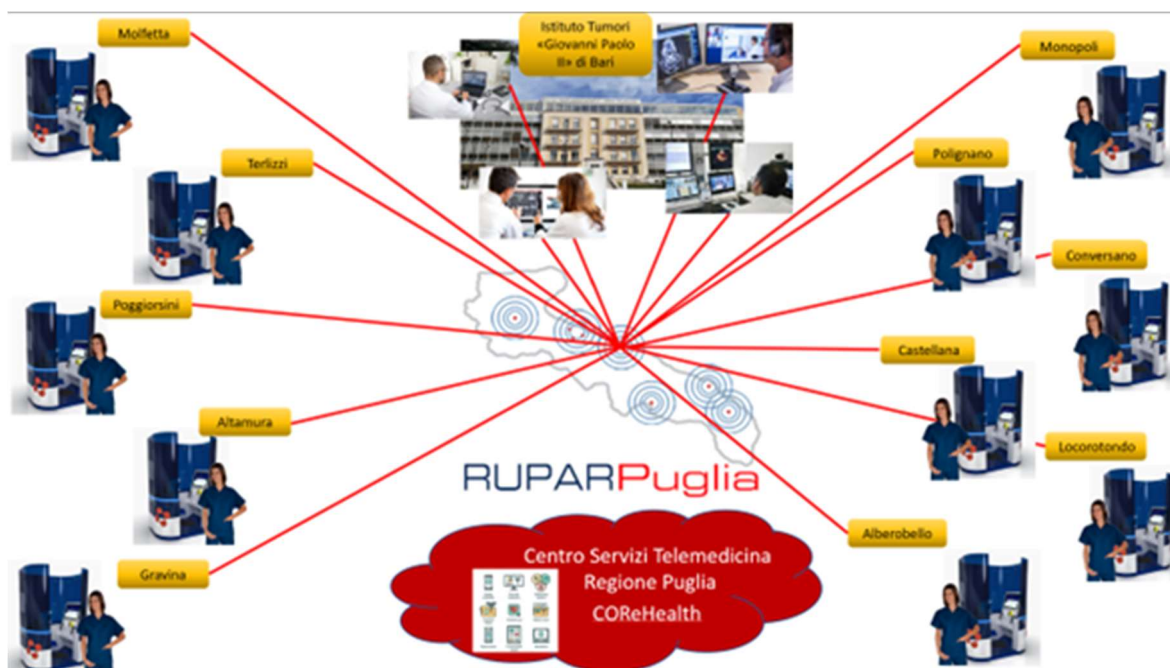
In tale progetto il C.Or.O. sarà integrato da una rete di "Postazioni di Telemedicina", realizzata dall'Istituto, diffuse su 11 Comuni del territorio dell'Area Metropolitana di Bari: Alberobello, Altamura, Castellana grotte, Conversano, Gravina in Puglia, Locorotondo, Molfetta, Monopoli, Poggiorsini,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



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



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



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

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

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

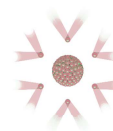
2. Invocazione modulo prescrizione elettronica

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

3. Finalizzazione prenotazione verso il CUP

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

4. Monitoraggio delle prestazioni erogate



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

5. Monitoraggio della correlazione dei PDTA rispetto ai sospetti diagnostici

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

6. Monitoraggio dei tempi di completamento del PDTA

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

7. Suggerimento prenotazioni prestazioni cicliche

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

8. Suggerimento domande di triage guidato da Assistente Virtuale

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

nel rispetto dei seguenti requisiti tecnici:

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

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

- **Integrazione con sistema di Prescrizione Elettronica**

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

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

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

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

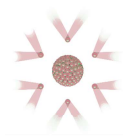
Tutte le transazioni, sia interne tra le componenti sia esterne con i sistemi informativi terzi aziendali e regionali, si basano sugli standard di cooperazione:

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

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

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

Presso ciascuna delle "Postazioni di Telemedicina" infine, sarà presente una coppia di infermieri sia per garantire la continuità del servizio in caso di malattia o temporanea indisponibilità di uno di essi, sia per garantire il supporto all'Assistenza Domiciliare anche con



prestazioni rese in telemedicina presso il domicilio del paziente in casi di difficoltà di movimentazione dello stesso.

2.b.2. Analisi sull'andamento della ricerca

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", nella sua peculiarità di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, svolge la propria attività di ricerca clinica e traslazionale ai sensi di quanto disposto dall'art. 8 del D.lgs. n. 288/2003, modificato ed integrato dall'art. 4 del D.lgs. 200/2022 in coerenza con il programma di ricerca sanitario nazionale di cui all'art. 12-bis del D.lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e con gli atti di programmazione regionale in materia.

Nello specifico per il triennio 2022-2024 le direttrici delle attività di ricerca sono articolate su 4 linee tematiche approvate dal Ministero della Salute:

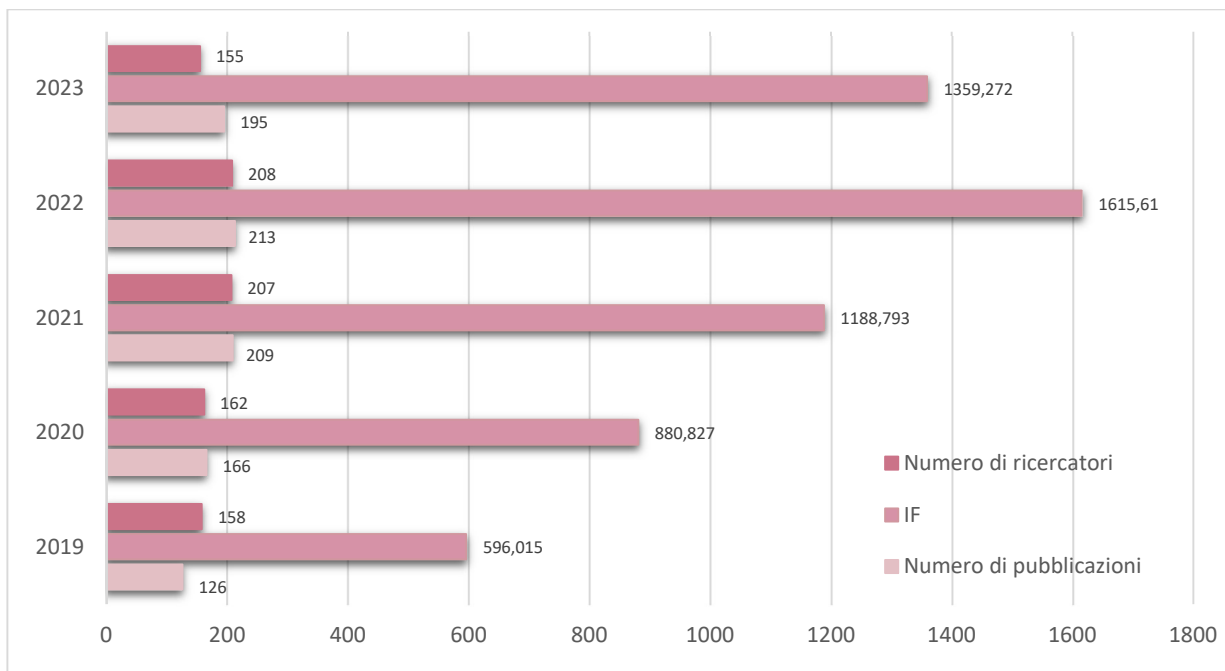
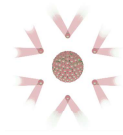
- Linea 1: Dalla cancerogenesi alla progressione tumorale per un'oncologia di precisione (nella quale sono compresi n.15 progetti, Del. n.219 del 26-05-2022 e Del. 187 del 21-02-2023);
- Linea 2: Le sperimentazioni cliniche nell'era dell'oncologia di precisione (nella quale sono compresi n.19 progetti, Del. n.219 del 26-05-2022 e Del. 187 del 21-02-2023);
- Linea 3: Scienze computazionali, tecnologie d'intelligenza artificiale: driver per un'oncologia digitale (nella quale sono compresi n.17 progetti, Del. n.219 del 26-05-2022 e Del. 187 del 21-02-2023)
- Linea 4: Nuovi modelli organizzativi-gestionali in oncologia (nella quale sono compresi n.8 progetti, Del. n.219 del 26-05-2022 e Del. 187 del 21-02-2023)

Per quanto attiene alla "qualità della ricerca", il Ministero della Salute valuta le specifiche attività di Ricerca Corrente dell'Istituto, secondo quanto riportato nel Piano Nazionale Ricerca Sanitaria:

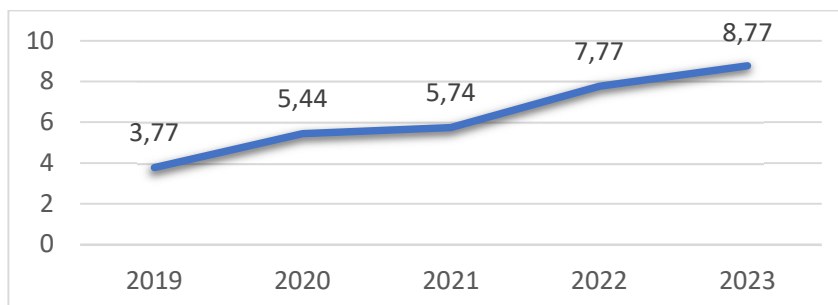
- produzione scientifica e relativa efficienza e impatto della produzione scientifica (55%)
- capacità di attrarre risorse (10%)
- attività assistenziale (20%)
- capacità di operare in rete (10%)
- trasferimento tecnologico (5%).

Nel quinquennio 2019-2023, sotto il profilo quantitativo valutato in termini di Impact Factor (IF), le pubblicazioni dei ricercatori dell'Istituto hanno osservato una costante crescita lineare fatta eccezione per l'ultimo esercizio. Il fenomeno era atteso nella sua limitata entità a fronte dell'impegno profuso nell'avvio dei numerosi progetti garantiti dai molteplici "grant" acquisiti con la partecipazione ai bandi competitivi del PNRR e del PNC di cui si riferirà nel seguito.

La flessione quantitativa dei parametri di riferimento per le pubblicazioni (numero di ricercatori, numero di pubblicazioni ed Impact Factor complessivo) ha avuto l'andamento riportato qui di seguito:

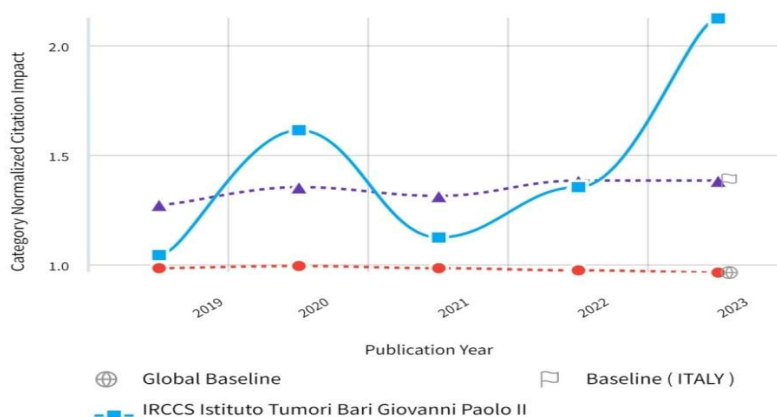


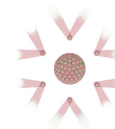
Di contro però, migliora significativamente il livello qualitativo degli indicatori della nostra ricerca nel 2023, ad esempio il livello dell' "impact factor medio" per singolo ricercatore:



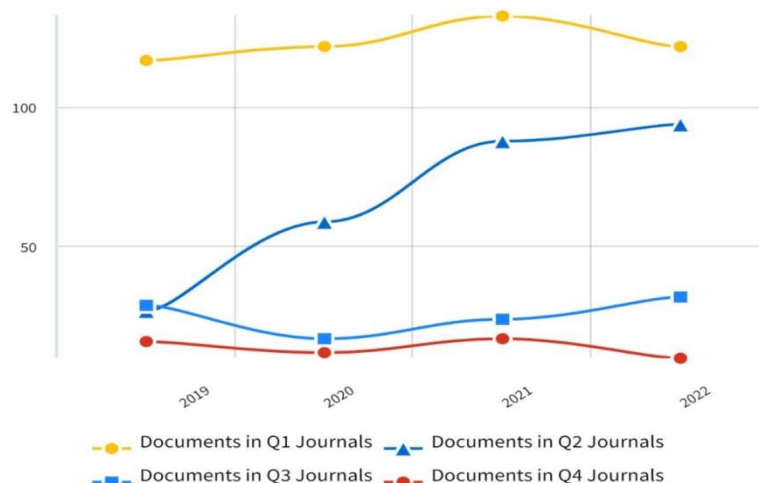
E come emerge altresì dal report sulle performance della ricerca estratto da Web of Science, dove si osserva che l'impatto delle citazioni normalizzate per categoria è cresciuto negli ultimi anni e nel 2023 è nettamente al di sopra della media nazionale e globale.

Category Normalized Citation Impact per Year
What is the citation impact?

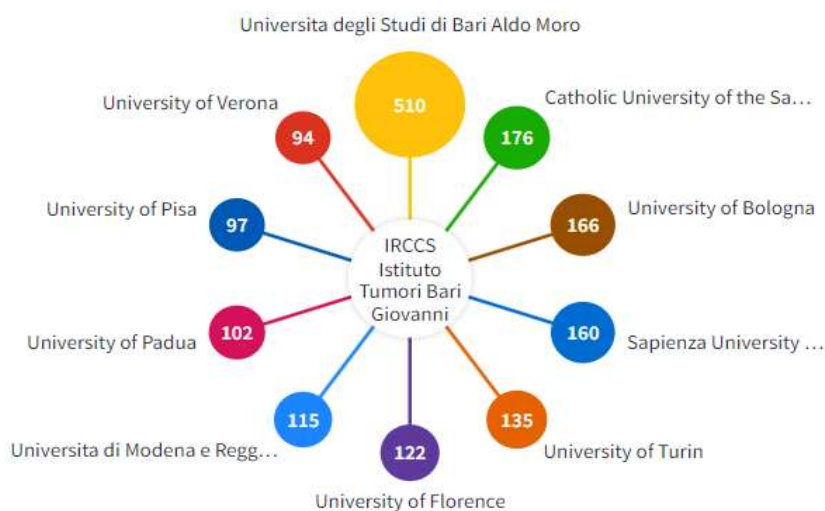




ed anche che la maggior parte delle pubblicazioni scientifiche dei nostri ricercatori è effettuata su riviste Q1 (più elevato quartile) e al più in Q2.

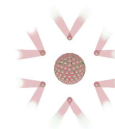


Per quanto attiene la capacità di operare in rete, l'Istituto ha un'adeguata capacità di relazione con le maggiori università nazionali, ed ovviamente in particolare con la locale Università di Bari, ma dopo di essa numerose sono le cooperazioni con le Università del Nord Italia.



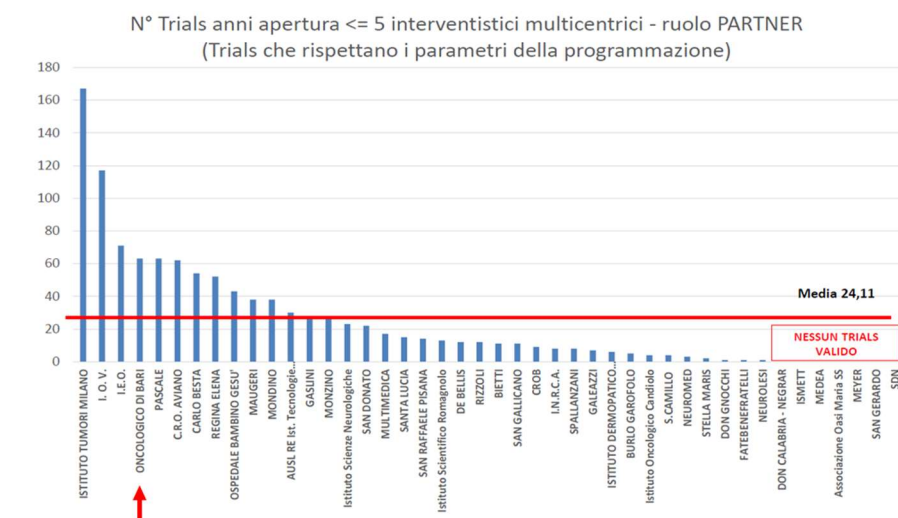
Diversa è invece la situazione nelle cooperazioni internazionali dove, in considerazione delle citazioni dei lavori pubblicati in collaborazioni internazionali (elaborate da "Scopus"), viene a manifestarsi l'unico parametro inferiore alla media nazionale.

	Impatto ponderato delle citazioni nel	Presenza nella top 10% delle citazioni	Percentuale di pubblicazioni nella Top 10% delle riviste	Percentuale di citazioni in collaborazioni	Percentuale di citazioni in collaborazioni



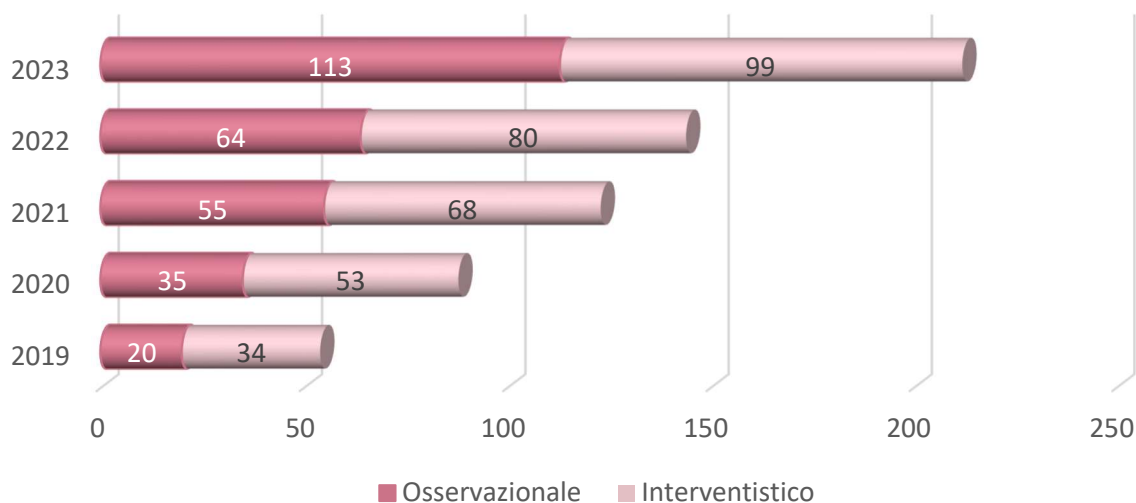
	settore specifico		più citate	internazionali	nazionali
Istituto	2,00	25,7%	25,6%	35,0%	59,1
Italia	1,41	15,2%	26,7%	46,9%	26,7

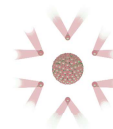
Per quanto attiene ai trials clinici la rilevazione più recente del Ministero della Salute colloca l'Istituto al 4° posto tra i più prolifici esecutori di trials clinici interventistici:



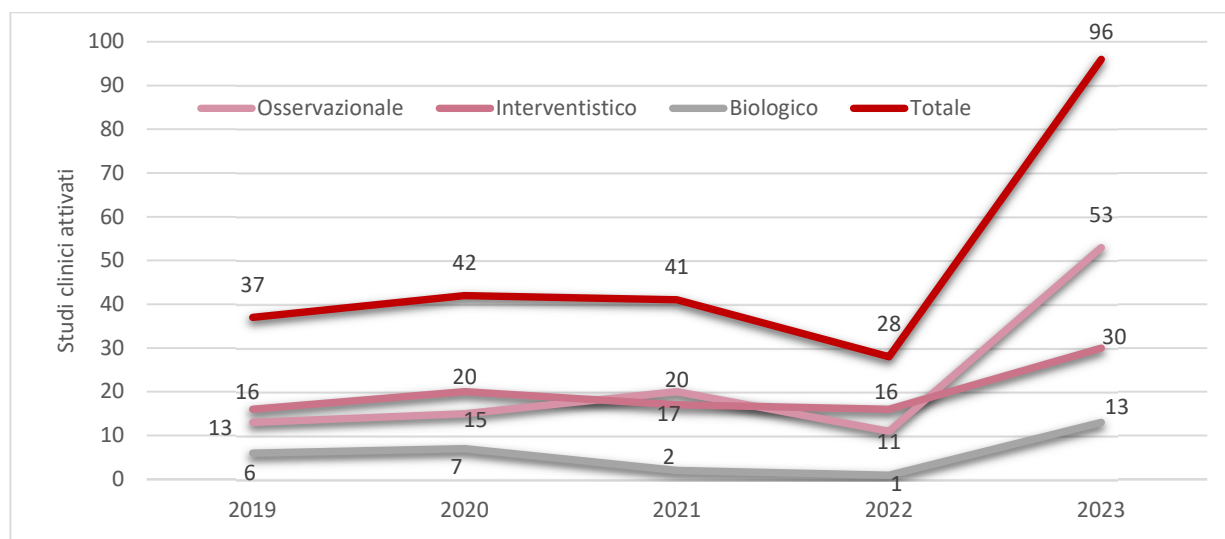
Tale capacità è particolarmente significativa. Difatti nell'ambito dell'Oncologia, come può rilevarsi dallo stesso grafico precedente, la sperimentazione farmacologica può rappresentare l'unica concreta soluzione clinica in caso di fallimento o insussistenza delle altre linee terapeutiche. Non è casuale difatti che tra i primi 8 IRCCS sperimentatori 7 siano di specialità oncologica.

Difatti, la crescita dell'Istituto per studi clinici attivi, dal 2019 ad oggi, è stata incessante:



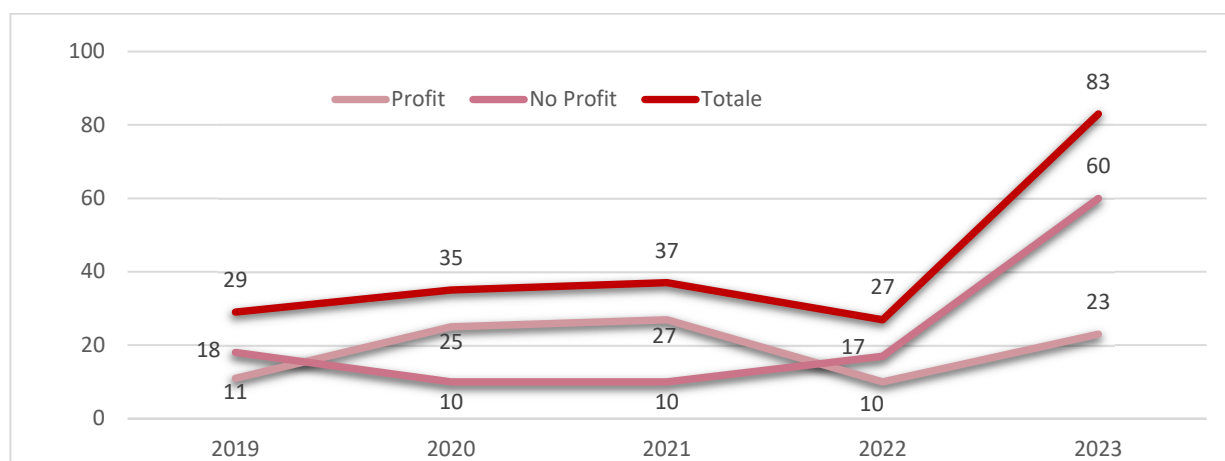


raggiungendo il massimo degli studi attivati nel corso del 2023 in tutte le tipologie, interventistici, osservazionali e biologici.



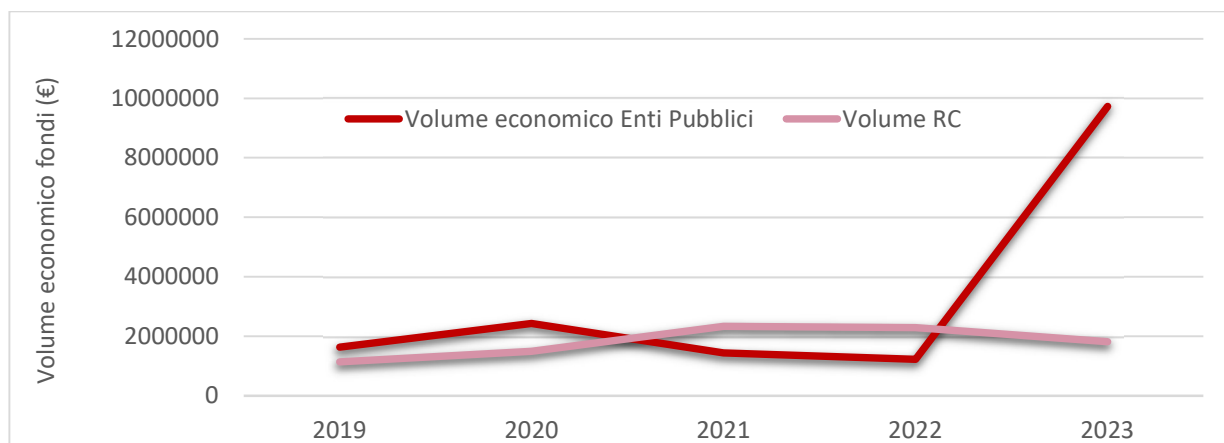
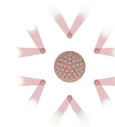
Per quanto attiene a questi ultimi la ripresa appare particolarmente interessante poiché attesta una crescita della conoscenza e delle capacità, ossia del potenziale dell'Istituto nella prospettiva della medicina di precisione, attuale frontiera della scienza oncologica.

Ma anche per quanto attiene alla natura finanziaria di tali studi deve rimarcarsi la maggiore crescita di studi no profit rispetto a quelli finanziati da sponsor:



Altro parametro che, come detto nella parte introduttiva del presente paragrafo, viene valutato dal Ministero della Salute è quello della capacità di attrarre risorse finanziarie per la ricerca.

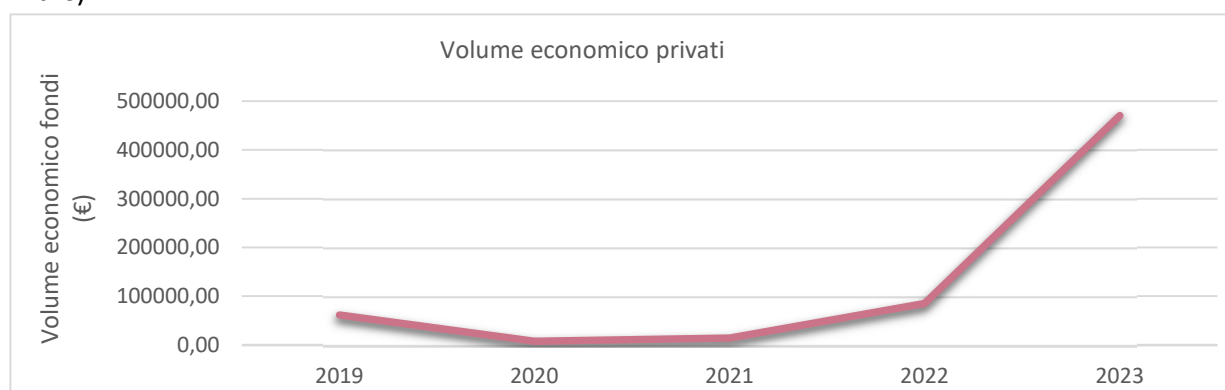
Per quanto attiene ai fondi pubblici provenienti dalla Ricerca Corrente o dall'aggiudicazione di bandi competitivi, l'andamento è il seguente:



dove è attestata la relevantissima crescita dei fondi da Enti Pubblici che passa da 1,2M€ nel 2022 ad oltre 9,7 M€ nel 2023, prevalentemente correlabile all'iniezione finanziaria proveniente dall'aggiudicazione di bandi PNRR-PNC.

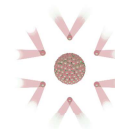
Ma anche la capacità attrattiva dal privato osserva analogo andamento:

potendo registrare nel 2023 oltre 400 mila euro di finanziamenti privati (Banca di Italia, FIL, Mars).



Nel 2023 l'istituto ha avuto la capacità di avviare progetti conseguito i seguenti "grant" su progetti di ricerca:

- **9 Progetti di Ricerca PNRR nell'ambito della Missione 6 Salute M6C2 – 2.1, "Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN":**
 - *Analyses of HPV and host body fluid biomarkers as non-invasive strategy for detection of head and neck cancer relapse;*
 - *A multi-omic approach for gene fusion detection in hematological malignancies: towards improved diagnostic screening and therapeutic targeting - FUSION-TARGET;*
 - *Identification of common pathogenic mechanisms driving squamous cell carcinomas of the anogenital tract and head&neck region to develop overarching therapeutic strategies;*
 - *Cancer of unknown primary: shifting the paradigm from undefined heterogeneous malignancies to a new tumor type arising from cancer stem cells by specific pathogenetic mechanisms and targetable dysregulated pathways;*
 - *A multiomics approach to identify signatures of response and resistance to immunotherapy in R/R Diffuse Large B-cell Lymphoma;*
 - *Leukemic cell and microenvironment interactions as the culprit of chronicity in CLL;*

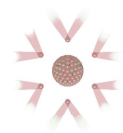


- *Systematic reclassification of Variants of Unknown Significance in cancer- predisposing genes through machine learning applied to CRISPR-based functional screens;*
- *Development and validation of a biomedical device for the detection, characterization and removal of Circulating Tumor Cells from the peripheral blood of patients for the treatment and diagnosis of cancer-EVOLUTION;*
- *Dissecting the role of tau in ovarian cancer pathogenesis and drug resistance..*
- **N. 3 Progetti nell'ambito del Piano Nazionale per gli investimenti Complementari al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza:**
 - Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale: Progetto DARE (Digital Lifelong Prevention) finanziato dal Ministero dell'Università e Ricerca cui l'Istituto partecipa assieme a 28 partner tra cui 8 Università, 13 Ospedali, IRCCS ed ASL, 1 agenzia protezione ambiente, 4 società private ed 1 organizzazione no-profit;
 - Ecosistemi Innovativi per la Salute: Progetto INNOVA – Life Science Hub Diagnostica Avanzata (Digital Lifelong Prevention) finanziato dal Ministero della Salute network nazionale voluto dal Ministero della Salute tra 43 Università ed IRCCS, 8 Spoke livello 1°, 16 spoke livello 2a tra cui l'istituto e 19 spoke livello 2b;
 - Ecosistemi Innovativi per la Salute: Progetto PerfeTTO – Technology Transfer Network finanziato dal Ministero della Salute che finanzia le attività di costituzione di una rete di 52 IRCCS per la valorizzazione della proprietà intellettuale frutto della ricerca;
- **N. 2 progetti in ambito POS "Piano Operativo Salute" (FSC 2014 POS "piano operativo salute" (FSC 2014-2020):**
 - Traiettorie 4 - "Biotecnologie, bioinformatica e sviluppo farmaceutico": *Sviluppo di una piattaforma per la implementazione clinica della oncologia di precisione nelle regioni del centro-sud Italia (COESIT);*
 - Traiettorie 3 - " Medicina rigenerativa, predittiva e personalizzata ",: *HUB Scienze della Vita della Regione Puglia;*
- **N. 2 progetti finanziati dalla Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro:**
 - *Dissecting the role of miR-3916 and miR3613-5p in breast cancer and developing a metastases predictor PORTENT algorithm;*
 - *Amplified gene transcripts as new biomarkers for patient stratification in Small Cell Lung Cancer with MYCL/MYC gains.*
- **N. 1 progetto finanziato in ambito Ricerca Finalizzata-Giovani Ricercatori del Ministero della Salute:**
 - *PEERAD - PrEdictingEndopredict score with RADiomics: a novel radiomics model based on artificial intelligence to drive adjuvant treatment in patients with early- stage, intermediate-risk, hormone-receptor positive HER2 negative breast cancer.*
- **N. 1 progetto finanziato in ambito regionale "Tecnopolo per la medicina di precisione"** (Del. 914 del 31/10/2019), di cui si è in attesa della conferma di proroga per almeno ulteriori due anni

ed ha sottomesso per la valutazione:

- **n. 17 ulteriori progetti** in ambito **PNRR Missione 6 Salute M6C2 – 2.1, "Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN";**
- **n. 3 progetti** in ambito **EU Horizon;**
- **n. 1 progetto** in ambito **EU THCS (Tomorrow Health Care Systems)** in qualità di promotore;
- **n. 1 progetto AIRC** in qualità di promotore,

per i quali si attende l'eventuale aggiudicazione del finanziamento.



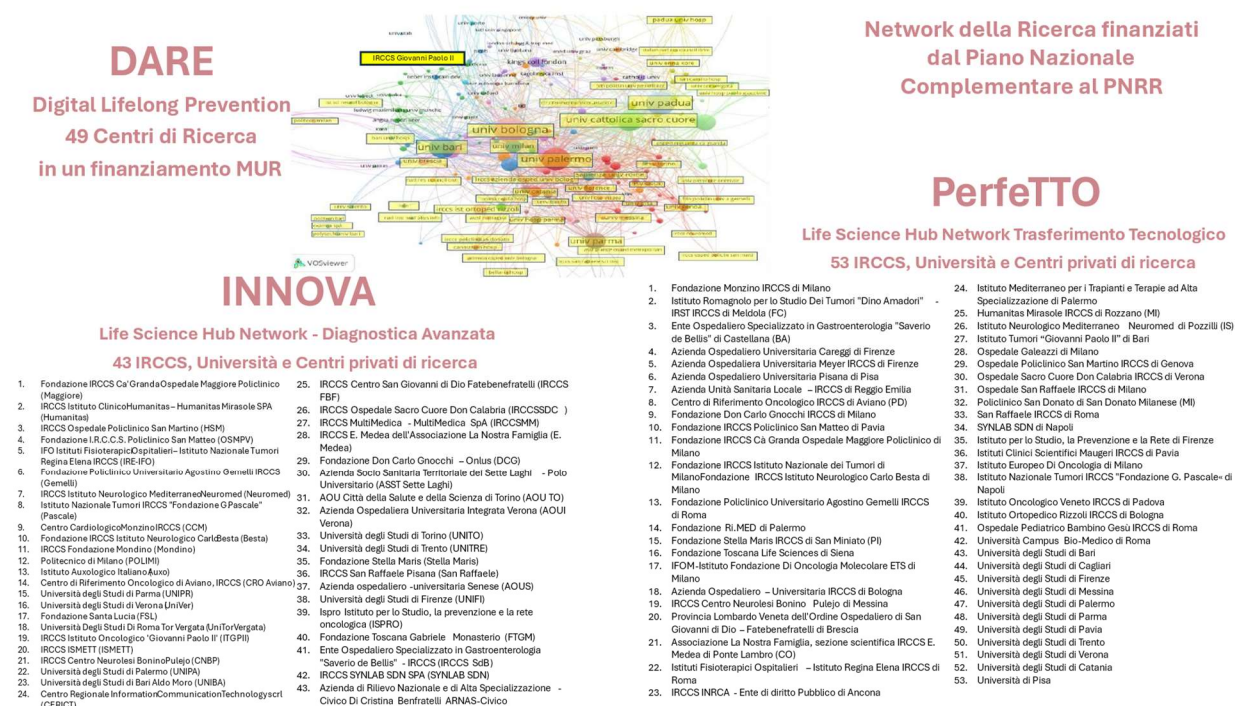
Inoltre trovano capienza finanziaria con fondi 5x1000 i seguenti progetti:

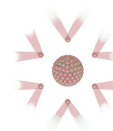
1. "Analisi di biomarcatori cellulari in fluidi biologici di pazienti con cancro dell'ovaio e della vulva";
2. "Screening in high-risk subjects: cancro del pancreas";
3. "Screening nel Tumore del Polmone (STP): un percorso parallelo fra prevenzione clinica e supporto alla cessazione tabagica".
4. "Rilevazione di virus noti e di nuova identificazione in tessuti sani e neoplasie solide maligne mediante lo sviluppo di metodiche e protocolli di laboratorio".
5. "Studio osservazionale nazionale sui pazienti con tumore sottoposti a profilazione NGS (Next Generation Sequencing) e valutati da un MTB (Molecular Tumor Board)".
6. "Ricerca di potenziali marcatori predittivo/prognostici tissutali e circolanti in pazienti con adenocarcinoma del pancreas e delle vie biliari intra ed extraepatiche nei setting adiuvante e metastatico"
7. Programma di attività nell'ambito del progetto di Ricerca: "Analisi farmaco-economica sui principali schemi di terapia a base di farmaci antitumorali, anticorpi monoclonali ed immunoterapici, distinti per distretto anatomico" finanziato con Fondi 5 per mille 2021.

Per quanto attiene invece alla capacità di operare in rete, anzitutto deve evidenziarsi che l'Istituto è stato qualificato nella selezione operata dal Ministero della Salute per la costituzione dei "Network dell'Ecosistema della Salute":

- Life Science Hub – Diagnostica Avanzata;
- Life Science Hub – Network Trasferimento Tecnologico;

entro il numero massimo di partecipazioni contemporanee consentito dal Ministero stesso:





Da anni inoltre l'Istituto ha costituito la rete AMORE: Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete, nata per volontà dei tre principali Istituti oncologici del Mezzogiorno: l'Istituto Nazionale



Tumori IRCCS Fondazione Pascale di Napoli, l'Istituto Tumori di Bari IRCCS Giovanni Paolo II e il Centro di riferimento Oncologico della Basilicata CROB di Rionero in Vulture (Potenza) a cui si è unita l'AO di Cosenza, per formare un network Interregionale di Istituti Oncologici che, attraverso una collaborazione sistematica, il confronto e lo scambio di competenze ed expertise,

assicurino il costante miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure e dei servizi erogati.

L'Istituto è parte altresì del network europeo particolarmente qualificato EURACAN lanciato dalla Commissione Europea il 17 marzo 2017 per i tumori rari di tipo solido e coordinata dal Comprehensive Cancer Centre "Léon Bérard" di Lione in Francia.



Da anni infine partecipa a tutte le iniziative dell'Alleanza Contro il Cancro, la più grande rete di ricerca oncologica italiana fondata nel 2002 direttamente dal Ministero della Salute, nonché al "Network delle Piattaforme Genomiche e dei Molecular Tumor Board" promosso dalla Fondazione "Ricerca e Salute"

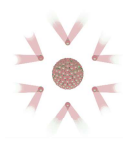


Ultimo parametro del quale riferire è quello delle attività di Trasferimento Tecnologico che nel corso del 2023 hanno potuto registrare la sottomissione di una seconda domanda di brevetto, quest'ultima relativa ad un "Modello radiomic-based per la predizione stato del linfonodo sentinella", mentre una ulteriore potenziale registrazione potrà avere luogo nel 2024.

Sempre nell'ambito delle attività di trasferimento tecnologico, nel corso del 2023 dopo l'avvio antesignano dell'apertura dell'Albo dei Partner della Ricerca rispetto agli obblighi individuati dal D.Lgs. 200/2022, si è dato seguito all'attività di auditing dei potenziali partner accrescendo il loro numero fino al raggiungimento di oltre 40 tra piccole e medie imprese con particolare attenzione anche e soprattutto alle realtà locali al fine di costituire veri e propri ecosistemi tecnologici della ricerca.

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

L'analisi di sostenibilità economico-finanziaria è stata condotta per quanto attiene all'esercizio 2023, sulla base delle rilevazioni del bilancio pre-consuntivo dell'esercizio 2023 e previsionale dell'esercizio 2024, poiché allo stato attuale non è ancora possibile disporre dei dati definitivi dal bilancio consuntivo, la cui approvazione – come noto - avviene nel corso del mese di



maggio. Il bilancio previsionale è stato approvato con Deliberazione n. 1038 del 28 dicembre 2023.

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

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

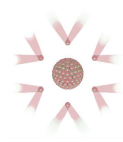
Come detto, nel 2023 i ricavi dell'assistenza hanno registrato una discreta crescita complessiva di 3,1 M€, con un forte contributo dell'assistenza ambulatoriale che ha confermato il "trend" di crescita con ulteriori 2,7 M€ mentre fattori strutturali legati alle carenze di personale hanno condizionato la produzione in regime di ricovero dove la crescita è rimasta limitata a circa 0,45 M€.

Il contributo alla sostenibilità del File "F" che fa apparire la produzione diminuita dai 32,3 M€ circa del 2022 al valore di 29,4 M€ nel 2023 è sostanzialmente ininfluenza sotto il profilo della sostenibilità, infatti identica voce di costo è presente in bilancio compensandola completamente.

Le differenze tra la rilevazione della produzione presentata in questo Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione e quelle del Bilancio di Previsione rivengono dalle tempistiche di redazione degli atti. In questo PIAO è stato possibile tenere conto dell'intera produzione di ricovero quantificando la componente non ancora validata oramai comunque residuale al valore medio dei DRG e quantificando compiutamente la reale produzione ambulatoriale.

Nel bilancio Previsionale per il 2024, sono stati posti obiettivi strategici di produzione di **sostanziale consolidamento della produzione di assistenza ambulatoriale** per la quale è stato previsto un incremento di 700 k€ ed invece una ben più consistente crescita della produzione in regime di ricovero superando di 1,6 M€ i livelli delle prestazioni ante-Covid corrispondenti ad un incremento di 4 M€ rispetto ai 19,6 M€ del 2023.

	Budget 2024	Preconsuntivo 2023	Bilancio 2022	Differenza Budget 2024/Prec. 2023	Differenza Budget 2024/Cons. 2022
Funzioni non tariffate	18.386.146	18.386.146	18.386.146	-	-
Mobilità Regionale					
Ricoveri Ordinari e Day Hospital	22.420.000	16.849.709	17.817.704	5.570.291	4.602.296
Prestazioni ambulatoriali	21.015.000	20.529.778	17.709.043	485.222	3.305.957
Totale	43.435.000	37.379.487	35.526.747	6.055.513	7.908.253
Mobilità Extraregionale					
Ricoveri Ordinari e Day Hospital	1.180.000	846.587	1.348.608	333.413	(168.608)
Prestazioni ambulatoriali	585.000	565.520	405.685	19.480	179.315
Totale	1.765.000	1.412.106	1.754.293	352.894	10.707
File F					



File F Regionale	33.948.441	29.132.293	31.927.130	4.816.148	2.021.311
File F Extraregionale	280.360	240.587	350.440	39.774	(70.080)
Totale	34.228.802	29.372.880	32.277.570	4.855.922	1.951.232
Totale Produzione	79.428.802	68.164.474	69.558.610	11.264.328	9.870.191
Funzioni non tariffate	18.386.146	18.386.146	18.386.146	-	-
Mobilità Regionale	43.435.000	37.379.487	35.526.747	6.055.513	7.908.253
Mobilità Extraregionale	1.765.000	1.412.106	1.754.293	352.894	10.707
File F	34.228.802	29.372.880	32.277.570	4.855.922	1.951.232

La possibilità di conseguire tale risultato comunque ambizioso è fondamentalmente legato alle seguenti ipotesi:

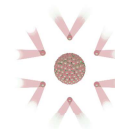
- l'assunzione del personale di cui al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2021-2023 approvato con Delibera del Direttore Generale n. 894 del 9 novembre 2023 determinato rispettando del limite di cui all'art.1 comma 71 della L.191/09 definito per questo IRCCS con Deliberazione della Giunta Regionale n.1818 del 12 dicembre 2022 nel valore pari ad € 35.152.116.
- un rapido completamento delle procedure amministrative per l'individuazione dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture attualmente vacanti e la possibilità nelle more della loro esecuzione, di avvalersi dell'apporto di specialisti chirurgici anche in regime di consulenza;
- la completa attivazione ed efficiente funzionamento della 4° sala del Gruppo Operatorio;
- l'accreditamento di tutti i locali di terapia sub-intensiva ad elevato grado di asepsi per il trapianto di midollo;
- la realizzazione secondo le tempistiche pianificate degli investimenti che verranno descritti nell'apposita sezione della presente pianificazione;
- il recupero di spazi da destinare all'assistenza in virtù dell'avvenuto completamento dei lavori di manutenzione straordinaria al secondo piano della cosiddetta "palazzina uffici" destinata alle sale di somministrazione chemioterapica;
- una più efficiente gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici con riduzione dei tempi di esecuzione delle procedure diagnostiche.

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

Nel dettaglio le strategie sinora individuate per il previsto incremento di produzione sono:

Assistenza in regime di ricovero ordinario o DH:

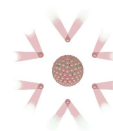
La produzione in **regime di ricovero** è stabilita in 23.600 k€, con un significativo incremento di 4.000 k€ rispetto al livello di produzione raggiunto nel 2023, che si attesterà con elevatissime probabilità a 19.600 k€. Si ritiene ragionevolmente possibile raggiungere tale livello della produzione sulla base delle seguenti previsioni per singola struttura:



1. **Chirurgia Generale:** Incremento dai circa 2.100 k€ (produzione 2023) per ricoveri ordinari a **2.800 k€** (rispetto ai 3.700 k€ del 2021);
2. **Chirurgia Plastica:** Allineamento a **1.900 k€** (valore produzione conseguito nel 2022 e sostanzialmente anche nel 2023);
3. **Chirurgia Senologica:** Conferma della produzione a **1.400 k€**;
4. **Chirurgia Toracica:** Incremento della produzione a **3.850 k€** da 3.660 k€ con utilizzo dei nuovi chirurghi;
5. **Ematologia:** Incremento della produzione da 4.400 k€ a **4.900 k€** in virtù dell'aumento dei P.L. in semi-intensiva per il trapianto di midollo (+ 10 pazienti);
6. **Ginecologia:** Lieve incremento della produzione a **2.100 k€** dai 2.000 k€ nel 2023;
7. **Radiodiagnostica interventistica:** Incremento della produzione a **600 k€** da 340 k€ del 2023;
8. **Oncologia interventistica:** Incremento della produzione per interventi di **termoablazione e chemio-embolizzazione** da garantire con ricovero presso il servizio **dell'Oncologia Medica** e della **Chirurgia Generale** pari a **1.300 k€**;
9. **Oncologia Medica:** Lieve incremento nella produzione autonoma a **1.600 k€** da 1.500 k€ ed ulteriore incremento di **400 k€** in virtù della **riconversione di 8 P.L. a lungodegenza**;
10. **Oncologia Medica per la patologia polmonare:** Mantenimento degli attuali livelli di produzione che si attestano a **1.100 k€**;
11. **Otorinolaringoiatria:** Recupero della produzione almeno ai livelli del 2022 che era pari a circa **450 k€** mediante maggiore disponibilità della Sala Operatoria;
12. **TIPO:** Attestazione ai livelli standard di **100 k€**;
13. **Urologia:** Livelli di produzione identici al 2021 pari a **1.000 k€** con lieve incremento rispetto allo scorso esercizio che ha garantito 880 k€;

Le modificazioni organizzative in grado di sorreggere tale previsione sono le seguenti:

1. **Utilizzo per il turno 8:00-14:00 della 4° Sala Operatoria per 5 giorni alla settimana** mediante garanzia del supporto infermieristici adeguato. Tale incremento verrebbe reso disponibile alle strutture chirurgiche cui è chiesto un incremento di produzione: Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Otorinolaringoiatria, Urologia e Ginecologia → **Incremento produzione atteso 1.800 k€** (più che ragionevole sulla base della produzione media di una singola Sala Operatoria)
2. **Conversione di 8 P.L. della Oncologia Medica a Lungodegenza** → Incremento di produzione atteso **400 k€**;
3. **Ripresa degli interventi di termo-ablazione e chemio-embolizzazione da parte della Radiodiagnostica Interventistica** con attività a servizio della Oncologia Medica e della Chirurgia Generale → Incremento di produzione atteso **1.300 k€**;
4. **Accreditamento degli ulteriori P.L. della semi-intensiva dell'Ematologia** per incrementare di 10 pazienti i trapianti di midollo → Incremento di produzione atteso **500 k€**;
5. **Necessarie integrazioni chirurghi presso Otorinolaringoiatria, Urologia e Chirurgia Toracica.**



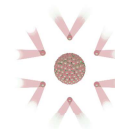
Assistenza in regime ambulatoriale:

La produzione **ambulatoriale** è stabilita in **21.600 k€**, con un incremento, seppure non così significativo in termini percentuali rispetto al regime di ricovero, ma altrettanto se non maggiormente sfidante in termini organizzativi alla luce dell'entità dello sforzo produttivo sinora espletato e della scarsa remuneratività delle tariffe attualmente riconosciute.

La crescita di produzione è fissata in € 0,7 M€ rispetto ai 20,9 M€ conseguiti nel 2023.

Alcuni mutamenti strutturali nell'organizzazione dell'assistenza specialistica potrebbero garantire il risultato:

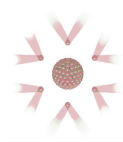
1. **Allocazione di parte delle prestazioni in telemedicina**, dove grazie al finanziamento del Progetto "TeleC.Or.O." si potrà disporre di 22 infermieri per effettuare in modalità "B2B" alcune prestazioni di televisita (controlli) e di teleconsulto (consulenze specialistiche). Il progetto consentirebbe inoltre, in maniera mirata ed in presenza di una specifica organizzazione dell'emergenza/urgenza nei siti remoti, di effettuare presso tali centri previa garanzia di idonee condizioni di sicurezza, alcune somministrazioni a basso rischio di reazione avversa quali ad esempio alcune somministrazioni con iniezione "sotto-cute". Tale soluzione aumenterebbe di gran lunga la quantità di assistiti oltre ad un innegabile beneficio per la qualità di vita dei pazienti e dei loro "care-giver", i quali non sarebbero più costretti a viaggi di diverse decine di chilometri per ricevere la somministrazione del farmaco. Infine presso tali siti remoti sarebbe possibile effettuare le attività di prelievo garantendo una maggiore quantità di esami eseguiti abbattendo il costo dell'ammortamento degli analizzatori per l'esecuzione di ciascun prelievo. E' ipotizzabile una ipotesi cautelativa di prestazioni aggiuntive rispetto alle attuali nelle varie branche dell'Area Medica non inferiori ad un **ricavo supplementare di € 70-100 k€ per il 2024** ed in incremento da quantificare meglio via via che le procedure entreranno negli standard dell'Istituto nel corso del 2025 e 2026
2. **Efficientamento dei processi di preparazione e somministrazione delle chemioterapie.** Un'importante possibilità di efficientamento con incremento anche della sicurezza delle relative procedure sarà garantita dall'utilizzo sistematico delle pompe volumetriche collegate in rete ad un sistema di Dose Error Reduction System (DERS) la cui procedura di acquisizione è stata avviata al termine del 2023 e che consentirà di alleviare il carico di lavoro del personale addetto alla somministrazioni di terapie infusionali IV e di efficientare il controllo della sicurezza delle stesse. Si stima che l'introduzione nell'operatività del sistema possa avvenire a partire dal 3° trimestre dell'esercizio 2024. A tale intervento potrà fare da utile complemento l'ipotesi di acquisizione di un sistema robotizzato per la preparazione delle terapie antiblastiche, citotossiche ed immunomodulanti, laddove ne venga garantita la prevista fonte di finanziamento tra gli investimenti da approvare da parte dell'Ente Regione assieme all'ampliamento previo trasferimento delle facilities dell'U.Ma.C.A. (interventi da implementare comunque nel 2025-2026). **L'incremento di produzione stimato per il 2024 è pari a 110-120 k€, al netto della remunerazione dei farmaci nel file "F".** Ad ogni buon conto, comunque, gli incrementi di produzione per chemioterapie (anche quelli della telesomministrazione di cui al punto precedente) sono



subordinati all'adeguamento del tetto di spesa sui farmaci, la cui previsione di bilancio passa da 29,4 M€ circa a 34,2 M€ con una crescita del 16%, finalmente grazie ad un riconoscimento della peculiarità oncologica dell'Istituto.

3. Per quanto attiene alle **prestazioni di Anatomia Patologica**, l'oramai completata installazione della **Digital Pathology** con capacità di acquisizione di circa 800 vetrini/die potrà consentire, a partire dai primi mesi del 2024, un efficientamento gestionale accompagnato anche da un incremento delle capacità diagnostiche grazie ai software di analisi grafica e supporto alle decisioni diagnostiche. E' decisamente nelle possibilità della struttura, grazie a tali miglioramenti ritornare a produrre ai livelli del 2022 (differenza di 100 k€) e superarli di altri 50 k€, per una **crescita complessiva dei ricavi pari a 130-150 k€**.
4. La **Diagnostica Molecolare** dell'Istituto, assieme alla Radioterapia, rappresenta una delle strutture che eroga il maggior fatturato di assistenza ambulatoriale, ma con costi del personale davvero limitatissimi. I margini operativi sono particolarmente interessanti e le prospettive di crescita della domanda soprattutto in ambito oncologico solide e positive, al punto da ben giustificarne gli investimenti che vedono la struttura operare con 2 Next Generation Sequencers. Anche il futuro tariffario approvato con DM Salute del 23 giugno 2023 confermerebbe la sostenibilità economica di tali prestazioni. A fronte dei ricavi prodotti nel 2023, pari ad oltre 3,85 M€ è **ipotizzabile che la stessa domanda conduca ad un incremento delle prestazioni del 2,5% per un maggiore ricavo di 100-150 k€**.
5. L'analisi condotta sulla produzione ambulatoriale del 2023 ha consentito di evidenziare che in alcune strutture si possa e si debba, per il corretto inquadramento del paziente, durante cui sono stabilmente eseguite consultazioni in Team Multidisciplinari per l'inquadramento diagnostico-terapeutico del paziente, procedere ad integrare le originarie prescrizioni di prima visita con ulteriori prestazioni di **"consulti definiti complessivi"**. Alla luce dell'entità delle prime visite, dei casi discussi nei Team Multidisciplinari è ipotizzabile una **crescita dei ricavi di 70-100 k€**.
6. Con nota Prot. n. 29640 del 30 dicembre 2022 veniva trasmessa alla Direzione Strategica la valutazione di Healthcare Technology (HTA) relativa all'introduzione nell'Istituto di apparecchiature (afterloader) per per la somministrazione di **brachiterapia intracavitaria "High Dose Rate"** mediante applicatore esterno in virtù della quale potrebbe determinarsi una **produzione aggiuntiva da parte della struttura di Radioterapia di 150 k€** senza ulteriori investimenti (afterloader in service).
7. Infine anche grazie alla prospettiva di introdurre tra le prestazioni erogabili da parte dell'Istituto, quelle di **programmazione e controllo dei "pace-maker" e dei "defibrillatori" impiantati**, riprogrammando i primi temporaneamente in modalità asincrona e sospendendo la programmazione anti-tachicardica nei secondi ove previsto prima di un intervento chirurgico, MRI, Radioterapia, è **possibile prevedere almeno un recupero della produzione della Cardiologia ai livelli del 2022 ed eventualmente anche superarli con ricavi superiori rispetto al 2023 di 20-50 k€**.

Sul fronte dei costi della produzione la performance tecnico-economica riceverà qualche beneficio dalla previsione di una maggiore dotazione finanziaria per beni sanitari, questa volta compatibili con il previsto incremento di produzione ed in senso generale in grado du



garantire l'assolvimento della "mission" di assistenza al paziente oncologico che necessita di cure particolarmente avanzate e dispendiose nel rispetto di criteri di appropriatezza.

Il bilancio previsionale prevede difatti un possibile incremento dei costi di produzione da 115 M€ a 124 M€ pur garantendo nel contempo una diminuzione del Margine Operativo Lordo di circa 4,5 M€. Una conferma che **con maggiori leve operative si può pervenire ad un equilibrio di bilancio.**

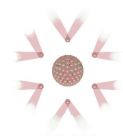
	Preventivo 2024	Preconsuntivo 2023	Bilancio 2022	Variazione BDG 2024 - PRC 2023		Variazione BDG. 2024 - CNS. 2022	
				Importo	%	Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	114.775	103.006	109.651	11.769	11,43%	5.124	4,67%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	124.124	115.175	116.304	8.949	8%	7.820	7%
	-9.349	-12.169	-6.653	2.820	-23%	-2.696	41%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-	-	-	-	-	-	-
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	-	-	-7	-	-	7	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	426	-1.305	2.506	1.731	-133%	-2.080	-83%
	-8.923	-13.474	-4.154	4.551	-34%	-4.769	115%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	3.046	2.946	2.807	100	3%	239	9%
RISULTATO ECONOMICO	-11.969	-16.420	-6.961	4.451	-27%	-5.008	72%

In particolare, per quanto attiene al consumo di beni la previsione è la seguente:

	Preventivo 2024	Preconsuntivo 2023	Bilancio 2022	Variazione BDG 2024 - PRC 2023		Variazione BDG. 2024 - CNS. 2022	
				Importo	%	Importo	%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE							
1) Acquisti di beni	48.403	45.200	44.952	3.203	7%	3.451	8%
a) Acquisti di beni sanitari	48.168	44.994	44.638	3.174	7%	3.530	8%
b) Acquisti di beni non sanitari	235	206	314	29	14%	-79	-25%
10) Variazione delle rimanenze	-	-292	302	292	-100%	-302	-100%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-	-297	331	297	-100%	-331	-100%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-	5	-29	-5	-100%	29	-100%
Totale consumi	48.403	44.908	45.254	3.495	8%	3.149	7%
a) Beni sanitari	48.168	44.697	44.969	3.471	8%	3.199	7%
b) Beni non sanitari	235	211	285	24	8%	-50	-18%

Nel corso del 2023 la spesa farmaceutica per medicinali con e senza AIC evidenzia, come prevedibile, una tendenza in crescita rispetto all'anno 2022, anche a causa dell'esaurimento delle potenzialità di tutte le azioni messe in campo negli ultimi due anni:

- utilizzo di tutti i biosimilari presenti sul mercato in sostituzione dei corrispondenti farmaci "brand originator" sulla totalità dei pazienti;
- acquisto di tutti i farmaci resi disponibili attraverso le gare espletate dalla centrale di acquisto unica regionale InnovaPuglia delle quali c'è l'obbligo normativo di avvalimento e che attingono ai costi più bassi del mercato;



- dispensazione dei farmaci antitumorali orali in tutti i casi in cui sussista tale indicazione, trasferendo la spesa alle Farmacie Territoriali di residenza dei singoli pazienti, come previsto dalle varie Determine Regionali,

che non lasciavano spazio ad ulteriori ottimizzazioni della spesa.

Pertanto nello stesso 2023, rispetto al 2022, il numero di somministrazioni delle sole terapie infusionali è cresciuto di circa il 2,6%. Difatti, le prestazioni classificate a catalogo regionale con il codice 53445 – “Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove”, sono passate da 30.611 a 31.411, con un incremento del 2,6%.

Non solo, ma a questo deve aggiungersi che, per ragione di appropriatezza prescrittiva, ha avuto luogo una trasformazione delle terapie in polichemioterapie, le quali hanno necessariamente portato ad un aumento dei farmaci acquistati.

Infine deve comunque tenersi conto dell’inevitabile lievitazione dei costi e dei listini.

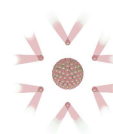
Per quanto attiene alla spesa per Dispositivi Medici DM, oggetto anch’essa di notevoli attenzioni nel corso del 2023, è stato possibile registrare una riduzione anche grazie alla riclassificazione consentita per quei DM che, utilizzati per la ricerca, comunque confluivano nella spesa per assistenza, pregiudicando il rispetto dei vincoli del tetto di spesa per i DM e penalizzando comunque anche la ricerca dovendone limitare l’acquisizione.

La previsione per il 2024 è però che tale “trend” possa difficilmente continuare, poiché la pianificazione prevede:

- il **potenziamento delle cure ematologiche** con l’avvio di ulteriori posti letto nell’unità sterile dell’Ematologia assieme alla disponibilità di **6 nuovi antibiotici di ultima generazione** ad altissimo costo per la corretta gestione dei pazienti neutropenici sottoposti alle procedure,
- la persistente e crescente richiesta di **indagini di Genetica e Biologia Molecolare** per il trattamento di pazienti eleggibili a trattamenti specifici, individuati dopo le valutazioni genetiche;
- il completamento della **nuova piastra ambulatoriale** nella palazzina degli Uffici Amministrativi per la **somministrazione delle chemioterapie**,
- il potenziamento dell’attività chirurgica con **l’apertura della 4° sala operatoria** ed il conseguente ulteriore **consumo di dispositivi medici monouso** per l’ablazione tissutale e la coagulazione dei vasi e per la suturazione;

L’incremento della dotazione finanziaria per il 2024 appare pertanto restituire credibilità alla programmazione potendo così definire budget attendibili da assegnare alle strutture per garantire i correlati livelli di produzione.

I consumi di materiali non sanitari pari a €/mgl 235, stimati dagli uffici competenti, sono stati previsti in incremento del 14% rispetto al Preconsuntivo 2023 e per essi dovranno comunque essere adottate misure di controllo del budget.



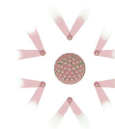
Altra voce per cui si prevede un aumento è quella relativa all' **"acquisto di servizi sanitari"** per la quale è ipotizzata una lievitazione della spesa del 9%.

	Preventivo 2024	Preconsuntivo 2023	Bilancio 2022	Variazione BDG 2024 - PRC 2023		Variazione BDG. 2024 - CNS. 2022	
				Importo	%	Importo	%
2) Acquisti di servizi sanitari	3.131	2.874	3.127	257	9%	4	0%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	747	645	634	102	16%	113	18%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	25	35	34	-10	-29%	-9	-26%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-	-	-	-	-	-
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	1.412	1.432	1.208	-20	-1%	204	17%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	-	-	-	-	-	-	-
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	907	716	1.191	191	27%	-284	-24%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	40	46	60	-6	-13%	-20	-33%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-	-	-	-

La crescita della spesa in tale voce è da imputare ai seguenti costi:

- **Specialisti ambulatoriali in convenzione** per i quali è previsto un incremento di ore con una corrispondente lievitazione dei costi per 102 k€ rispetto al Preconsuntivo 2023 e 113 k€ rispetto al Bilancio di esercizio 2022;
- **Consulenze, collaborazioni e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie**, le quali comprendono le consulenze sanitarie da altre aziende sanitarie pubbliche, i contratti di lavoro autonomo finanziati dai **progetti di ricerca** e le prestazioni aggiuntive al personale dipendente. Complessivamente è prevista una spesa di **907 k€**, con un incremento previsionale di **+199 k€**. Per le prestazioni aggiuntive al personale dipendente secondo le indicazioni regionali fornite con Nota Prot. AOO_168/0008554 del 6 dicembre 2023, la previsione è stimata in misura pari all'importo rilevato a preconsuntivo nel 2023.
- **Compartecipazione al personale per attività libero-professionale (intramoenia)**, pari a **1.412 k€**, sostanzialmente in linea con il Preconsuntivo 2023 (**-20 k€**) e in aumento rispetto al Bilancio di esercizio 2022 di **204 k€**. Si tratta di una voce che sostanzialmente non incide sul bilancio in quanto ad essa corrisponde una voce addirittura superiore tra i ricavi;
- **altri servizi sanitari** e sociosanitari a rilevanza sanitaria, pari **complessivamente a 40 k€**, derivanti principalmente dal **servizio sorveglianza sanitaria**.

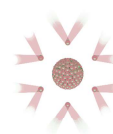
In rilevante aumento del 29%, equivalente a circa 3,5M€ rispetto al bilancio preconsuntivo del 2023, è la voce **"acquisto di servizi non sanitari"**, in cui sono ricompresi i seguenti costi:



- **Servizi appaltati**, tra cui le utenze (Energia elettrica, Acqua e Fogna, Gas, Telefono), la lavanderia, la pulizia, la mensa e ristorazione, la conduzione caldaie e produzione calore, i servizi di Elaborazione Dati, l'assistenza hardware e software, l'attività di Data Entry, i servizi di trasporto non sanitario, la raccolta e smaltimento dei rifiuti tossici e nocivi, i servizi di Logistica, la vigilanza, la gestione archivi, il servizio di Portierato e Ausiliarato la Distribuzione Farmaci PHT e altro per un costo complessivo di 15,4 M€, più elevato del 29% rispetto al preconsuntivo 2023 e del 50% rispetto al consuntivo 2022. Si tratta ovviamente di un previsione fortemente cautelativa rispetto alla scarsa prevedibilità della congiuntura economico-finanziaria (inflazione, costi energetici, ecc.)
- **consulenze, collaborazioni e altre prestazioni di lavoro non sanitarie**, pari a 1.785 k€, riguardanti contratti di lavoro autonomo e borse di studio finanziate da progetti di ricerca;
- **costi per formazione**, pari a 212 k€, previsti, secondo la normativa vigente, in misura pari al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 incrementati in considerazione dei costi stimati per la formazione obbligatoria e dei costi sostenuti nell'ambito di progetti di ricerca;

Il dettaglio dei **servizi appaltati** é di seguito riportato:

Voce di Conto economico	Preventivo 2024	Prec. 2023	Bilancio 2022	Variazione BDG 2024 - PRC 2023		Variazione BDG. 2024 - CNS. 2022	
				Importo	%	Importo	%
Servizi appaltati	15.394	11.908	10.242	3.486	29%	5.152	50%
Energia elettrica	2.200	1.936	1.533	264	14%	667	44%
Acqua e Fogna	100	58	97	42	72%	3	3%
Utenze Gas	5	0	0	5	0%	5	0%
Telefono	700	570	609	130	23%	91	15%
Lavanderia	450	376	365	74	20%	85	23%
Pulizia	1.650	1.772	1.571	-122	-7%	79	5%
Mensa e Ristor.	600	448	647	152	34%	-47	-7%
Conduzione caldaie e Produzione calore	1.200	966	627	234	24%	573	91%
Assistenza hardware e software	1.690	1.431	671	259	18%	1.019	152%
Attività di Data Entry	0	0	0	0	0%	0	0%
Servizi trasporti (non sanitari)	8	2	6	6	300%	2	33%
Raccolta e Smaltim. rifiuti toss. e nocivi	190	176	203	14	8%	-13	-6%
Servizi di Logistica	795	512	461	283	55%	334	72%
Vigilanza	465	456	449	9	2%	16	4%
Gestione Archivi	120	79	56	41	52%	64	114%
Servizio di Portierato e Ausiliarato	1.600	1.471	1.268	129	9%	332	26%
Altri Servizi	2.075	1.368	1.326	707	52%	749	56%
Manutenzione del verde	60	52	63	8	15%	-3	-5%
Servizi di radioprotezione	5	3	3	2	67%	2	67%
Rimb.spese viaggio al personale dipendente	72	20	28	52	260%	44	157%



Libri, Riviste ed Abbonamenti vari	2	3	98	-1	-33%	-96	-98%
Commissioni ed oneri per il Servizio di Tesoreria	23	0	0	23	0%	23	0%
Altre spese bancarie e postali	31	29	27	2	7%	4	15%
Spese di pubblicità, pubblicaz. e bandi di gare	244	138	107	106	77%	137	128%
Premi di assicuraz. per furto, incendio ed RC auto	50	26	18	24	92%	32	178%

Tutte le voci relative alle **utenze** sono in **significativo aumento** con percentuali **variabili tra il 14% (Energia Elettrica) ed il 72% (Acqua e Fogna)**.

La valutazione dei **servizi di Pulizia, Lavanderia, Mensa e Ristorazione, Raccolta e smaltimento rifiuti, Logistica, Gestione Archivi**, effettuata secondo gli affidamenti esistenti conduce ad **incrementi variabili dal 20% al 55%**.

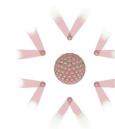
Per quanto attiene **l'assistenza hardware e software**, i relativi costi sono stati stimati sulla base delle previsioni dei costi di assistenza tecnica e manutenzione dei sistemi informatici in uso cui sono stati aggiunti quelli della prevista "transizione al cloud" che è stata oggetto di apposito **finanziamento per 214 k€**.

Infine in merito alla voce "*Premi di assicurazione*". l'incremento si riferisce al costo rilevato per l'indizione di gara a Procedura aperta, ai sensi dell art. 71 del D.Lgs. n 36 del 31 marzo 2023, per l'affidamento dei Servizi Assicurativi pubblicata con Delibera del Direttore Generale n. 582 del 10 luglio 2023.

Non vi è dubbio che l'entità degli aumenti debba condurre ad una importante azione di vigilanza sui costi e sulle prestazioni rese da parte dei Direttori dell'Esecuzione del Contratto.

Altro raggruppamento omogeneo di spesa nel bilancio è quello dei **costi per manutenzioni**. La valorizzazione delle voci di conto relative alle manutenzioni nel bilancio consuntivo 2022, preconsuntivo 2023 e previsionale 2024 sono riportate nella tabella che segue:

	Preventivo o 2024	Precons. 2023	Bilancio 2022	Variazione BDG 2024 - PRC 2023		Variazione BDG. 2024 - CNS. 2022	
				Importo	%	Importo	%
Manutenzione e riparazione							
Manut. ordin. sugli immobili e loro pertinenze	2.380	2.649	2.257	-269	-10%	123	5%
Manut. ordin. sugli impianti e macchinari	187	205	28	-18	-9%	159	568%
Manut. ordin. sugli automez. (sanit. e non sanit.)	10	5	1	5	100%	9	900%
Manut. ordin. su attrezz. Tecnico scientif. sanit.	2.663	2.655	2.400	8	0%	263	11%
Manut. ord. su attr. tec. scien. san. per la ricerca	0	10	37	-10	-100%	-37	-100%



Manut. ordin. su mobili e arredi	0	0	0	0	0%	0	0%
Manut. ordin. su macchine elettrocont. ed elettron.	0	0	0	0	0%	0	0%
Manutenzioni e rip. da Aziende Sanitarie della Regione	0	0	0	0	0%	0	0%
Totale	5.240	5.524	4.723	-284	-5%	517	11%

Nel corso del 2021 e 2022 la spesa per **manutenzione ordinaria degli immobili** si è mantenuta a livelli contenuti, **rispettivamente di 2,37 e 2,26 M€**, ma le stime del **pre-consuntivo del 2023** prospettano una **lievitazione dei costi fino a 2,65 M€** anche in virtù dei numerosi lavori condotti presso la nuova sede della Scuola dei Fiori e del Plesso Centrale (nuovo CUP), con un incremento di circa 0,39 M€. **Nel 2024 la spesa dovrebbe essere ricondotta ai livelli del 2021 con una riduzione di circa 270 k€.**

Analogamente si è potuta osservare una spesa per **manutenzione di macchine ed impianti abbastanza contenuta nel 2021 e 2022**, con costi **rispettivamente di 122 k€ e 28 k€**. Anche in questo caso, come quasi sempre accade, la spesa per manutenzione ordinaria degli immobili è correlata a quella degli impianti. **Nel 2023** infatti si è registrato **un aumento di costi di circa 160 k€**. Anche in questo caso **i costi previsionali del 2024** dovrebbero osservare **una lieve riduzione di 18 k€**.

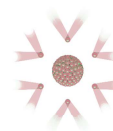
Infine per quanto attiene alla voce di costo "Manutenzione ordinaria su attrezzature tecnico scientifiche e sanitarie", la spesa prevista per il 2024 è in lieve incremento rispetto al precedente esercizio.

Tale incremento in termini assoluti, se rapportato al contestuale incremento del parco macchine dell'Istituto e all'incremento delle prestazioni ambulatoriali erogate, rappresenta un ulteriore importante risultato di contenimento della spesa e sua razionalizzazione.

Il tutto va letto inoltre sia in considerazione delle dinamiche nazionali di generalizzato aumento dei costi di materie prime e prestazioni, sia nell'incremento delle prestazioni manutentive dei c.d. "altri servizi di manutenzione correttiva extra contratto", ovvero in quei costi manutentivi sostenuti al di fuori dei contratti per "Grandi Apparecchiature" e del contratto per i "Servizi Integrati di Gestione delle Apparecchiature Elettromedicali", con particolare riferimento alla gestione degli ambulatori endoscopici.

La manutenzione dello strumentario utilizzato nelle endoscopie, infatti, costituisce un settore molto impattante sul piano tecnico ed economico, essendo le tecnologie da un lato ad elevata criticità in termini di rischio sospensione attività, ma dall'altro estremamente delicate, soggette a frequenti rotture e con tempistiche di ripristino non immediato, tutti questi ultimi fattori peggiorati dall'utilizzo massivo e a ritmi frenetici delle attrezzature.

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



2.b.4. Il “Piano di Rilancio” dell’Istituto.

Negli ultimi esercizi l’Istituto ha ampiamente dimostrato di essere attrattivo a livello provinciale, regionale ed extra-regionale (almeno nelle regioni limitrofe), e di essere in grado di svolgere la funzione di Hub regionale oncologico che la pianificazione regionale ed il riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere scientifico con specializzazione oncologica gli attribuiscono.

Tale é il ruolo che la DGR n. 895 del 22 giugno 2016 riconosce all’Istituto quale protagonista nella cura della patologia Oncologica, affermando che: *“il potenziamento delle attività dell’IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” di Bari, indissolubilmente legato ad una progressiva revisione dell’offerta in campo oncologico dell’intera rete assistenziale dell’Area Metropolitana di Bari, in considerazione della mission specifica dell’Istituto medesimo, consentirebbe di soddisfare la domanda di salute, rispetto a prestazioni, rese anche da strutture private accreditate nonché extraregionali in mobilità passiva”*.

Non va dimenticato, in proposito, che l’Istituto, già con D.G.R. n. 221 del 23/2/2017 è stato individuato come sede della Rete oncologica Pugliese, e gli è stata assegnata la funzione di coordinamento dell’hub della Città Metropolitana di Bari oltre che degli altri tre hub pugliesi, Foggia-Bat, Brindisi-Taranto e Lecce.

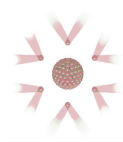
L’enorme mole di prestazioni erogate, in costante crescita nonostante siano stati ampiamente raggiunti i limiti infrastrutturali e strutturali del manufatto in cui il nosocomio è ospitato e l’insufficiente dotazione di personale in proporzione al valore della produzione, enormemente sottodimensionata rispetto alle dotazioni organiche effettive delle altre AOU ed IRCCS pubblici regionali, rischia oramai di abbattere la qualità dei servizi e di incentivare dinamiche migratorie extra-regionali.

In entrambi i precedenti PIAO, la Direzione Strategica dell’Istituto ha affermato recisamente che *“l’ulteriore crescita di degenze e servizi, necessaria a servire la crescente domanda di assistenza e consolidare l’immagine di Centro di Riferimento Oncologico regionale, che l’Istituto ha raggiunto anche grazie alla qualità delle proprie prestazioni, è **pesantemente frenata dagli oramai raggiunti limiti strutturali.**”*

Già rispetto all’originaria configurazione dei reparti e dei servizi, insediatisi nel nosocomio ristrutturato nel dicembre del 2011, nel 2017 venivano aggregate ed insediate nell’originario manufatto, le strutture di:

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

Ulteriore indicazione al potenziamento era implicitamente indicata dalla previsione del Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14, *“Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”*, con il quale la Regione Puglia accresceva la dotazione di posti letto



dell'IRCCS Oncologico, rispetto ai 156 previsti dalla precedente DGR 28 febbraio 2017, n. 239, a n. **169 posti letto**, come da seguente tabella:

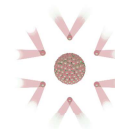
DENOMINAZIONE	Numero posti letto previsti
CHIRURGIA GENERALE	44
CHIRURGIA PLASTICA	10
CHIRURGIA TORACICA	16
EMATOLOGIA	16
ONCOLOGIA	44
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	14
OTORINOLARINGOIATRIA	8
TERAPIA INTENSIVA	7
UROLOGIA	10
TOTALE	169

Tale previsione, che già collide con le reali capacità ricettive ed assistenziali dell'attuale nosocomio è stata ulteriormente accresciuta con l'ulteriore aggiornamento della Rete Ospedaliera Pugliese che attribuisce all'Istituto ulteriori 10 posti letto così distribuiti:

DENOMINAZIONE	Numero posti letto previsti
CHIRURGIA GENERALE	47
CHIRURGIA PLASTICA	10
CHIRURGIA TORACICA	16
EMATOLOGIA	21
ONCOLOGIA	30
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	16
OTORINOLARINGOIATRIA	10
TERAPIA INTENSIVA	7
UROLOGIA	10
LUNGODEGENZA	10
TERAPIA DEL DOLORE	2
TOTALE	179

L'enorme crescita delle prestazioni assistenziali rese ed il ruolo attribuito all'Istituto rendono IRRINVIABILE l'attuazione di una vera e propria strategia di interventi strutturali di conversione struttural-organizzativa e di potenziamento:

- il potenziamento tecnologico e la razionale ri-allocazione di alcuni servizi diagnostici;
- la riorganizzazione e sistemazione logistica degli ambulatori per la visita e gli esami strumentali;
- la sistemazione di sale per la chirurgia ambulatoriale;
- la razionalizzazione delle strutture di ricovero secondo il principio di intensità di cura al fine di poter condividere ed efficientare l'impiego del personale particolarmente ridotto e pervenire all'allocazione dei posti letto previsti dal riordino della rete ospedaliera pugliese;
- l'introduzione di servizi a più bassa intensità assistenziale (lungodegenza), ecc.;



In primis, si tratta rimediare alla mancanza di una diagnostica essenziale per l'ambito oncologico: **la PET-TC** nonché procedere al rinnovo del parco macchine di **acceleratori lineari** e di altre **apparecchiature diagnostiche oramai obsolete quali la MRI, i mammografi, ecc.**

Inoltre, si devono individuare spazi necessari ad ospitare **ambulatori di tipo chirurgico** per:

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

senza dover necessariamente continuare ad **eseguire tali procedure nel Quartiere Operatorio, che riduce ulteriormente la già limitata disponibilità delle Sale per interventi chirurgici più qualificati ed anche più remunerativi.**

Infine, bisogna rimediare alla **frammentazione della distribuzione:**

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

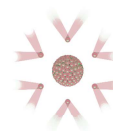
che non consentono l'attivazione di una parte significativa **della prevista dotazione di 169 posti letto** (ex RR n.23/2019 e ss.mm.ii.), limitando la capacità di ricovero a poco meno di 110 posti di degenza, rendendo altresì **inefficienti alcuni processi di esecuzione dei cicli di chemioterapia.**

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

Nella proposta veniva preconizzata una trasformazione strutturale in grado di garantire oltre che l'ampliamento delle degenze, anche quel necessario potenziamento delle attività ambulatoriali verso cui si sta orientando il setting assistenziale dei pazienti oncologici, in grado di garantire l'esecuzione delle attività di approfondimento diagnostico di 2° e 3° livello degli screening, la presa in carico dei pazienti, l'esecuzione conforme ai PDTA ed alle GCP delle attività assistenziali, ecc.

A partire pertanto dall'ipotesi formulata con la nota Prot. 7595 del 1° aprile 2022, inserita in entrambi i precedenti PIAO, la Direzione Strategica coadiuvata dalle proprie strutture tecnico-amministrative, procedeva progressivamente a raffinare le ipotesi progettuali di ristrutturazione organizzativa, strutturale ed infrastrutturale.

Le azioni individuate per il cosiddetto "Piano" di Rilancio" dell'Istituto divenivano così le seguenti:



1. **Riallocare strutturalmente l'attività assistenziale e di ricerca al fine di poter avviare nel breve periodo un potenziamento, razionalizzazione ed efficientamento delle attività;**
2. **Potenziare ed adeguare le infrastrutture tecnologiche dell'Istituto;**
3. **Potenziare quali-quantitativamente e progressivamente, in funzione dello stato di avanzamento del "Piano di Rilancio" la dotazione di personale.**
4. **Revisionare l'organizzazione dell'Istituto attraverso la strutturazione per intensità di cura, la gestione dipartimentale, la sistematica "presa in carico" dell'utenza, l'attenzione alla qualità percepita, il potenziamento della ricerca e dei suoi ritorni di qualità ed economici;**

Veniva individuata una strategia operativa molto complessa, suddivisa in due fasi, una di immediata realizzabilità, con tempi di ultimazione previsti entro i 24 mesi, la quale prevedeva spostamenti a domino e parziali ristrutturazione per riorganizzare tutti i piani dell'Ospedale dedicati alla assistenza (piani primo, secondo e terzo), confermando in essi solo le funzioni di degenza ed estrapolando la parte ambulatoriale, che in alcuni casi (piano terzo) era addirittura prevalente.

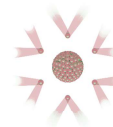
Tale programma, poteva consentire all'Istituto di implementare un modello di organizzazione per intensità di cura, il cui obiettivo prioritario fosse quello di fornire un'assistenza continua e personalizzata, per cui i pazienti potevano essere raggruppati in base a bisogni omogenei.

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

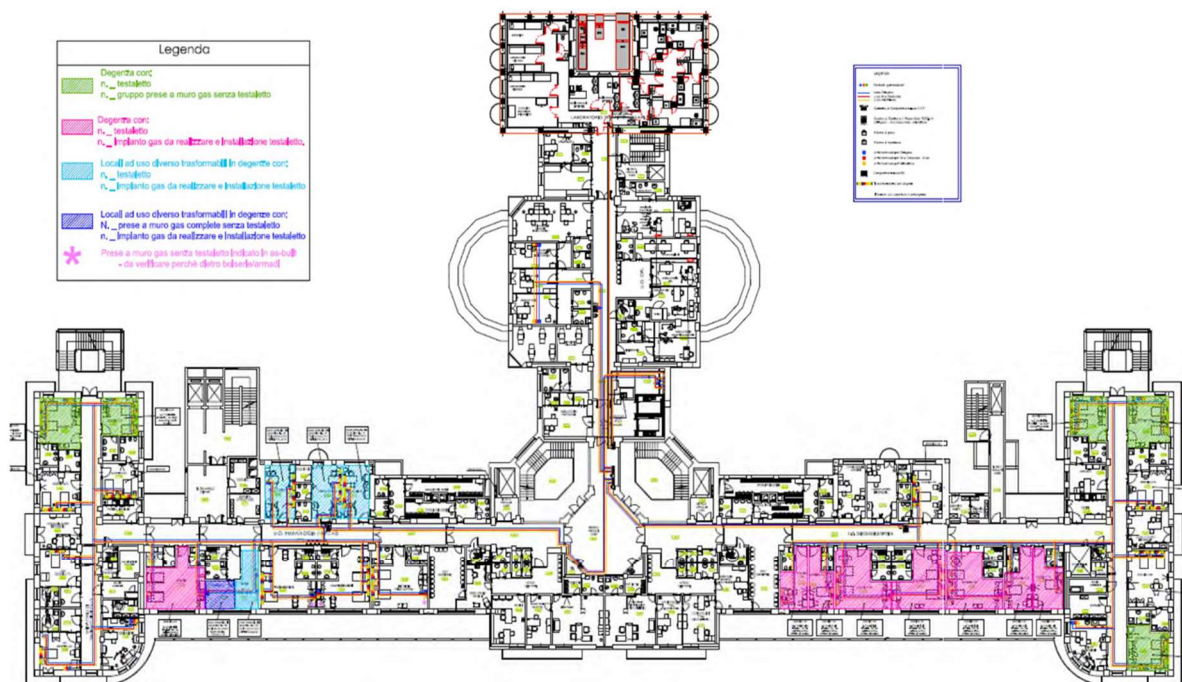
Poteva così essere garantita la **congruenza verticale**, cioè il livello di cura e assistenza appropriato al bisogno di ogni singolo paziente, e l'**integrazione orizzontale**, nel senso che gli specialisti intervengono sui pazienti "ovunque essi siano"; sviluppando **collaborazione multidisciplinare nei percorsi assistenziali**.

Aderendo a tale modello, l'IRCCS veniva ripensato in una riorganizzazione a tre livelli, la cui distribuzione coinciderebbe geometricamente con lo sviluppo verticale dell'edificio ospedaliero (a maggiore altezza corrisponde maggiore complessità):

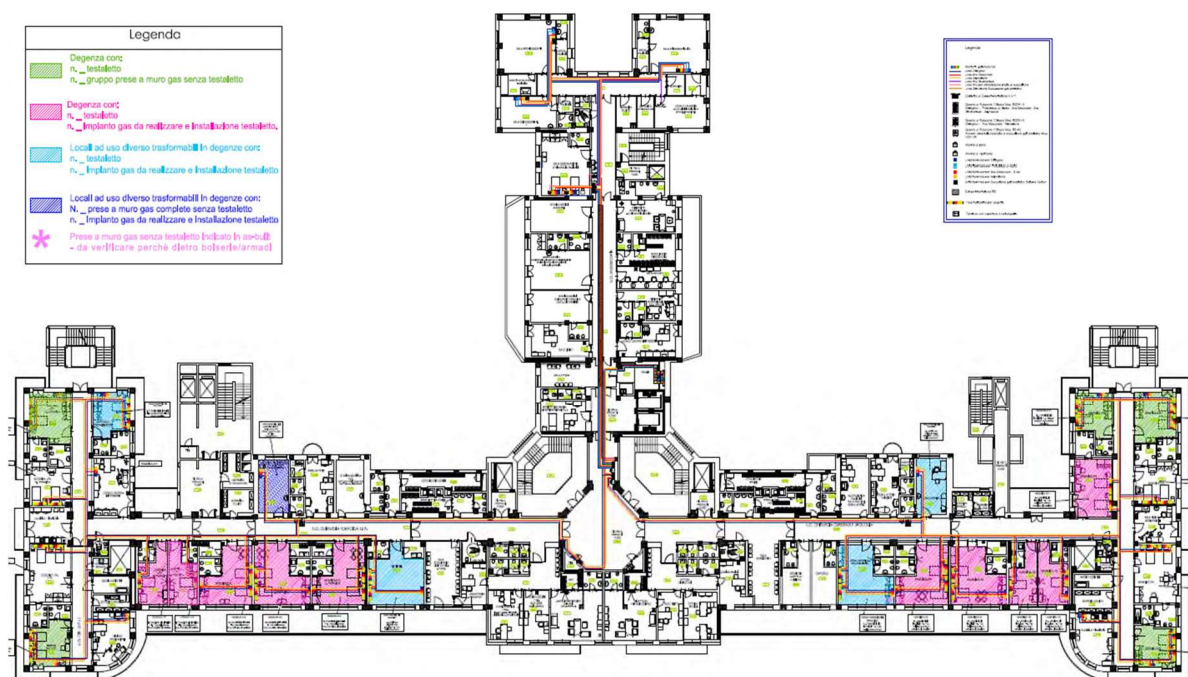
- **Livello 1, ad elevata intensità: piano quarto dell'IRCCS:** Comprendente le Sale Operatorie e la Terapia Intensiva e sub-intensiva.
- **Livello 2, a media intensità: piani primo, secondo e terzo dell'IRCCS:** Comprendente le degenze, distinte in area medica (piano primo) e area chirurgica (piani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



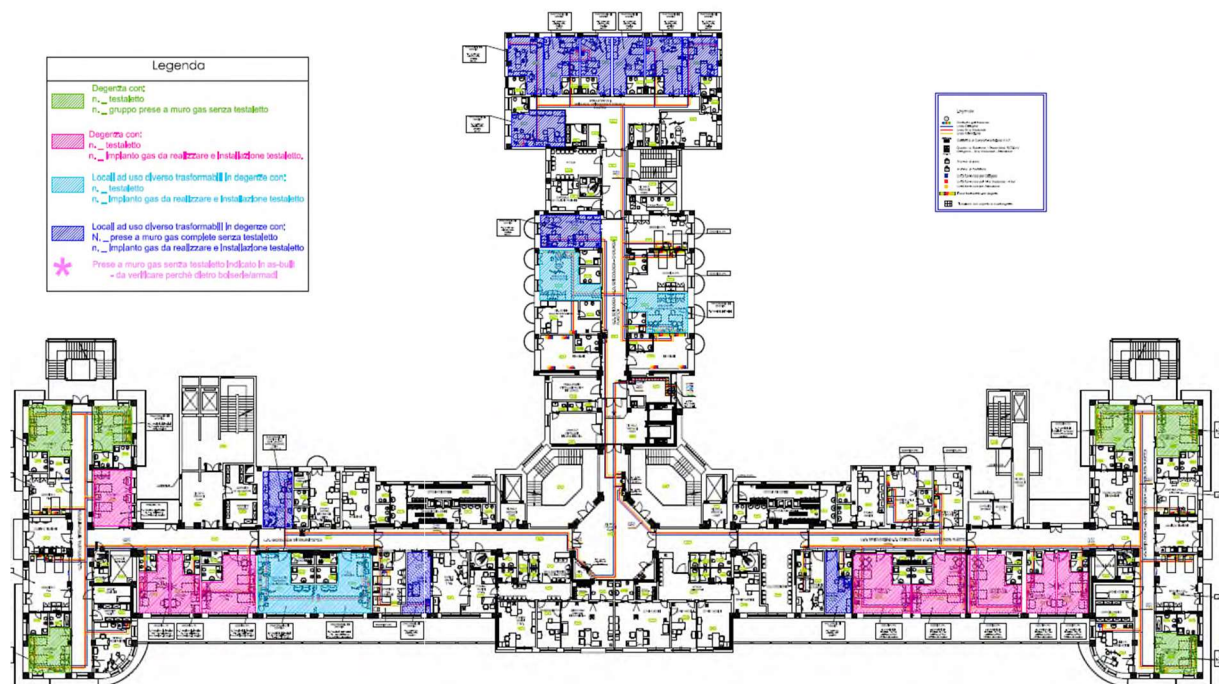
EDIFICIO OSPEDALIERO – IPOTESI DI RIUTILIZZO DEGLI AMBIENTI PER AMPLIARE IL NUMERO DI POSTI LETTO – PIANO PRIMO (+ 12 POSTI LETTO)



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

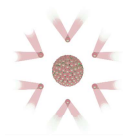


EDIFICIO OSPEDALIERO – IPOTESI DI RIUTILIZZO DEGLI AMBIENTI PER AMPLIARE IL NUMERO DI POSTI LETTO – PIANO TERZO (+ 28 POSTI LETTO)



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

1. Attivare aree di degenza a "bassa intensità assistenziale", per trasferirvi pazienti in modalità protetta onde aumentare la rotazione dei Posto Letto, diminuire i casi di "outliers" ed aumentare l'indice di performance ed il Case Mix;
2. Governare e garantire i percorsi diagnostico-terapeutici mediante:
 - Implementazione strutturale e massiva della Porta Unica di Accesso alla 1° valutazione oncologica rappresentata dal C.Or.O. e dalle sue procedure;
 - Gestione prioritizzata delle prestazioni associate al percorso di accertamento/perfezionamento diagnostico in funzione della situazione clinica del paziente;
 - Presa in carico globale del paziente non solo per quanto attiene agli aspetti sanitari, ma anche sociali ed amministrativi con attitudine proattiva;
3. Razionalizzare la distribuzione fisica, l'organizzazione, gli strumenti e le dotazioni tecnologiche e le procedure dell'assistenza chemioterapica;
4. Potenziare l'assistenza qualificante l'Istituto (trapianti di midollo, sperimentazione farmacologica di 1° Fase, medicina di precisione);
5. Implementare rigorose procedure di controllo delle terapie farmacologiche in termini di: appropriatezza, contenimento dei costi, eventuale autorizzazione di uso di principi attivi "off-label", sperimentazione terapeutica;



6. Attivare modalità tecnico-organizzative innovative di erogazione delle prestazioni sanitarie in telemedicina secondo le “Linee Guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare”, di cui al recente DM Ministero della Salute (PNRR – Milestone EU M6 C1-4) ;

Infine, per le strutture che erogavano “servizi di diagnostica di laboratorio e per immagini”, si rendeva necessario:

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

Come già accennato in precedenza, il Piano di Rilancio dell’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” di Bari, dianzi sinteticamente riassunto, é suddiviso in 2 fasi.

2.b.4.1. I fase del “Piano di Rilancio” dell’Istituto.

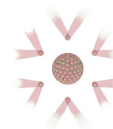
Nella prima fase, avviata sin dal 2022, da attuarsi in tempi contenuti (24-26 mesi), si prevedono:

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

Naturalmente non si tratta di attività necessariamente sequenziali. Alcune di esse sono state avviate sin dal 2022 in parallelo ed alcune di esse sono già state completate.

2.b.4.1.1. Attività già completate.

Trasferimento delle attività amministrative nella nuova Sede di Via Camillo Rosalba



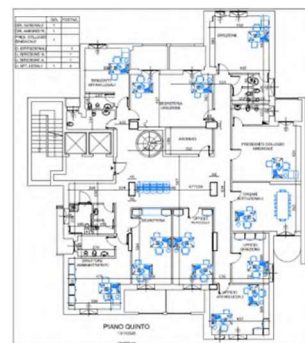
La prima fase di delocalizzazione di attività meno orientate al rapporto diretto con gli utenti era già stata avviata con la deliberazione 774/2018, con la quale si dava atto del contratto di locazione pluriennale (rep. 190/2019 del 31 maggio 2019) sottoscritto con gli Uffici Regionali del Demanio, per l'utilizzo di locali siti ai **3 piani (3°, 4° e 5°)** di un immobile sito in Via



Piano terzo



Piano quarto



Piano quinto

Camillo Rosalba 47/z, dove trasferire la maggior parte della attività amministrative (SC Area Gestione Risorse Umane, SC Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie, SSD Area Patrimonio).

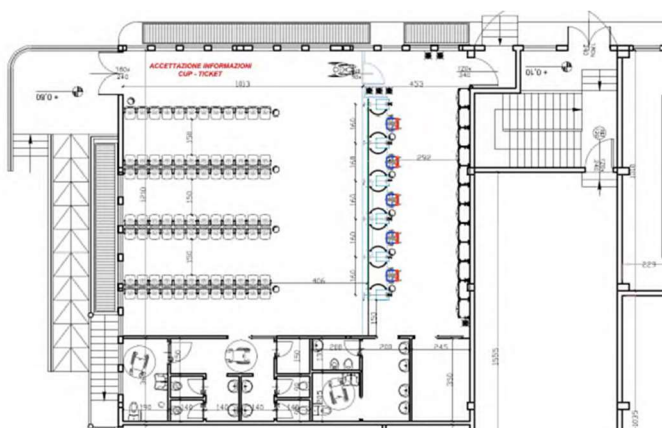
Tale trasferimento aveva luogo nei primi due mesi del 2021 e consentiva di liberare gran parte del 3° piano della “Palazzina Uffici” di Viale Orazio Flacco 65, presupposto indispensabile per l'avvio dei lavori di manutenzione straordinaria per la realizzazione in loro vece delle sale di somministrazione chemioterapica.

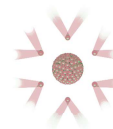
Trasferimento dei magazzini a minor movimentazione in Z.I. Modugno

Ulteriore delocalizzazione di attività non core business, veniva avviata con la deliberazione n. 611 del 3 novembre 2021, aderendo ad una iniziativa della AOU Policlinico di Bari, mediante la quale l'IRCCS entrava nella disponibilità in locazione di una superficie di 444,00 mq all'interno di un capannone industriale sito in zona industriale di Bari-Modugno alla Strada Provinciale n° 1, da destinare a deposito farmaceutico, economale e della SC Area Tecnica. Lo svuotamento dei locali ex deposito della SC Area Tecnica mettevano a disposizione dell'IRCCS una superficie pari a 237,00 mq. ed in essi veniva allocato un Centro

Prelievi, fino ad allora costretto in locali inadeguati del Laboratorio di Patologia Clinica, fonte di continue proteste dei pazienti e successivamente, onde evitare disagi, temporaneamente trasferito nella Sala Convegni.

L'attivazione del nuovo Centro Prelievi aveva luogo nella seconda metà del 2022. Tale collocazione è

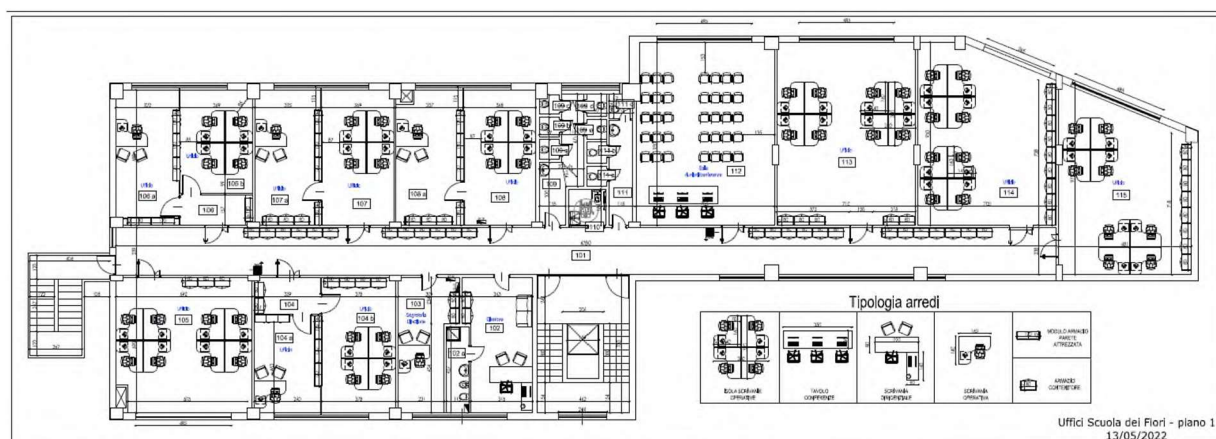




anch'essa temporanea nell'attesa di poter allocare, secondo l'organizzazione per intensità di cura, il Centro Prelievi al Piano Rialzato dell'Ospedale. Al suo posto dovrebbe subentrare la nuova sede del Centro Unico di Prenotazione, anche se tale ipotesi è subordinata ai tempi di avvio e realizzazione della Fase 2 del Piano. Per l'utilizzo come nuovo CUP, è stato comunque già redatto apposito capitolato tecnico per la acquisizione del necessario bancone, nell'ambito delle indicazioni del progetto Hospitality.

Trasferimento della Direzione Scientifica in Via Cotugno

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

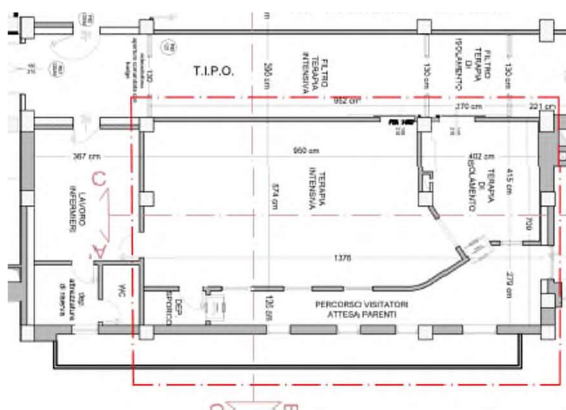
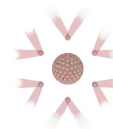


Il trasferimento degli Uffici della Direzione Scientifica consentiva di liberare gran parte dei locali del secondo piano della Palazzina Uffici.

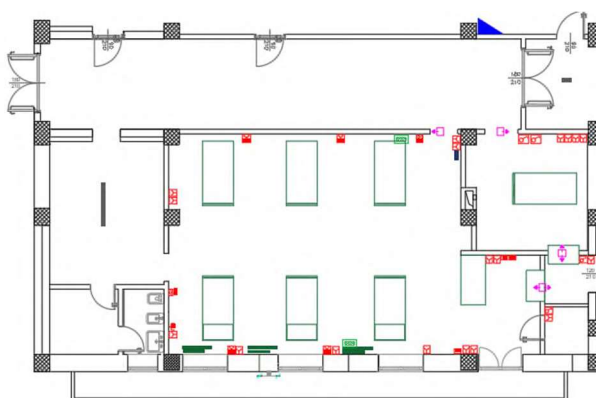
Ampliamento della dotazione di Posti Letto della Terapia Intensiva

Questo IRCCS ha aderito alle disposizioni in materia di "Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19", usufruendo del finanziamento nell'ambito del D.L. 19.05.2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17.07.2020, n. 77, recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", nel quale era previsto l'incremento del numero di Posti Letto della Terapia Intensiva da 4 a 7.

L'affidamento dei lavori aveva luogo nel corso del 2022 e la consegna delle opere nei primi mesi del 2023.



Stato prima delle lavorazioni



Stato attuale

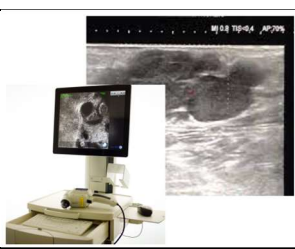
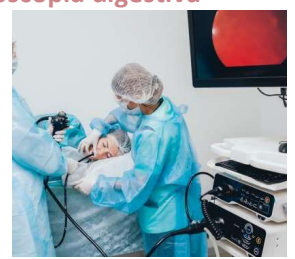
Ampliamento della dotazione di Posti Letto di Terapia Sub-Intensiva

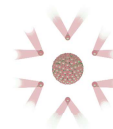
Sempre nell'ambito del medesimo finanziamento ex D.L. 19.05.2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17.07.2020, n. 77, venivano altresì avviati i lavori di realizzazione di altri 2 posti letto di terapia sub-intensiva presso la struttura di Ematologia e Terapie Cellulari. I lavori di realizzazione di tali opere, sono stati completati nel primo trimestre del 2023 e hanno consentito di accrescere la dotazione strutturale per l'esecuzione di Trapianto di Midollo autologo o allogenico da 3 a 5. La consegna delle opere è avvenuta nel primo semestre del 2023 e il relativo accreditamento è in corso.

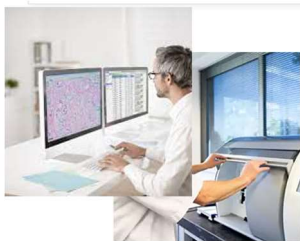
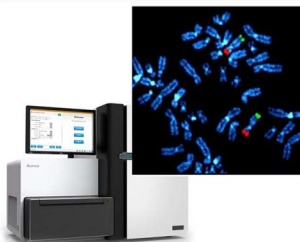
Potenziamento-Ammodernamento delle dotazioni tecnologiche con fondi POR-FESR

Nel corso del 2022 e 2023 sono stati completati tutti i seguenti interventi di investimento in rinnovo o nuove acquisizioni di tecnologie a servizio delle strutture dell'Istituto:

Struttura destinataria	Tecnologie	Importi finanziati
Ginecologia Oncologica 	• Ecografo top premium dedicato alla ginecologia • Sistema videocolposcopico con monitor da almeno 24" e sistema di acquisizione immagini • Manipolo laser per trattamento atrofia vaginale	203.740 €
Otorinolaringoiatria 	• Sistema Echo-laser per termoablazione neoplasie tiroidee - collo • n.1 colonna endoscopica completa di videorinolaringoscopia con sistema NBI • Sistema videolaringostroboscopia	204.000 €
Dermatologia Oncologica	• Microscopio laser confocale per diagnostica melanoma • Sistema per il trattamento del grasso comprensivo di	380.062 €

	- cannule - Sistema di lipoaspirazione elettrico per la rimozione del tessuto adiposo - Sistema per la retrazione tissutale – Skin Tightening – post liposuzione - Ecotomografo per ecografia cutanea con sonde lineari - Microscopio ottico con fotocamera digitale	
Urologia 	- Colonna endoscopica urologica completa - Attrezzature complementari per videoendoscopia urologica	122.000 €
Ecoendoscopia Broncopolmonare 	n. 1 sistema per ecoendoscopia bronchiale completo di sistema di registrazione e archiviazione - Ecoprocessore digitale multimodale	292.800 €
Endoscopia digestiva 	- Colonna per videoendoscopia completa	242.687 €
Ambulatorio PICC-PORT 	- Ecografo portatile multidisciplinare per posizionamento picc/port; - Ecografo multidisciplinare per posizionamento picc/port; - n.2 sonda lineare portatile + sistema "Pilot" per la rilevazione del corretto posizionamento di cateteri venosi centrali; - Letto radiotrasparente bariatrico - Carrello completo; - Sistema portatile radiologico per fluoroscopia	225.456 €
Ambulatorio di Ipertermia Oncologica 	- Sistema per ipertermia capacitiva profonda completo di sistema software per la gestione del trattamento; - letto radiologico alta fascia per angiografo portatile - Sistema per ipertemia superficiale	962.340 €



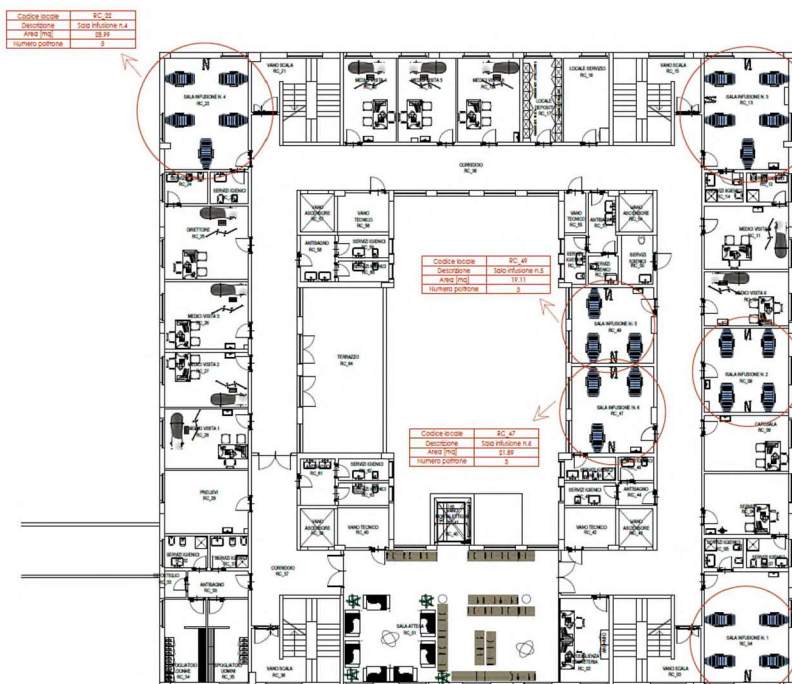
Ambulatori di chemioterapia (potenziamento) 	• Lavori di manutenzione straordinaria (edili, impiantistica), fornitura poltrone infusione, sistema DERS, impianto montalettighe	631.226 €
Radioterapia Pediatrica 	• Carrello di emergenza con defibrillatore a uso pediatrico • Ventilatore pediatrico • Monitor multiparametrico con sonde pediatriche	101.260 €
Digital Pathology 	• Sistema Digital Pathology (dimensionato per circa 20 postazioni di lavoro e circa 800 vetrini/ giorno), per la scansione, analisi, gestione, refertazione e archiviazione di vetrini istologici e citologici, composto da: – Sistema di scansione di vetrini ad alta capacità e produttività, nuovo e di ultima generazione, CE-IVD – Sistema di scansione di vetrini con funzione di backup di media capacità e produttività, CE-IVD – Monitor ad alta risoluzione per refertazione – Software per scansione multistrato, gestione immagini, storage, integrazione LIS regionale	941.230 €
Laboratorio di citogenetica 	• Microtomi semiautomatici • Criostato da laboratorio ed accessori • Microscopi ottici • Attrezzature e arredi per campionamento in sicurezza • Attrezzature per allestimento Ambulatorio Citogenetica • Processatore-Coloratore da banco per esami estemporanei	342.920 €
Diagnostica e prognostica molecolare 	• Sistema completo di analisi di immagine per la scansione e analisi del cariotipo e tecniche di FISH • Sequenziatore da banco per analisi NGS "targeted" • Sequenziatore di tipo NGS «High Throughtput high sensitivity», «full genome analysis», anche da biopsie liquide • Sequenziatore capillare (Sanger) a 8 capillari - 3500 • Workstation per «liquid handling high throughput» • Ultrasonicator • Attrezzature varie	1.619.279 €

Farmacologia clinica 	• HPLC-MS a triplo quadrupolo • Microscopio su stativo invertito a fluorescenza completamente motorizzato per analisi di tessuti in 3D • Sistema di ibridazione a rulli	480.070 €
Telepatologia territoriale 	• Sistemi di telepatologia • Sistemi di raffreddamento rapido • Arredi	226.920 €

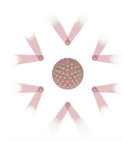
2.b.4.1.2. Attività in corso.

Realizzazione di 24 posti per la somministrazione di chemioterapie infusionali

Una volta trasferiti gli uffici amministrativi in Via Camillo Rosalba 47/z e la Direzione Scientifica in Via Cotugno 2, si poteva procedere - previo adattamento degli uffici siti al 3° Piano della Palazzina Uffici per ospitarvi la Direzione Strategica - alla completa evacuazione del 2° Piano della Palazzina Uffici per l'avvio dei lavori di realizzazione delle "Sale di somministrazione chemioterapica".



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



Si tratta di nuovi 24 Posti per la somministrazione di chemioterapie infusionali. I lavori saranno consegnati entro il primo trimestre del corrente esercizio e consentiranno, una volta completati, il trasferimento delle attività di somministrazione attualmente allocate nella “front-line” a Sud-Est al Piano Rialzato dell’antico corpo di fabbrica ristrutturato.

Tale trasferimento è prodromico al trasferimento – previo riadattamento – degli ambulatori e del C.Or.O. che opererebbe in stretto coordinamento con essi.

Potenziamento-Ammodernamento delle dotazioni tecnologiche con fondi PNRR

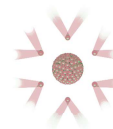
Tra le varie Missioni del PNRR, questo Ufficio ha curato la realizzazione degli obiettivi assegnati all’IRCCS Oncologico nell’ambito della Missione 6 Salute, Componente 2 – Investimento 1.1: “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.2 – Grandi apparecchiature sanitarie”.

In tale contesto, questo IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” si è candidato mediante la presentazione di n.9 schede di intervento per la sostituzione di altrettante apparecchiature in, vedendosi riconosciuti tutti i progetti.

In particolare, con DGR n.1023 del 22/07/2022, on DGR n.1023 del 22/07/2022, dal titolo “PNRR Missione 6 Salute. Assegnazione risorse PNRR Missione 6 Salute. Assegnazione risorse alle Aziende Sanitarie - Delega attività ai sensi dell’art. 5 del CIS Delega attività ai sensi dell’art. 5 del CIS”, è stato formalizzato il “ formalizzato il “Provvedimento di Delega amministrativa per l’attuazione di interventi Delega amministrativa per l’attuazione di interventi” e assegnato all’IRCCS il budget definitivo per la il budget definitivo per la attuazione delle schede di intervento, come da seguente quadro sinottico:

n.	Descrizione	apparecchiatura	lavori	accantonam	Iva Totale	Importo Totale Iva Inclusa
1	Tac Radiologia 128 Strati	373.000,00 €	47.574,00 €	17.664,00 €	90.704,00 €	528.942,00 €
2	Tac Simulatore 128 Strati	373.000,00 €	47.574,00 €	17.664,00 €	90.704,00 €	528.942,00 €
3	Risonanza Magnetica 1,5t	644.000,00 €	82.139,00 €	30.497,00 €	156.604,00 €	913.240,00 €
4	Acceleratore Lineare	1.619.000,00 €	206.496,00 €	74.845,00 €	393.296,00 €	2.293.637,00 €
5	Mammografo 1	199.000,00 €	17.657,00 €	9.316,00 €	47.595,00 €	273.568,00 €
6	Mammografo 2	199.000,00 €	17.657,00 €	9.316,00 €	47.595,00 €	273.568,00 €
7	Ecografo	64.500,00 €	- €	2.902,00 €	14.829,00 €	82.231,00 €
8	Ecografo Multidisciplinare	64.500,00 €	- €	2.902,00 €	14.829,00 €	82.231,00 €
9	Telecomandato	176.000,00 €	17.568,00 €	7.936,00 €	42.223,00 €	243.727,00 €
	TOTALE					5.220.086,00 €

I cronoprogrammi di realizzazione dei 9 interventi sono in avanzata fase di esecuzione o in fase di avvio; in particolare per ben 8 dei 9 progetti è stato perfezionato l’acquisto dell’attrezzatura in Accordo Quadro Consip, per 3 progetti (TC 1, RM, Telecomandato) sono stati aggiudicati i lavori e sono in fase di avvio i cronoprogrammi di realizzazione ed installazione, mentre per tutte le altre progettualità i lavori sono in fase di progettazione e/o affidamento.



È dunque probabile ritenere che il 2024 vedrà la probabile realizzazione della totalità di questi investimenti, ancorché i relativi fondi consentirebbero tempi di realizzazione anche fino al 31/12/2025.

Nel 2024 si provvederà anche a una rimodulazione dei quadri economici, che tenga conto delle effettive voci di spesa necessarie per ogni progetto e dei relativi ribassi d'asta, in modo da determinare una redistribuzione e un riutilizzo delle economie, come peraltro auspicato dal Ministero delle economie e dalla Regione Puglia.

2.b.4.1.3. Attività pianificate.

Realizzazione dei posti letto per l'adeguamento alle previsioni del Piano di Riordino della Rete Ospedaliera

Come richiamato al precedente punto, per dare attuazione al Piano di Riordino Ospedaliero è necessario incrementare il numero di posti letto di n. **67 unità**. Di tale incremento, i **primi 10 posti letto** sono già stati aggiunti nel corso del 2022 e sono stati portati **da 4 a 7 i posti letto** di Terapia Intensiva.

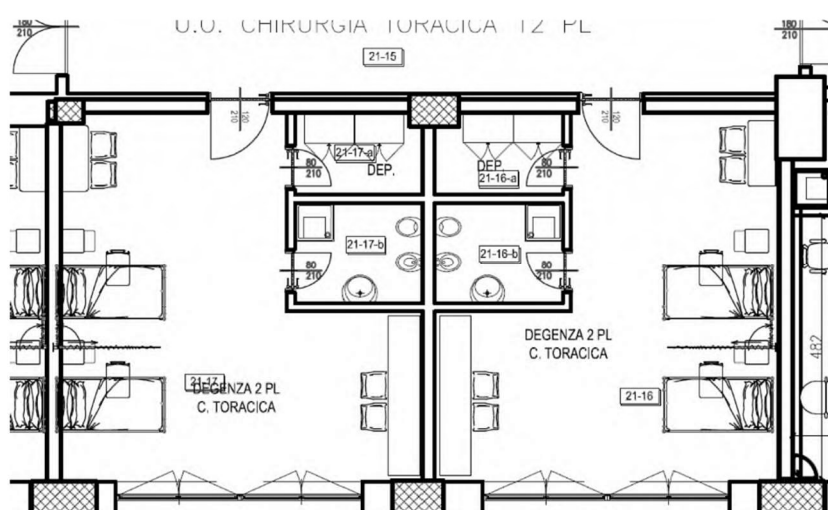
Di conseguenza, l'obiettivo da raggiungere richiede un incremento di n. **54 posti letto**.

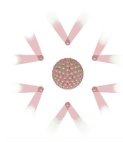
In prima analisi, è opportuno verificare se tale obiettivo sia effettivamente raggiungibile: ovvero, se, procedendo con la sostituzione delle attuali funzioni ambulatoriali collocate ai piani primo, secondo e terzo, da attrezzare come ambienti di degenza, sia effettivamente raggiungibile l'obiettivo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

Gli elaborati grafici che si riportano di seguito attestano che effettivamente tale strategia è **in grande parte perseguibile**. Infatti, le analisi permette di allocare almeno **58 nuovi posti letto** che **dedotti i 10 già realizzati** conducono ad un **fabbisogno residuo da allocare di 6 posti letto**.

Incremento dei Posti Letto utilizzando gli spazi già esistenti

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





ciascun posto letto può essere ridotto del 10%).

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

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

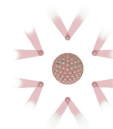
Con riferimento in particolare alla prima attività, già posta in essere, si è proceduto alla trasformazione di alcune delle tali stanze da 42 mq in camere a tre letti (che assegnerebbe comunque 14 mq per ciascun paziente, ancora molto superiori ai 9 mq prescritti dal regolamento 3/2005, peraltro da ridurre del 10% perché tutte le stanze sono dotate di bagno a servizio esclusivo.

Al riguardo, però, si deve evidenziare che, nel corso delle visite di sopralluogo condotte nel 2010 dai tecnici del Dipartimento di Prevenzione per accreditare la struttura ospedaliera, questi ritenevano di dover applicare una lettura molto rigida delle norme di accreditamento, che limitano la occupazione delle stanze di degenze a soli due posti per le "struttura di nuova realizzazione" (secondo la lettera del Regolamento: *"2 posti letto e, comunque, non più di 4 posti letto per camera; per le strutture di nuova realizzazione la capienza delle camere deve essere di non più di 2 posti letto"*). In realtà quello realizzato per la nuova sede dell'IRCCS è il restauro di un edificio storico, e non una "nuova realizzazione"; il layout definito a quell'epoca, quindi, doveva necessariamente adattarsi ad una struttura preesistente, e non può quindi configurarsi come "nuova realizzazione", ovvero come un intervento scevro da vincoli di alcun genere. Bisognerebbe probabilmente attivare un confronto con il Dipartimento di Prevenzione per definire tale aspetto.

2.b.4.2. Il Fase del "Piano di Rilancio" dell'Istituto

La Fase 2 del progetto da realizzarsi nel medio periodo (5 anni a partire dal 2022) prevedeva la costruzione di un nuovo corpo di fabbrica o, secondo una recente proposta la realizzazione di un corpo di fabbrica nella formula del Partenariato Pubblico Privato in cui allocare la diagnostica PET/TC o PET/MRI, il, C.Or.O., gli ambulatori di prima visita per i PDTA del Carcinoma Mammario, Colon Retto, Utero, Polmone e Melanoma, spazi per la chirurgia ambulatoriale, l'eventuale Protonterapia e spazi per parcheggio. Le funzioni previste sono le seguenti:

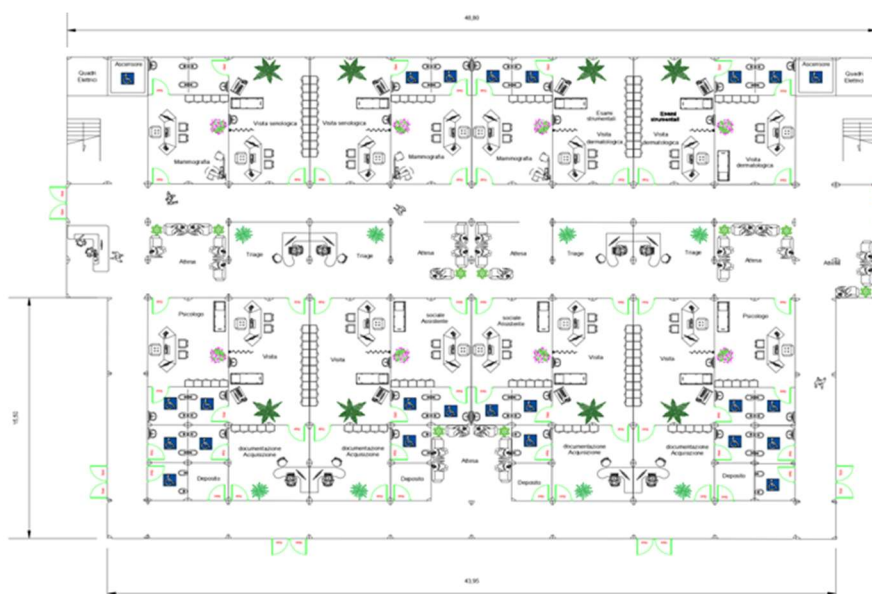
Piani	Disciplina Ospedaliera/Branca Specialistica	Possibili attività assistenziali da svolgere	Stima Fabbisogno Personale per ulteriori o nuove attività assistenziali da svolgere
Interrati	Medicina Nucleare	PET/Scintigrafie/Brachiterapia/Radioterapia Metabolica	3-4 medici nucleari; ; 3-5 tecnici sanitari di radiologia; 2-4 infermieri; 2-3 OSS
	Diagnostica di Laboratorio/Radiodiagnostica	Diagnostica Molecolare NGS/Anatomia Patologica/Neuroradiologia	3 Neuroradiologi; TdRM; IP ed OSS da gestire con Medicina Nucleare



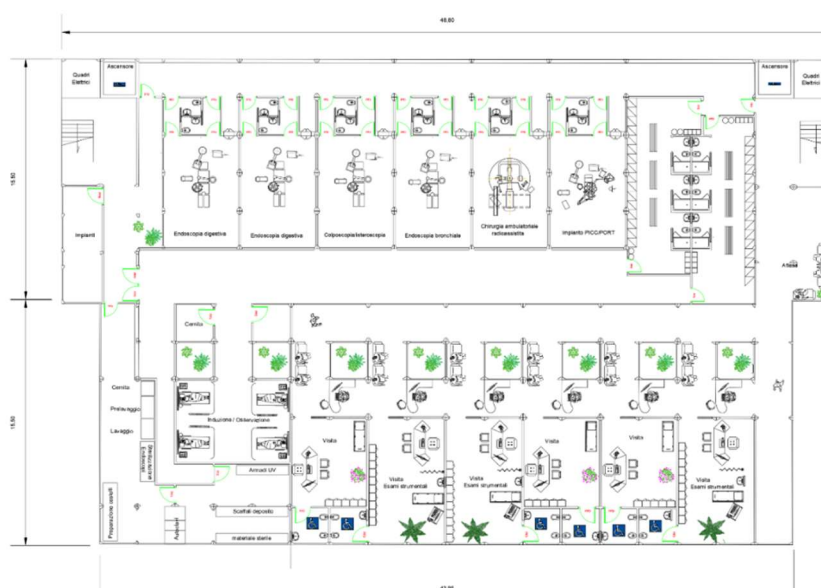
Terra e Sopraelevati	INFO Point, Assistenza e Back Office	Attività informativa per necessità utenza (pazienti fragili, problematiche sociali, disagio, stranieri, anziani, ecc.) e del C.Or.O.	2 assistenti amministrativi * 1 mediatore linguistico; operatori call center; personale tecnico-informatico per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

Chirurgia Ambulatoriale con guida radiologica	ERCP, Biopsie o cosa. Serve supporto anestesiológico o di altro specialist. Procedure di radiologia interventistica	Prestazioni di cui alla DGR n. 1065/2022 per Chirurgia ambulatoriale e/o DGR n. 675/2019 per la parte ambulatoriale?
Week Surgery Multidisciplinare (4 posti letto)	Degenza breve 0-2 giorni; Possibile degenza ALPI per interventi minori oppure non oncologici	Attività chirurgica a bassa-media complessità (pazienti ASA 1 e 2) per patologie benigne, sospetto diagnostico;
Blocco Operatorio con due letti operatori e sterilizzazione	Attività funzionale per la week surgery e la chirurgia ambulatoriale complessa/day service chirurgici	3-5 anestesisti; 5 - 9 infermieri per (s.o * sterilizzazione); 2 OSS; 3-4 ausiliari per pulizia (attività su 12h/die)

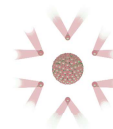
Il cui schema di principio risponde a quello riportato di seguito ed alla pagina successiva:



Piano Terra



Piano Primo



Al momento è in valutazione la possibilità di allocare tali funzioni in immobile limitrofo all'Istituto da acquisire in disponibilità o nella formula del Partenariato Pubblico Privato, sulla base di proposta formulata dalla società VILLA COSTANTINO PALACE s.r.l. o di acquisto di bene futuro, individuabile nella seguente planimetria al n. 6.

1. Ospedale
2. Palazzina Uffici
3. Centro Prelievi – Biobanca – Morgue
4. Ex Stabulario (Laboratori ricerca)
5. Direzione Scientifica
6. Rustico a dest. servizi socio-sanitari

7. Villa Costantino

Particolarmente fortunata, in tal senso, è la posizione della struttura messa a disposizione del progetto, limitrofa all' Istituto, con il quale presenta un collegamento diretto.

Sulla particella 407 è edificato l'immobile attualmente allo stato di rustico, edificato grazie ad una convenzione stipulata con il Comune di Bari nell'anno 2006 e rinnovata con modifiche nell'anno 2016 (con scadenza al 29/11/2019), la quale autorizzava la realizzazione di un fabbricato avente destinazione di RSSA (art. 66 del R.R. 04/2007 e s.m.i.).

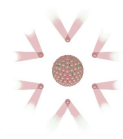
Sulla medesima particella vige un vincolo indiretto, data l'adiacenza all'immobile vincolato denominato "Villa Costantino" ed al pertinente giardino storico (anch'esso vincolato).

Per l'edificazione dell'immobile in questione è stata rilasciata dalla Soprintendenza di Bari, nell'anno 2019, un parere con le condizioni planivolumetriche e sulle finiture da rispettare.

Viceversa, la limitrofa particella 450 si presenta come area libera da edificazioni; il lotto ha una superficie catastale di 1.290 mq e può sicuramente definirsi lotto residuale della maglia di Aree a Servizi per la Residenza in cui è ricompreso in quanto trovasi in posizione perimetrale alla maglia e confinante con il limite della maglia e con altri terreni ad essa appartenenti, ma già interessati da precedenti edificazioni.

Al riguardo, questo Istituto ha attivato un dialogo con la Regione Puglia di cui l'ultimo aggiornamento è rappresentato dalla nota prot. 24456/2023) in cui si propone un investimento teso ad acquisire la disponibilità dell'edificio nella formula prevista dall'art. 1472 Codice Civile ll'art. 1472 Codice Civile, ossia della vendita che ha per oggetto una cosa futura che prevede che l'acquisto della proprietà si verifichi non appena la cosa viene ad esistenza.

Applicando gli indici urbanistici definiti dall'art. 54 delle NTA, si determina che sulla particella 450 si può edificare un volume di 2.580 mc mantenendo, per i piani fuori terra, una distanza di 20 mt dalla nuova strada di PRG, e di H/2 con un minimo di 7,50mt dai confini.



Pur continuando ad avanzare le ipotesi progettuali l'Istituto resta ovviamente in attesa del pronunciamento regionale come richiesto all'Assessorato per la Promozione della Salute con nota Prot. 715 dell'11 gennaio 2023

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

- prot. 7595 del 01.04.2022, *"Relazione sintetica sul Piano di Rilancio dell'Istituto Oncologico"*
- prot. 10800 del 13.05.2022, *"Piano di Rilancio dell'Istituto Oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari – Richiesta di autorizzazione, a stralcio, per il tempestivo reclutamento del personale"*
- prot. 11542 del 23.05.2022, *"Piano di Rilancio dell'Istituto Oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari – Richiesta di autorizzazione, a stralcio, per il tempestivo reclutamento del personale"*
- prot. 11929 del 26.05.2022, *"Piano di Rilancio dell'Istituto Oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari – Richiesta di autorizzazione, a stralcio, per il tempestivo reclutamento di ulteriore personale"*
- prot. 12324 del 31.05.2022, *"autorizzazione all'avvio delle procedure di reclutamento del personale aggiuntivo di cui al prot. AOO183/0007590 del 31.05.2022"*
- prot. 18877 del 25.08.2022, *"Convocazione riunione del 25 agosto 2022. Relazione sull stabilizzazione del personale"*
- prot. 23405 del 18.10.2022, *"Riorganizzazione della Rete Ospedaliera in attuazione del DM 70/2015. Riscontro nota prot. n. r_puglia/AOO_005/PROT/04/10/2022/0006556"*

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

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

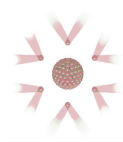
La metodologia seguita è sostanzialmente quella del Balanced Scorecard (BSC), una tecnica di management che facilita il processo di traduzione della strategia in azione, ovvero in obiettivi e misure applicabili a livello operativo.

Fase I – Analisi strategica (TOP)

Tale metodo parte dall'analisi della "visione strategica" espressa nel presente PIAO per individuare i più importanti aspetti della produzione attraverso un preliminare approccio "top-down" definendo i fattori critici di successo che possono permettere all'organizzazione di mantenersi efficace ed efficiente nell'ambiente competitivo.

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

Fase II – Illustrazione della strategia (TOP-DOWN)



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

In tale presentazione gli obiettivi vengono organizzati secondo una versione revisionata delle tipiche 4 prospettive tipiche dell'impostazione "balance scorecard",:

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

le quali bilanciano le misure esterne relative agli "holders" (Regione, Stato e pazienti) e le misure interne di processo, innovazione, apprendimento e crescita, adattandole alle esigenze più specifiche dell'Istituto, senza però modificare sostanzialmente l'impostazione originaria, ma ai soli fini di una maggiore leggibilità della corrispondenza tra obiettivi assegnati dagli "holders" istituzionali e le prospettive descritte dall'Istituto.

Si individuano così 8 aree così pesate:

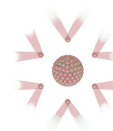
N.	Aree di insistenza degli obiettivi (BS adapted)	Peso
1	Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	25-35
2	Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale	15-20
3	Obiettivi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

Fase III – Posizionamento di dettaglio delle strategie (DOWN)

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

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

Fase IV – Negoziazione (BOTTOM-UP)



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

In tale fase vengono stabiliti investimenti, allocate specifiche risorse, coordinate le azioni e ed individuate le attività di supporto da parte delle strutture amministrative, nonché le azioni interdipartimentali di organizzazione dell'assistenza.

Il ciclo di budgeting ha quindi il suo inizio con l'approvazione del presente Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione.

In esso difatti convergono in maniera armonizzata tutte le pianificazioni strategiche pluriennali, secondo il principio dello scorrimento annuale su base triennale, nei seguenti diversi ambiti:

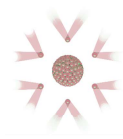
- Bilancio preventivo e pre-consuntivo;
- Performance;
- Fabbisogno del personale
- Azioni positive
- Formazione
- Lavoro Agile
- Transizione Digitale
- Anticorruzione e Trasparenza

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

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

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

Nel corso di tale riunione viene stabilito il calendario degli incontri con i Dipartimenti per l'illustrazione ad ogni Direttore di struttura titolare di budget (complesse ed a valenza dipartimentale) del PIAO nel suo complesso, così come il dettaglio dei criteri e vincoli cui ciascuna struttura dovrà attenersi nella redazione della proposta di budget.



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

In particolare essa è composta da 2 schede:

1. Scheda relativa agli obiettivi operativi declinati da parte di ciascuna struttura secondo il modello tipo descritto in Allegato "A" al presente PIAO declinando per ciascuno degli 8 ambiti indicati in precedenza, il contributo della propria struttura per il conseguimento degli obiettivi strategici indicati nel PIAO, ivi precisando:
 - a. la descrizione di ciascun obiettivo aggregandolo ad uno degli 8 ambiti specifici;
 - b. gli indicatori oggettivi utilizzati per la misurazione del conseguimento di ciascun obiettivo;
 - c. la fonte informativa da cui trarre i dati per la verifica di conseguimento di ciascun obiettivo;
 - d. Il valore target da raggiungere per ciascun indicatore ai fini della verifica di conseguimento dell'obiettivo;
 - e. la pesatura massima attribuita per il pieno conseguimento a ciascun obiettivo;
 - f. la struttura dell'Istituto incaricata della verifica del livello di conseguimento dell'obiettivo;
 - g. la modalità di attribuzione del punteggio in corrispondenza dei livelli parziali di conseguimento dell'obiettivo.
2. Scheda relativa a specifici vincoli, attività di altre strutture cooperanti e risorse necessari al conseguimento degli obiettivi, espressi comunque secondo oggettivi criteri di sostenibilità e realizzabilità.

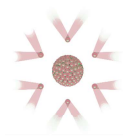
Il Comitato di Budget valuta la coerenza degli obiettivi proposti in ciascuno degli 8 ambiti con la strategia aziendale, il rispetto dei vincoli e dei criteri già comunicati in precedenza, la sostenibilità degli obiettivi in relazione alle risorse già disponibili, o previste dal PIAO o richieste, come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

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

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

nonché per:

- Apparecchiature sanitarie
- Dotazioni informatiche e similari;
- Formazione;



- Servizi e/o consulenze;

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

Nella scheda di budget, laddove il proponente sia consapevole che il conseguimento di alcuni obiettivi sia subordinato ad azioni che debbano essere assolte da parte di altre strutture, avrà cura di segnalarlo nell'apposita scheda di coordinamento delle attività, garantendo che analogo obiettivo sia presente nella proposta di budget della struttura cooperante.

Il Comitato di Budget effettuerà tali verifiche incrociate ed agevolerà il contatto tra strutture di Dipartimenti diversi, mentre nel caso di strutture appartenenti allo stesso Dipartimento tale coordinamento sarà svolto dal Direttore del Dipartimento.

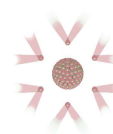
Il Comitato di Budget all'esito di tali approfondimenti procede come di seguito:

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

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

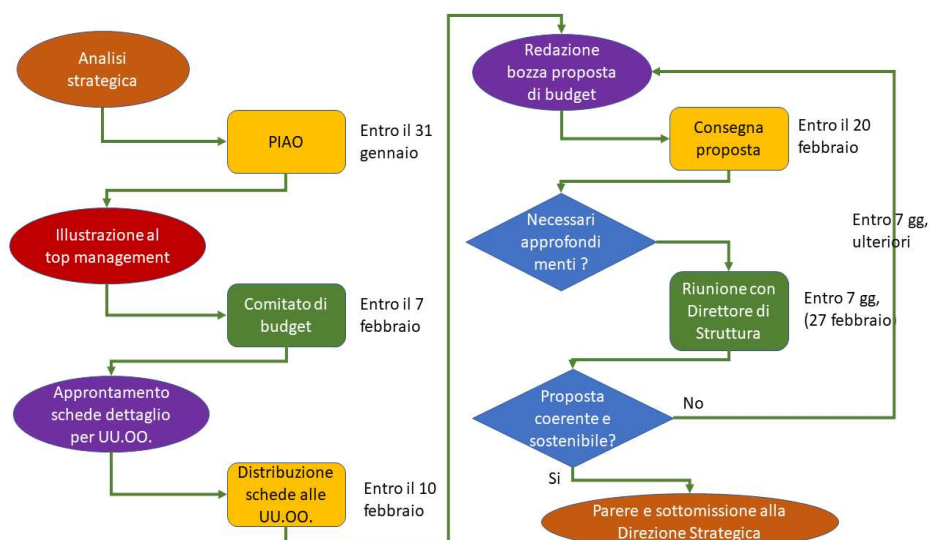
Nel caso 2), laddove gli obiettivi proposti siano coerenti con gli obiettivi strategici e sostenibili, la Direzione Strategica procederà alla propria autonoma valutazione della proposta e ad:

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



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

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



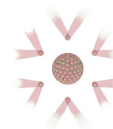
La Direzione Aziendale, nel corso dell'anno, può convocare individualmente ciascun responsabile di struttura per verificare l'andamento degli obiettivi, delle attività e delle risorse, al fine di porre in essere eventuali azioni correttive, che possono configurarsi in modifiche degli obiettivi e/o delle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

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

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

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

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



obiettivi di struttura, una valutazione annuale dei risultati e la formulazione di considerazioni alla Direzione Generale dei risultati raggiunti.

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

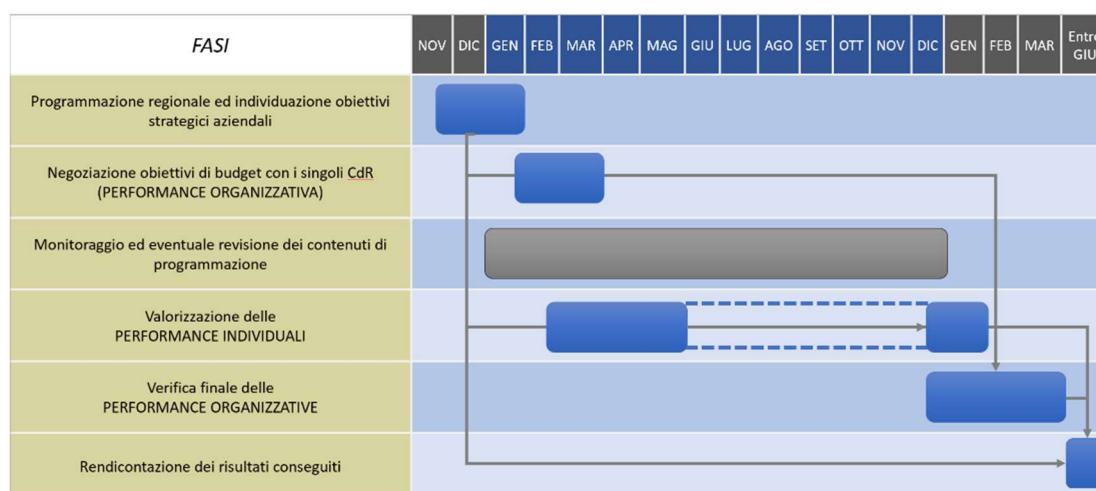
- sistema amministrativo-contabile;
- sistema di controllo di gestione;
- sistema di valutazione individuale;
- sistema per la gestione del personale.

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

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

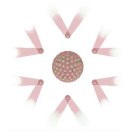
La Direzione Strategica adotta il provvedimento di verifica del raggiungimento degli obiettivi e adotta la Relazione sulla performance, che sarà trasmessa all'OIV per la validazione.

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



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

Sulla base degli obiettivi designati dalla Regione Puglia di cui ai paragrafi 2.a.2.1 e 2.2.a.2 e di quelli assegnati dal CIV con proprio Verbale n. 1 del 18 gennaio 2024 la Direzione Strategia ha individuato una preliminare declinazione degli stessi negli 8 raggruppamenti indicati al paragrafo precedente.



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

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

Di seguito si rassegnano le principali declinazioni degli stessi:

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

Utilizzo per il turno 8:00-14:00 della 4° Sala Operatoria per 5 giorni alla settimana mediante garanzia di un adeguato supporto infermieristico. L'incremento di produzione atteso sulla base della maggiore disponibilità di turni operatori verrebbe garantito dalle seguenti strutture:

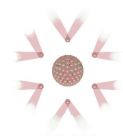
1. **Chirurgia Generale** per la quale grazie alla disponibilità di turni nella 4° sala si reputa di poter **incrementare la produzione del 30% passando a 2.800 k€ rispetto ai 2.100 k€ del 2023 per ricoveri ordinari**;
2. **Chirurgia Toracica**, per la quale in ragione della **presenza di aiuti chirurgici recentemente assunti** si reputa possibile **l'incremento della produzione da 3.660 k€ a 3.850 k€**;
3. **Otorinolaringoiatria**, per la quale risulta ragionevole rispetto all'analisi epidemiologica condotta, e doveroso onde limitare la migrazione extra-regionale, **recuperare almeno i livelli di produzione del 2022 quando i ricavi sono stati pari a 450 k€**;
4. **Ginecologia**, per la quale in virtù della domanda in costante crescita e della maggiore disponibilità della sala operatoria aggiunta è ipotizzabile almeno un **lieve incremento della produzione dai 2.000 k€ del 2023 ai 2.100 k€**;
5. **Urologia**, mirando a **conseguire nuovamente i livelli di produzione già espressi nel 2021 di 1.000 k€** rispetto allo scorso esercizio che ha garantito 880 k€;
6. Le altre strutture chirurgiche dovrebbero garantire comunque i livelli di produzione del 2023.

La **stima di una produzione accresciuta di 1.800 k€** è compatibile con i livelli di produttività media delle attuali sale operatorie e con il valore medio dei DRG espressi nelle discipline dianzi riportate.

In termini di risorse umane **si rende necessaria un'integrazione di personale medico-chirurgo almeno in Otorinolaringoiatria e Urologia**. In quest'ultima anche alla luce del collocamento in quiescenza del Dirigente Responsabile della struttura.

2.b.6.1.2. Efficientamento utilizzo gruppo operatorio

A seguito del lavoro di osservazione condotto sul funzionamento delle Sale Operatorie da parte del Gruppo di Lavoro costituito nel 2023 dal Dirigente Responsabile del Controllo di Gestione, dal Direttore del Dipartimento Chirurgico e Direttore della S.C. di Anestesia, Rianimazione e TIPO, dal Dirigente delle Professioni Sanitarie e dal Coordinatore Infermieristico del Gruppo Operatorio, dovranno essere introdotte le misure di efficientamento descritte nel documento di analisi prodotto.



2.b.6.1.3. Potenziamento delle attività trapianto autologo midollo e accreditamento allogenico

L'attività di trapianto autologo riavviata nel 2023 ad avvenuto completamento dei lavori di ristrutturazione, va incrementata di almeno 10 pazienti nel 2024 (obiettivo possibile alla luce della disponibilità dell'intero anno a differenza del 2023, delle nuove stanze e dell'accreditamento per l'allogenico in via di rilascio). E' conseguentemente previsto un **incremento di produzione non inferiore a 500 k€**;

2.b.6.1.4. Attivazione sistematica di procedure per la dimissione protetta

La dimissione dei pazienti al fine di disporre di un maggior numero di posti letto per il ricovero e/o diminuire i costi diretti della degenza passa attraverso un miglioramento degli automatismi con le competenti strutture della ASL BA e le altre regionali per attivare le dimissioni protette con assistenza domiciliare, le lungodegenze, la riabilitazione e l'Hospice.

In particolare, si ritiene comunque utile attivare "pro tempore" in Area Dipartimentale Medica, nelle more di realizzare l'intera struttura, parte dei 10 P.L. per lungodegenza previsti dal recente Piano di riordino della rete Ospedaliera (8).

Si tratta di un intervento che vede coinvolta la Direzione dell'Area Gestione Tecnica assieme alla Direzione Sanitaria nel documentare che le caratteristiche infrastrutturali, strutturali ed organizzative delle degenze di Oncologia Medica e di Lungodegenza sono perfettamente compatibili e che pertanto la conversione di cui si tratta garantirebbe quel processo di transizione verso un Ospedale per intensità di cura.

Tale trasformazione, oltre a consentire una migliore allocazione del personale in funzione del bisogno assistenziale dei pazienti, permetterebbe la diminuzione dei ricoveri "outlier" e la maggiore appropriatezza del ricovero ordinario.

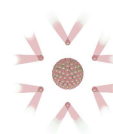
Sulla base delle tariffe previste per la lungodegenza, considerando un probabile fattore di occupazione di tale degenza prossimo al 100% come da diffuse rilevazioni su analoghe strutture nel territorio, **l'incremento di produzione può essere stimato in 400 k€**.

Per effetto del maggiore turnaround dei pazienti è ipotizzabile una **crescita della produzione di ricovero dell'Oncologia Medica di 100 k€** (passando da 1.500 k€ del 2023 a 1.600 k€ del 2024).

2.b.6.1.5. Miglioramento organizzativo delle attività di chirurgia mininvasiva radioguidata

Si rende necessario riorganizzare e rilanciare le attività della struttura di Radiodiagnostica Interventistica neo-istituita a seguito della enucleazione, secondo il nuovo regolamento di organizzazione dell'Istituto, della S.S. di Oncologia Medica Integrata, adesso aggregata alla S.C. di Oncologia Medica.

In primis dovrà aumentare il numero delle cosiddette procedure di "biopsia profonda": pancreatiche, epatiche, renali, prostatiche, polmonari, ossee, su neoformazioni addominali e



pelviche, linfonodale, ecc., con incremento della produzione dalle 124 procedure del 2023 (65 in ricovero ordinario e 59 in DH) ad almeno 230 procedure.

Inoltre andranno ripresi i ricoveri per procedure mininvasive di termoablazione mediante RF/MW epatica e polmonare, chemioembolizzazione epatica e polmonare, combinazioni di termoablazioni e chemioembolizzazioni in unica seduta micro-operatoria (Single Step Therapy) o sedute differenti a distanza di 48 ore (Double Track Therapy), chemioterapie in “stop-flow” epatiche, di arto (melanomi) e pelviche, verterbroplastica e cifoplastica percutanea (in caso di fratture), cementoplastica (metastasi ossee), operando accordi interdipartimentali per l’assistenza in regime di ricovero in funzione della tipologia di intervento con le strutture dell’Area Chirurgica o di Area Medica. Da essi è attesa un produzione aggiuntiva di 1.300 k€.

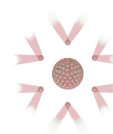
2.b.6.1.6. Miglioramento complessivo degli indicatori di ricovero

Sono stabiliti i seguenti obiettivi in termini di Durata media della degenza per ricovero ordinario

Durata media degenza ricoveri ordinari	2024
Chirurgia Generale Oncologica	7,0
Chirurgia Toracica	4,3
Ematologia	15,0
Radiodiagnostica interventistica	6,0
Oncologia Medica	9,0
Chirurgia Senologica	2,8
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	2,7
Ginecologia Oncologica	4,5
Oncologia Medica per la Patologia Toracica	8,5
Otorinolaringoiatria	3,5
Urologia	4,3

ed i seguenti in termini di Peso medio per ricovero ordinario

Peso medio degenza ricoveri ordinari	2024
Chirurgia Generale Oncologica	2,1
Chirurgia Toracica	2,0
Ematologia	4,2
Radiodiagnostica interventistica	1,7
Oncologia Medica	1,3
Chirurgia Senologica	1,08
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	1,5
Ginecologia Oncologica	1,6
Oncologia Medica per la Patologia Toracica	1,4
Otorinolaringoiatria	1,2
Urologia	1,2



Per quanto attiene ai ricoveri “outliers”, fatta eccezione per l’Area Medica per la quale è previsto un numero massimo di ricoveri oltre soglia di 20 per l’Ematologia e 10 per l’Oncologia (alla luce anche dell’attivazione dei P.L. di Lungodegenza), tutti gli altri reparti non devono superare un massimo di 2 ricoveri oltre soglia.

Per quanto attiene invece al fattore di occupazione in nessun caso è ammesso un fattore di occupazione inferiore al 50%

Fattore di occupazione P.L. ricoveri ordinari	202
Chirurgia Generale Oncologica	55%
Chirurgia Toracica	65%
Ematologia	80%
Radiodiagnostica interventistica	50%
Oncologia Medica	80%
Chirurgia Senologica	60%
Chirurgia Plastica e ricostruttiva	60%
Ginecologia Oncologica	60%
Oncologia Medica per la Patologia Toracica	70%
Otorinolaringoiatria	50%
Urologia	50%

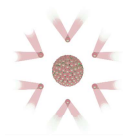
La proposta di budget da parte di ciascuna struttura dovrà considerare i precedenti indicatori di peso medio, durata media della degenza, fattore di occupazione dei posti letto, degenze outliers che hanno impatto su ricavi e costi giustificando debitamente eventuali scostamenti

2.b.6.1.7. Efficientamento chemioterapie

Un’importante possibilità di efficientamento con incremento anche della sicurezza delle relative procedure sarà garantita dall’utilizzo sistematico delle pompe volumetriche collegate in rete ad un sistema di Dose Error Reduction System (DERS) la cui procedura di acquisizione è stata avviata al termine del 2023 e che consentirà di alleviare il carico di lavoro del personale addetto alla somministrazioni di terapie infusionali IV e di efficientare il controllo della sicurezza delle stesse. Si stima che l’introduzione nell’operatività del sistema possa avvenire a partire dal 3° trimestre dell’esercizio 2024. **L’incremento di produzione stimato per il 2024 è pari a 110-120 k€,** al netto della remunerazione dei farmaci nel file “F”.

Ad ogni buon conto, comunque, gli incrementi di produzione per chemioterapie (anche eventualmente in somministrazione controllata a distanza nelle strutture remote del TeleC.Or.O.) sono subordinati all’adeguamento del tetto di spesa sui farmaci, la cui previsione di bilancio passa da 29,4 M€ circa a 34,2 M€ con una crescita del 16%.

Per essi potrà fungere da utile complemento l’acquisizione di un sistema robotizzato per la preparazione delle terapie antitumorali, citotossiche ed immunomodulanti, laddove ne venga garantita la prevista fonte di finanziamento tra gli investimenti da approvare da parte



dell'Ente Regione assieme all'ampliamento previo trasferimento delle facilities dell'U.Ma.C.A. (interventi da implementare comunque nel 2025-2026).

2.b.6.1.8. Digital Pathology

L'avvenuta installazione ed avvio operativo della Digital Pathology rappresenta un'importante forma di miglioramento sia della qualità che di aumento della produttività nell'osservazione diagnostica degli specimen ad elevatissima risoluzione e mediante tools software di supporto alla valutazione. E' decisamente nelle possibilità della struttura, grazie a tali miglioramenti ritornare a produrre ai livelli del 2022 (differenza di 100 k€) e superarli di altri 50 k€, per una **crescita complessiva dei ricavi nel 2024 pari a 130-150 k€.**

2.b.6.1.9. Incremento prestazioni di Diagnostica Molecolare

La **Diagnostica Molecolare** dell'Istituto, assieme alla Radioterapia, rappresenta una delle strutture che eroga il maggior fatturato di assistenza ambulatoriale, quest'ultima con costi del personale davvero limitatissimi. I margini operativi sono particolarmente interessanti e le prospettive di crescita della domanda soprattutto in ambito oncologico solide e positive, al punto da ben giustificare gli investimenti che vedono la struttura operare con analizzatori rinnovati. Anche il futuro tariffario approvato con DM Salute del 23 giugno 2023 confermerebbe la sostenibilità economica di tali prestazioni. A fronte dei ricavi prodotti nel 2023, pari ad oltre 3,85 M€ è **ipotizzabile che la stessa domanda conduca ad un incremento delle prestazioni del 2,5% per un maggiore ricavo di 100-150 k€.**

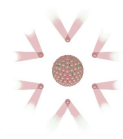
2.b.6.1.10. Appropriatezza prescrittiva ed Autoprescrizione

L'analisi condotta sulla produzione ambulatoriale del 2023 ha consentito di evidenziare che in alcune strutture si possa e si debba, per il corretto inquadramento del paziente, durante cui sono stabilmente eseguite consultazioni in Team Multidisciplinari per l'inquadramento diagnostico-terapeutico del paziente, procedere ad integrare le originarie prescrizioni di prima visita con ulteriori prestazioni di **"consulti definiti complessivi"**. Alla luce dell'entità delle prime visite, dei casi discussi nei Team Multidisciplinari è ipotizzabile una **crescita dei ricavi di 70-100 k€.**

E' frequente che il paziente possa pervenire alle strutture dell'Istituto con prescrizioni non corrette rispetto ai quesiti diagnostici espressi e che si renda necessario modificarle o effettuare visite/esami integrativi.

Tale situazione può condurre a perdite di produzione nel caso in cui la prescrizione integrativa non venga effettuata con le corrette procedure di gestione ambulatoriale (emissione ricetta dematerializzata, inserimento in worklist CUP ed accettazione/erogazione nel sistema).

Tale attività già regolamentata dall'Istituto è particolarmente importante ai fini amministrativi del riconoscimento delle prestazioni da parte delle ASL di residenza dei pazienti e si rende



necessario monitorare il fenomeno di eventuali prestazioni non ri-prescritte da parte degli erogatori

2.b.6.1.11. Introduzione delle prestazioni di brachiterapia HDR.

Con nota Prot. n. 29640 del 30 dicembre 2022 veniva trasmessa alla Direzione Strategica la valutazione di Healthcare Technology (HTA) relativa all'introduzione nell'Istituto di apparecchiature (afterloader) per per la somministrazione di **brachiterapia intracavitaria "High Dose Rate"** mediante applicatore esterno in virtù della quale potrebbe determinarsi una **produzione aggiuntiva da parte della struttura di Radioterapia di 150 k€** senza ulteriori investimenti (afterloader in service).

2.b.6.1.12. Avvio prestazioni in Telemedicina.

Grazie al finanziamento del Progetto "TeleC.Or.O." si potrà disporre di 22 infermieri per effettuare in modalità "B2B" alcune prestazioni di televisita (controlli) e di teleconsulto (consulenze specialistiche). Il progetto consentirebbe inoltre, in maniera mirata ed in presenza di una specifica organizzazione dell'emergenza/urgenza nei siti remoti, di effettuare presso tali centri previa garanzia di idonee condizioni di sicurezza, alcune somministrazioni a basso rischio di reazione avversa quali ad esempio alcune somministrazioni con iniezione "sotto-cute". Tale soluzione aumenterebbe di gran lunga la quantità di assistiti oltre ad un innegabile beneficio per la qualità di vita dei pazienti e dei loro "care-giver", i quali non sarebbero più costretti a viaggi di diverse decine di chilometri per ricevere la somministrazione del farmaco. Infine presso tali siti remoti sarebbe possibile effettuare le attività di prelievo garantendo una maggiore quantità di esami eseguiti abbattendo il costo dell'ammortamento degli analizzatori per l'esecuzione di ciascun prelievo. E' ipotizzabile una ipotesi cautelativa di prestazioni aggiuntive rispetto alle attuali nelle varie branche dell'Area Medica non inferiori ad un **ricavo supplementare di € 70-100 k€ per il 2024** ed in incremento da quantificare meglio via via che le procedure entreranno negli standard dell'Istituto nel corso del 2025 e 2026.

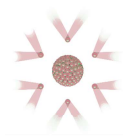
2.b.6.1.13. Attivazione di soluzioni per la degenza secondo principi di intensità/tipologia di cure (dipartimentali), sede del tumore (organo), ecc.

L'obiettivo è quello di migliorare l'assistenza ai ricoveri senza parcellizzare l'assistenza infermieristica e dei medici di guardia, garantendo però le competenze del personale sanitario, la compatibilità dei degenti in termini di rischio e di genere.

Su indicazioni della Direzione sanitaria, i Capi Dipartimento ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture coinvolte saranno coinvolti nella valutazione preliminare, definizione delle articolazioni organizzative per una siffatta organizzazione dell'assistenza.

2.b.6.1.14. Monitoraggio continuo dei costi.

Come evidenziato nell'analisi relativa al bilancio, i costi di:



- Farmaci;
- Dispositivi medici;
- Dispositivi diagnostici;
- Servizi non sanitari
- Personale assegnato.

Dovranno essere mensilmente monitorati anche rispetto alla produzione attesa conducendo altresì audit bimestrali cn le strutture produttive ed i DEC.

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

2.b.6.1.15. Controlli «pace-maker» e «defibrillatori»

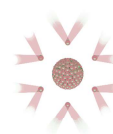
La Cardiologia Diagnostica dell'Istituto si trova frequentemente nella necessità di disattivare temporaneamente i dispositivi di stimolazione cardiaca/defibrillazione semiautomatica prima di una procedura interventistica o diagnostica riprogrammando i primi temporaneamente in modalità asincrona e sospendendo la programmazione anti-tachicardica nei secondi prima di un intervento chirurgico, MRI, Radioterapia, per poi procedere alla loro riprogrammazione/verifica. Tale attività può essere eseguita senza alcun investimento (i programmatori dei pacemaker/defibrillatori sono concessi gratuitamente e non fanno uso di consumabili ed tali attività sono produttive di ulteriori ricavi oltre a migliorare la qualità dell'assistenza percepita da parte del paziente. E' possibile prevedere una produzione accresciuta **rispetto al 2023 20-50 k€**.

2.b.6.2. Organizzazione

2.b.6.2.1. Attuazione e monitoraggio del nuovo modello organizzativo

Con l'avvenuta introduzione del nuovo Regolamento di Organizzazione di cui alla Deliberazione n. 323 del 31 marzo 2023, viene introdotto un nuovo modello organizzativo il cui funzionamento va sin dai primi mesi del 2024 implementato e monitorato.

In particolare sono state introdotte modificazioni sia ai Dipartimenti di produzione in Area Medica e tra i Servizi, oltre che una riorganizzazione degli Staff. L'introduzione dei nuovi Centri di Responsabilità e dei nuovi Centri di Costo devono consentire una adeguata correlazione tra produzione e spesa. Vanno altresì verificate e/o modificate le procedure a seguito dell'incorporazione nell'Oncologia Medica delle strutture di Oncologia Medica Integrata, le procedure per il lavoro congiunto di quest'ultima con la Radiodiagnostica interventistica, le nuove competenze della SSD del C.Or.O./TMD, soprattutto nell'interazione con questi ultimi, le attribuzioni compiute della funzione Qualità, le dipendenze gerarchiche e funzionali di alcune strutture di Staff.



2.b.6.2.2. Avanzamento e completamento dei processi di accreditamento presso OEI, JCI e QUOTA

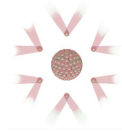
La qualificazione dell'Istituto in ambito nazionale ed internazionale passa attraverso il riconoscimento ed accreditamento da parte di organismi di riferimento indipendenti, nazionali ed internazionali, quali l'Organization of European Cancer Institutes, la Joint Commission International, i quali stimolino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

2.b.6.2.3. Avanzamento delle progettualità da PNRR, PNC, e altre fonti di finanziamento

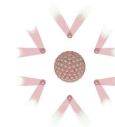
Le attività condotte nel precedente biennio, hanno condotto a positiva conclusione di tutti gli investimenti POR-FESR. Inoltre l'Istituto si è aggiudicato una serie di finanziamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, del Piano Nazionale Complementare al PNRR, del Ministero della Salute, della Fondazione AIRC, dell'Alleanza Contro il Cancro. Tutte le strutture, ciascuna per la propria parte sono chiamate ad ottenere da tali finanziamenti il massimo delle dotazioni strutturali ed infrastrutturali, entrare nel consesso dei network nazionali ed internazionali e raggiungere risultati scientifici di massimo livello.

I progetti da monitorare con la massima attenzione sono:

- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza:
 - Missione 6 Salute, M6C2 - 1.1, "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.2 – Grandi apparecchiature sanitarie". In tale contesto, questo IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" si è candidato mediante la presentazione di n. 9 schede di intervento per la sostituzione di altrettante apparecchiature in uso: n. 2 TAC 128 strati per radiologia e simulatore RT, Risonanza Magnetica 1,5T, n. 1 Acceleratore Lineare, n. 2 Mammografi, n. 2 Ecotomografi, n. 1 Telecomandato radiologico, con cronoprogrammi in avvio ed alcuni in fase di avanzata esecuzione;
 - Missione 6 Salute M6C2 - 1.3.1, "Potenziamento ed evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico verso l'FSE2.0 al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e professionisti sanitari". Il progetto prevede l'aggiornamento degli applicativi installati presso l'IRCCS, previo accreditamento degli stessi a livello nazionale al fine di garantirne la conformità con le specifiche nazionali FSE 2.0.
 - Missione 5 Inclusione e Coesione – M5C3 -1.1.1 Potenziamento dei Servizi e delle Infrastrutture sociali di Comunità: TeleC.Or.O., progetto finanziato di cui si è già dettagliato in precedenza per l'implementazione di moderne ed attuali forme organizzative dell'assistenza integrata tra Ospedale e Territorio con uso della Telemedicina finanziato dall'Agenzia per la Coesione Territoriale.



- Missione 1 “Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo” – Componente 1 “Digitalizzazione, innovazione e sicurezza della pubblica amministrazione”.- M1C1 – 1.1.1 e 1.1.2 “infrastrutture digitali” e “abilitazione al cloud per le PA locali” – Trasferimento in cloud dell’infrastruttura digitale dell’Istituto finanziato dall’Agenzia per la Trasformazione Digitale.
- Missione 1 “Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo” – M1C2 - 2.6, “Potenziamento degli Uffici di Trasferimento Tecnologico”: Progetto Knowledge Information Sharing Strategy (KISS 2)
- Missione 6 Salute M6C2 – 2.1, “Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN” in cui i ricercatori dell’Istituto hanno conseguito i seguenti “grant” su progetti di ricerca in cooperazione con altri IRCCS:
 - *Analyses of HPV and host body fluid biomarkers as non-invasive strategy for detection of head and neck cancer relapse;*
 - *A multi-omic approach for gene fusion detection in hematological malignancies: towards improved diagnostic screening and therapeutic targeting - FUSION-TARGET;*
 - *Identification of common pathogenic mechanisms driving squamous cell carcinomas of the anogenital tract and head&neck region to develop overarching therapeutic strategies;*
 - *Cancer of unknown primary: shifting the paradigm from undefined heterogeneous malignancies to a new tumor type arising from cancer stem cells by specific pathogenetic mechanisms and targetable dysregulated pathways;*
 - *A multiomics approach to identify signatures of response and resistance to immunotherapy in R/R Diffuse Large B-cell Lymphoma;*
 - *Leukemic cell and microenvironment interactions as the culprit of chronicity in CLL.;*
 - *Systematic reclassification of Variants of Unknown Significance in cancer-predisposing genes through machine learning applied to CRISPR-based functional screens;*
 - *Development and validation of a biomedical device for the detection, characterization and removal of Circulating Tumor Cells from the peripheral blood of patients for the treatment and diagnosis of cancer-EVOLUTION;*
 - *Dissecting the role of tau in ovarian cancer pathogenesis and drug resistance..*
- Piano Nazionale per gli investimenti Complementari al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza:
 - Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale: Progetto DARE (Digital Lifelong Prevention) finanziato dal Ministero dell’Università e Ricerca cui l’Istituto partecipa assieme a 28 partner tra cui 8 Università, 13 Ospedali, IRCCS ed ASL, 1 agenzia protezione ambiente, 4 società private ed 1 organizzazione no-profit;
 - Ecosistemi Innovativi per la Salute: Progetto INNOVA – Life Science Hub Diagnostica Avanzata (Digital Lifelong Prevention) finanziato dal Ministero della Salute network nazionale voluto dal Ministero della Salute tra 43 Università ed IRCCS, 8 Spoke livello 1°, 16 spoke livello 2a tra cui l’istituto e 19 spoke livello 2b;



- Ecosistemi Innovativi per la Salute: Progetto PerfeTTO – Technology Transfer Network finanziato dal Ministero della Salute che finanzia le attività di costituzione di una rete di 52 IRCCS per la valorizzazione della proprietà intellettuale frutto della ricerca;
- POS "Piano Operativo Salute" (FSC 2014 POS "piano operativo salute" (FSC 2014-2020):
 - Traiettorie 4 - "Biotecnologie, bioinformatica e sviluppo farmaceutico": *Sviluppo di una piattaforma per la implementazione clinica della oncologia di precisione nelle regioni del centro-sud Italia (COESIT);*
 - Traiettorie 3 - " Medicina rigenerativa, predittiva e personalizzata ",: *HUB Scienze della Vita della Regione Puglia;*
- Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro:
 - *Dissecting the role of miR-3916 and miR3613-5p in breast cancer and developing a metastases predictor PORTENT algorithm;*
 - *Amplified gene transcripts as new biomarkers for patient stratification in Small Cell Lung Cancer with MYCL/MYC gains.*
- Ricerca Finalizzata-Giovani Ricercatori del Ministero della Salute:
 - *PEERAD - PrEdictingEndopredict score with RADiomics: a novel radiomics model based on artificial intelligence to drive adjuvant treatment in patients with early- stage, intermediate-risk, hormone-receptor positive HER2 negative breast cancer.*
- I progetti di cui ai finanziamenti 5x1000 per € 352.000,00 e della cosiddetta Ricerca in Conto Capitale per € 650.000 sono ancora da definire.

2.b.6.2.4. Potenziamento infrastrutturale

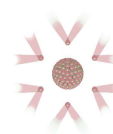
Dell'importanza degli obiettivi di potenziamento si è ampiamente e diffusamente parlato nel pregresso del PIAO e pertanto di seguito si rassegnano solo e soltanto gli argomenti già trattati:

1. Completamento secondo cronoprogramma della Fase 1 del Piano di Rilancio dell'Istituto;
2. Avanzamento della Fase 2 del suddetto Piano con avanzamento delle progettualità in attesa dell'individuazione di una delle due formulazioni per l'espansione dell'Istituto con disponibilità di nuovo immobile con nuova costruzione o Partenariato Pubblico Privato;
3. Prosecuzione delle procedure per l'avvio di nuova PET/CT o PET/MRI;
4. Acquisizione ed installazione con fondi PNRR delle nuove apparecchiature nel rispetto dei cronoprogrammi e delle regole di finanziamento per n. 1 MRI, n.2 diagnostiche CTI, n. 2 Mammografi, n. 2 Ecografi, n. 1 Telecomandato digitale, 1 Acceleratore Lineare
5. Approntamento con i finanziamenti del progetto DARE dei nuovi laboratori di ricerca

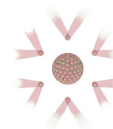
2.b.6.2.5. Avanzamento delle progettualità Fondo Sociale di Coesione

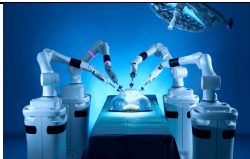
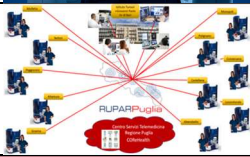
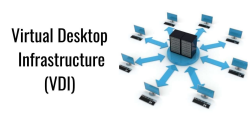
Con nota e-mail del 10.01.2024, la Regione Puglia ha richiesto alle Aziende Sanitarie la proposizione di progetti da finanziare nell'ambito del Fondo Sviluppo e Coesione nel ciclo di programmazione 2021-2027 ("FSC").

L'Istituto ha formulato numerose proposte:



Sicurezza		
	Manutenzione straordinaria sulla rete idrica, necessari per ripristinare la sicurezza delle acque	1.140.000 €
	Manutenzione straordinaria della Cabina Elettrica	2.220.664 €
Infrastrutturazione		
	Realizzazione nuovi laboratori della ricerca	1.908.323 €
	Realizzazione nuova Unità di Manipolazione Chemioterapici ed Antiblastici (UMACA)	1.000.000 €
	Realizzazione due nuove sale operatorie	2.500.000 €
	Realizzazione, con le modalità del Partenariato Pubblico Privato, oppure come acquisizione di un bene futuro, di una nuova palazzina, adiacente alla attuale sede, da destinare a sede di accoglienza, attività ambulatoriali e di diagnostica	26.000.000 €
Efficientamento		
	Acquisizione sistema di tracciabilità ed automazione del percorso farmaci	1.900.000 €
	Acquisizione robot per l'allestimento dei farmaci antiblastici/citotossici	1.000.000 €
	Acquisizione Sistema automatizzato per archiviazione specimen (vetrini e blocchetti)	1.549.000 €
Potenziamento offerta sanitaria		
	Acquisizione sistema "Skin Scan" per dermatologia	549.000 €



	Acquisizione robot per chirurgia	5.000.000
	Estensione postazioni di telemedicina (TeleC.Or.O.) a tutti i Comuni di Bari	2.500.000 €
Quality in Patient Experience		
	Sistema informatico per la navigazione guidata dei pazienti all'interno dell'Ospedale	1.500.000 €
	Adeguamento Istituto alle Linee Guida Hospitality	600.000 €
	«Data Lake» per l'assistenza e la ricerca mediante Big Data Analysis	450.000 €
	Virtualizzazione delle Postazioni di Lavoro	1.350.000 €

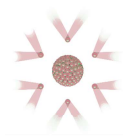
Tutte le strutture, ciascuna per la propria parte sono chiamate ad ogni necessario e tempestivo adempimento per completare ogni procedura utile all'ottenimento di tutti e parte dei finanziamenti richiesti.

2.b.6.3. Ricerca

Le attività di ricerca condotte saranno sia di tipo clinico che traslazionale. Le prime si focalizzeranno sui risultati dei numerosi studi clinici, profit e no profit, attivi nell'Istituto e che vedono coinvolti medici e biologi nella gestione delle varie patologie tumorali.

Le seconde spazieranno negli ambiti delle analisi omiche (genomica, epigenomica, proteomica, metabolomica, radiomica), frequentemente effettuate su biopsia liquida, che producono una grande mole di dati i quali, mediante approcci bioinformatica, deep-learning e intelligenza artificiale, permetteranno una migliore comprensione della biologia dei tumori, presupposto per l'individuazione di nuovi neoantigeni tumorali e biomarcatori di diagnosi, prognosi e predizione di risposta alla terapia e di nuovi target farmacologici.

Sarà decisiva la collaborazione con i grandi centri nazionali ed internazionali di nanotecnologie, per avviare la messa a punto di nuove formulazioni farmaceutiche e/o il repurposing di farmaci in selezionati gruppi di pazienti oncologici.



Altra tematica di ricerca saranno gli screening farmacologici nelle varie patologie oncologiche mediante l'utilizzo di sistemi cellulari complessi, i "patient-derived-organoids", che riproducono in sistemi ex-vivo il tumore nella sua interezza ossia con la complessità del microambiente tumorale, il cui ruolo fondamentale nella risposta alle terapie è ormai riconosciuto da tutta la comunità scientifica.

Gli obiettivi strategici della ricerca per il 2024 sono i seguenti:

2.b.6.3.1. Consolidamento dei livelli di Impact Factor sinora conseguiti

Il mantenimento di adeguati livelli di Impact Factor normalizzato (IFn), nel rispetto dei valori minimi per il riconoscimento della natura di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico previsti dall'Allegato al D.Lgs 200/2022, che per la specialità oncologica è del valore di 900, dovrà essere assolutamente garantito per tutto il triennio 2024-2026. Nel 2024 il Consiglio di Indirizzo e Verifica ha stabilito un obiettivo di incremento del 5% rispetto al valore assunto dall'IFn nel 2023

2.b.6.3.2. Attivazione delle strutture previste dal nuovo Regolamento di organizzazione e distribuzione del personale reclutato

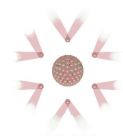
Un primo indirizzo strategico del presente piano è quello rinnovare il modello organizzativo istituzionale per conseguire una sempre maggiore integrazione tra assistenza e ricerca. Al riguardo, la nuova strutturazione dei Settori della Ricerca è stata definita dalla delibera del Direttore Generale n. 323 del 31 marzo 2023, con la quale è stato adottato il nuovo Regolamento di Organizzazione dell'Istituto, poi approvato dal Ministero della Salute e dalla Regione Puglia.

In esso la Direzione Scientifica è stata organizzata in 2 macroaree:

- Project Management della Ricerca a cui afferiscono il Servizio amministrativo della Ricerca, il Grant Office, il Trial Office, la Biblioteca e il Technology Transfer Office. Afferisce a questa struttura anche l'Unità di biostatistica e bioinformatica
- Facility per la ricerca di cui fanno parte le strutture della Biologia dei tumori e terapie molecolari, dei Biomarcatori e Bersagli Molecolari, dell'Immunologia dei tumori e immunoterapia, delle Scienze omiche, delle Nanotecnologie, della Virologia Oncologica, dell'Ematologia Oncologica e della Biobanca.

Nel corso del 2024 tale organizzazione andrà debitamente attivata, specificando contestualmente ambiti di competenza e procedure di cooperazione con le realtà di ricerca delle singole strutture cliniche e diagnostiche dell'Istituto.

La Direzione Scientifica, che nel corso del 2023, è stata potenziata con l'assunzione di ulteriori 19 ricercatori sanitari e 18 dipendenti di supporto alla Ricerca, a seguito dell'attivazione delle strutture precitate, di concerto con la Direzione Strategica, deciderà l'assegnazione del personale disponibile, sia della Ricerca sanitaria che di supporto alla stessa, a tempo determinato e indeterminato, alle facility predette o a specifiche strutture dell'Istituto.



Si procederà, dopo un preliminare avvio della nuova organizzazione, ad una nuova valutazione del Fabbisogno di ricercatori/supporto alla ricerca e, se dovesse essere necessario, all'attivazione delle procedure concorsuali per l'acquisizione del nuovo personale della ricerca

Nello specifico ambito poi, delle infrastrutture di ricerca, nel corso del 2024 dovrà darsi luogo all'implementazione dei nuovi laboratori di ricerca per i quali è già prevista una dotazione finanziaria proveniente dal Progetto DARE di 1 M€. Laddove tale dotazione possa rivelarsi insufficiente, dovrà essere formulata una progettazione tecnica modulare che possa essere progressivamente ed armonicamente accresciuta con cofinanziamenti provenienti da altre fonti.

2.b.6.3.3. Programmazione e governance della ricerca

Un'altra strategia di intervento è quella di continuare a concentrare gli sforzi e gli strumenti di ricerca, anche organizzativi e finanziari, sulle quattro Linee di ricerca, approvate per il triennio 2022-2024 dal Ministero della Salute ed aumentare la interazione e collaborazione tra le unità cliniche e di ricerca traslazionale all'interno dello stesso Istituto combinando così i due aspetti della mission dell'Istituto, che sono ricerca e assistenza;

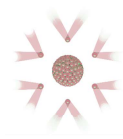
Obiettivo conseguente è pertanto quello di far confluire tutte le progettualità, nuove o già avviate, verso le quattro Linee di ricerca approvate per il triennio 2022-2024 dal Ministero della Salute:

- Linea 1: Dalla cancerogenesi alla progressione tumorale per un'oncologia di precisione;
- Linea 2: Le sperimentazioni cliniche nell'era dell'oncologia di precisione;
- Linea 3: Scienze computazionali, tecnologie d'intelligenza artificiale: driver per un'oncologia digitale;
- Linea 4: Nuovi modelli organizzativi-gestionali in oncologia;

con l'obiettivo di governarne lo sviluppo e coordinare il raggiungimento degli obiettivi dei singoli progetti verso un contributo alla strategia complessiva definita dalla Direzione Scientifica.

Questa convergenza andrà ricercata attraverso opportuna modulazione dei progetti di ricerca:

- a) Progetti di durata biennale e valore economico idoneo al raggiungimento di obiettivi sfidanti e di forte impatto sulla clinica, presentati in risposta ad avvisi di tipo competitivo da parte dell'Istituto,, aperti ai ricercatori interni, da finanziare con fondi 5x1000. La loro natura dovrà essere preferibilmente di tipo trasversale, aperta all'apporto di discipline diverse per aggregare più competenze e conoscenze, attivati a seguito di una selezione da parte di apposita commissione nominata dalla Direzione Strategica.
- b) Progetti di ricerca a forte valenza innovativa e strategica ma al di fuori dei bandi competitivi, proposti da gruppi di ricercatori clinici o sperimentali.



Nel proprio compito di indirizzo strategico e governo, il Direttore Scientifico sarà supportato da un *External Advisory Board* (EAB), i cui componenti, scelti tra scienziati europei e nazionali di alto valore, verranno nominati nel corso del 2024. L'EAB si occuperà anche della fattiva promozione di eventi scientifici di particolare rilievo.

2.b.6.3.4. Potenziamento degli strumenti per l'acquisizione di capacità finanziarie ed esecutive della ricerca

Diverse sono le azioni individuate per il potenziamento della capacità di acquisire fondi per la ricerca.

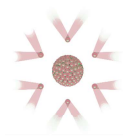
Accrescimento delle funzioni del Grant Office

Tra le principali, come ovvio, vi è il potenziamento del Grant Office, il quale, oltre alle attuali funzioni di monitoraggio e divulgazione ai ricercatori dei bandi di finanziamento regionali/nazionali/internazionali specifici per la ricerca scientifica, dovrà rapidamente acquisire la capacità di svolgere ulteriori funzioni:

1. Esecuzione di audit strutturati sui trend evolutivi maggiormente promettenti della ricerca in ambito di prevenzione primaria e secondaria, diagnostica e terapia;
2. Individuazione, mediante specifici approfondimenti con i gruppi di ricerca dell'Istituto, attivi nelle varie discipline, di possibili strategie di avvicinamento ed inclusione nei gruppi di maggior "appeal" europeo ed internazionale della ricerca oncologica;
3. Monitoraggio sistematico dei siti e delle newsletter di divulgazione delle iniziative di ricerca UE e dei gruppi internazionali, ponendo particolare attenzione alle tematiche coerenti con le Linee di Ricerca dell'Istituto;
4. Predisposizione mirata di programmi di formazione e "workshop" per supportare i ricercatori dell'Istituto sia nella predisposizione di progetti per la partecipazione a bandi competitivi (prevalentemente in ambito europeo ed internazionale);
5. Supporto ai ricercatori nella partecipazione a bandi competitivi sia attraverso la verifica preliminare e divulgazione semplificata dei requisiti di eleggibilità e delle procedure di presentazione delle domande e dei progetti veri e propri, sia attraverso il contributo redazionale, laddove i ricercatori ne manifestino il bisogno, eventualmente anche attraverso la rapida individuazione di soggetti esterni ausiliari o eleggibili a partner.

Accrescimento delle funzioni del Trial Office

L'Ufficio Trials Clinici, grazie alla riorganizzazione delle facility della Direzione Scientifica, sarà potenziato da risorse amministrative/scientifiche per l'efficientamento delle procedure di approvazione degli studi clinici:



- sia mediante sistematica redazione e manutenzione delle specifiche documentazioni: schemi di contratto, convenzioni, accordi di non divulgazione (NDA: Non Disclosure Agreements), accordi per il trasferimento di materiali biologici (MTA: Material Transfer Agreements) e dati (DTA: Data Transfer Agreements);
- sia mediante analisi di sostenibilità tecnico-economica dei trials, idonee definire con certezza l'entità del bilancio positivo dei ricavi delle sperimentazioni rispetto ai costi, potendo così accrescere le risorse finanziarie provenienti da tali sperimentazioni, sia mediante una più tempestiva partenza degli arruolamenti competitivi, sia mediante la contrattazione di idonei margini economici riconosciuti dalle CRO.

Le accresciute competenze del Trial Office ed il suo fondamentale contributo all'interno della nuova strutturazione del Clinical Trial Quality Team consentirà di aumentare le chances di proposizione di sperimentazioni cliniche indipendenti da parte delle strutture cliniche.

Sarà altresì importante completare le competenze del Trial Office anche nei settori della sperimentazione di dispositivi medici e di dispositivi diagnostici in vitro.

Infine il Trial Office con il CTQT svolgerà un ruolo fondamentale nell'avvio delle sperimentazioni farmacologiche "First in Human" che nel 2024 si dovrà cercare di avviare almeno in un trial.

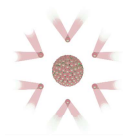
Tra gli obiettivi specifici del Trial Office per il 2024 vi è altresì quello della revisione e proposizione del Regolamento per le sperimentazioni farmacologiche dei dispositivi medici e dei dispositivi diagnostici in vitro per adeguarlo alle innovazioni normative intervenute negli ultimi anni.

Potenziamento del Technology Transfer Office

Altra importante struttura sia per il reperimento di risorse finanziarie provenienti dai privati ed in particolare dalla ricerca industriale, sia per la valorizzazione economica e lo sfruttamento commerciale dei risultati della ricerca dell'Istituto, è quella del Technology Transfer Office (TTO).

Nel corso del 2024 il TTO dovrà essere potenziato con le tipiche professionalità che di tale struttura fanno parte: Innovation Officer e Knowledge Transfer Office mediante le risorse umane previste dai progetti PerfeTTO (finanziamento PNC del PNRR da parte del Ministero della Salute) e KISS2 (finanziamento PNRR del Ministero dello Sviluppo Economico).

Il TTO riprenderà le attività di auditing sistematico presso i ricercatori dell'Istituto per l'individuazione degli studi promettenti ma ancora in fase embrionale, potenzialmente candidabili a tutela brevettuale, nonché dello stato di avanzamento delle linee di ricerca già in essere nell'Istituto ed eventualmente spendibili in ambito industriale.



Verrà altresì eseguita apposita formazione nei confronti dei ricercatori in merito alle tecniche per garantire la tutela della proprietà intellettuale e alle strategie di evoluzione dei Technology Readiness Levels (TRL's) dei prodotti della ricerca.

Altra attività di fondamentale importanza che dovrà svolgere il TTO è quella della ricognizione proattiva di potenziali partners industriali della ricerca. Questa attività verrà condotta attraverso:

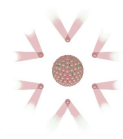
- Pubblicizzazione e promozione dell'iscrizione di nuovi soggetti industriali all'Albo dei Partners della ricerca avviato nel 2021;
- Monitoraggio, attraverso periodiche visite presso gli stabilimenti dei partner, dei risultati e dei know-how di interesse rispetto alle Linee di Ricerca dell'Istituto (scouting);
- Partecipazione ai maggiori eventi di presentazione delle tecnologie emergenti e di "matching" coinvolgendo miratamente i ricercatori dell'Istituto;
- Attivazione di "matching" 1-to-1 tra partners e ricercatori previo approntamento di idonee tutele (NDA) per la preservazione dei "know-how";
- Promozione ed accompagnamento di eventuali iniziative per la costituzione di "spin-off" da parte dei ricercatori o di "start-up" anche con la partecipazione di partners industriali;
- Ricerca di potenziali "joint ventures" tra ricerca dell'Istituto e partners industriali per il reperimento di finanziamenti pubblici e/o privati.

Nell'ambito di tali competenze il TTO procederà alla redazione e sottomissione - per l'approvazione da parte della Direzione Strategica - del nuovo Regolamento per la gestione dell'Albo dei Partner della Ricerca. come previsto dal recente D.Lgs. 200 del 23 dicembre 2022

2.b.6.3.5. Comunicazione e promozione della ricerca dell'Istituto

Ultimo settore strategico di intervento è rappresentato dall'attività di comunicazione, condivisione e promozione delle attività e dei risultati della ricerca. Molteplici gli strumenti individuati:

- Aggiornamento costante delle sezioni di pertinenza della ricerca sul sito istituzionale mantenendo i contenuti informativi relativi a: strutture attive in ricerca con il relativo personale, attività condotte, progetti attivi, pubblicazioni effettuate, finanziamenti conseguiti, collaborazioni nazionali ed internazionali attive per informare tutti gli "stakeholders" (pazienti, cittadini, imprese, comunità scientifica, ecc.) con la collaborazione dell'ufficio stampa;
- Attivazione di nuovi - o implementazione sugli - account istituzionali "social" (es Fb, Twitter, LinkedIn) per la creazione e crescita di una community di specifica comunicazione di divulgazione e comunicazione scientifica dell'Istituto;
- Rilancio e perfezionamento dell'iniziativa "*Science Cafè*", il journal club proposto dalla Direzione Scientifica per la discussione collegiale di problematiche di ricerca, risultati di



progettualità e pubblicazioni di elevato impatto scientifico, periodicamente aperto all'esterno;

- Redazione dello "Scientific Report" annuale come strumento di informazione all'esterno dei dati della ricerca prodotta dal nostro Istituto;
- Organizzazione di eventi scientifici, meeting, congressi su varie tematiche di interesse oncologico e della Giornata della Ricerca per la divulgazione all'esterno delle attività e dei risultati della ricerca istituzionale;

2.b.6.3.6. Monitoraggio tecnico-economico della gestione dei progetti di ricerca.

Nel corso del 2024, a seguito dell'avvenuta attivazione a regime del MOSS nel corso del 2023 e dell'avvenuta definizione delle modalità di associazione dei costi dei fattori produttivi della ricerca alle singole fonti di finanziamento attraverso la chiave contabile di progetto, dovranno essere introdotte procedure di gestione del ciclo di fatturazione attivo e passivo per la tenuta della contabilità del bilancio settoriale della ricerca.

2.b.6.4. Appropriatezza

Della necessità di operare in costante applicazione delle regole di appropriatezza si è già dettagliato in precedenza. E' il caso di sottolineare però, che per la peculiarità della patologia oncologica, per la quale i risultati della ricerca vengono proposti celermente e costantemente alla pratica clinica, si rende indispensabile una costante attenzione all'aggiornamento ed osservanza delle Linee Guida, oltre che un costante contributo alla definizione delle stesse e di Percorsi Diagnostico Terapeutici coerenti, all'arruolamento nei trials più avanzati laddove è possibile fornire un'ulteriore "chance" terapeutica, per un paziente all'esito di altri percorsi terapeutici dimostratisi inefficaci.

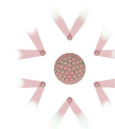
Possono così essere stabiliti i seguenti obiettivi:

2.b.6.4.1. Attività relative al miglioramento della gestione della Qualità dell'Assistenza e del Clinical Risk Management

Con l'approvazione della Deliberazione n. 323 del 31 marzo 2023 relativa al nuovo regolamento di organizzazione, la Funzione Qualità veniva attribuita all'Ufficio Clinical Risk Management.

Si rende pertanto necessario, da parte di questa potenziata struttura aziendale:

- Verificare l'applicazione di tutte le Raccomandazioni Ministeriali in materia di Clinical Risk Management, adottate con Deliberazioni aziendali nel corso degli anni al fine di adeguarne – eventualmente - le prescrizioni ad intervenute modificazioni normative, regolamentari e delle Linee Guida del Ministero o delle Società Scientifiche di riferimento nazionale ed internazionale, mutamenti organizzativi dell'Istituto e azioni di miglioramento continuo della qualità;
- Predisporre - laddove mancanti - o revisionare, in funzione delle valutazioni del rischio clinico e della sicurezza sui luoghi di lavoro, le procedure per l'applicazione di:



- Good Clinical Practices nei reparti di assistenza clinica e diagnostica strumentale e per immagini,
- Good Laboratory Practices per i laboratori di Anatomia Patologica, Patologia Clinica, Diagnostica Molecolare, Biobanca ed Oncogenetica,
- Good Manufacturing Practices per la Unità di Manipolazione di Citotossici ed Antiblastici (U.Ma.C.A.),
- Elaborare una relazione annuale sugli Eventi Avversi e redigere un Piano Annuale del Rischio Sanitario secondo le indicazioni del Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e per la gestione del rischio paziente (CRRiS), articolato secondo il ciclo di Deming (PDCA);
- Verificare ed eventualmente aggiornare la procedura per la gestione degli Eventi Avversi.

Inoltre la funzione Qualità, coadiuvata dalla UOSE e dal Controllo di Gestione, dovrà approntare una “dashboard” sistematica per la rilevazione degli esiti dell’assistenza oncologica, contenente per ciascuna patologia oncologica:

- Dati epidemiologici relativi ai pazienti oncologici assistiti dall’Istituto: % sopravvissuti ad 1 e 5 anni, nonché sopravvissuti a 5 anni dopo il superamento del primo anno dalla diagnosi;
- Dati relativi alla QoL rilevati mediante tecniche standard quali la compilazione di questionari del tipo SF-36 ed SF-5D;
- Qualità percepita correlata a patologia e struttura,

oltre a partecipare attivamente al Progetto di Ricerca per la definizione di nuovi indicatori per la misurazione della qualità dell’assistenza avviato da AGENASS con il patrocinio del Ministero della Salute e che vede partecipare numerosi IRCCS tra cui questo Istituto.

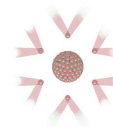
2.b.6.4.2. Completamento, aggiornamento e monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali

La peculiarità dell’assistenza alle patologie oncologiche ed onco-ematologiche non può assolutamente prescindere dall’applicazione di Linee Guida e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali da esse derivabili.

Per tutto il personale medico dell’Istituto e per ciascuna patologia oncologica ed oncoematologica dovranno essere sempre chiaramente individuate le Linee Guida (LG) applicabili ed in caso di assenza/vetustà delle stesse, intraprendere un percorso di definizione di LG aziendale temporaneamente applicabile e per quanto possibile far riferimento ai Team Multidisciplinari in tutti i casi di necessità.

Ogni Team Multi Disciplinare avrà il compito di:

- Adottare apposito Regolamento di funzionamento del Team Multi Disciplinare nel quale siano descritti almeno:
 - le patologie indirizzate;
 - i PDTA adottati;



- la composizione suddivisa per membri a partecipazione obbligatori e membri da convocare al bisogno;
- la definizione delle modalità di presentazione dei casi;
- le regole per l'adozione della decisione sul caso clinico;
- Revisionare ed aggiornare i PDTA esistenti entro la fine del mese di Aprile;
- Implementare una sistematica rilevazione dei seguenti indicatori di processo:
 - Tempo di prima diagnosi "Time to First Diagnose: T21D";
 - Tempo di completamento del percorso diagnostico "Time to Complete Diagnostic Pathway: T2CD";
 - Tempo per l'avvio del percorso terapeutico "Time to First Treatment: T21T";
 - Tempo di completamento dell'esame da parte dell'Anatomia Patologica: "Time to Pathology Report: T2PR";
 - Tempo di completamento dell'esame da parte della Diagnostica Molecolare: "Time to Molecular Diagnostics Report: T2MR";
 - Percentuale di pazienti di determinata patologia esaminati dal Team Multidisciplinare: "Percentage of patients examined by MDT: %PET";
 - Percentuale di pazienti di determinata patologia gestiti dal C.Or.O.: "Percentage of patients managed by Orienteering Center: %COO";
 - Percentuale di pazienti sottoposti a trattamento chirurgico della patologia non esaminati dal Team Multidisciplinare: "Percentage of patients undergoing surgical treatment not examined by MDT: %STNET";
 - Percentuale di pazienti sottoposti a trattamento chirurgico della patologia non esaminati da Oncologo: "Percentage of patients undergoing surgical treatment not examined by Oncologist: %STNEO";
 - Percentuali di abbandono del PDTA: "Clinical Pathway Abandon Percentage: %CPA".

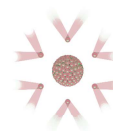
2.b.6.4.3. Implementazione diffusa e controllata del manuale procedure C.Or.O.;

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

In questo ambito saranno attribuiti alle strutture cliniche i seguenti obiettivi:

- Percentuale di pazienti sottoposti a 1° visita non registrati nel sistema informativi del C.Or.O. $\leq 40\%$;
- Avvenuta attivazione di agende C.Or.O. di 1° visita e di eventuali servizi diagnostici per ciascuna struttura

ed alle strutture tecniche i seguenti:



- Attivazione dell'integrazione dei sistemi CUP a livello del DiOnc Barese per la garanzia dei tempi di esecuzione dei PDTA;
- Integrazione del sistema CORE-Health con la Cartella Clinica Elettronica Regionale e con il Sistema SIST ove permesso dall'Ente Regione.

2.b.6.4.4. Avvio sistema identificazione pazienti

L'esecuzione di procedure diagnostiche invasive o che facciano uso di radiazioni ionizzanti, o interventistiche, oppure di somministrazione di farmaci e/o trasfusioni di emocomponenti, radioterapie, ricoveri ecc. necessitano di strumenti per la costante verifica dell'identità dei pazienti per limitare i fattori di rischio.

L'introduzione della stampa di braccialetti identificativi dei pazienti integrati alla piattaforma di gestione della nuova Cartella Clinica Elettronica è indispensabile e rappresenta un obiettivo anche al fine di introdurre sistemi di più accurato controllo della spesa.

Tale attività è stata avocata da parte degli Uffici regionali: è richiesto alle strutture che dovranno interagire con gli uffici regionali preposti all'esecuzione delle procedure di acquisizione del sistema, di rispondere tempestivamente alle richieste regionali di fabbisogno, di partecipazione alle riunioni dei tavoli di lavoro laddove richiesto, sollecitare la Regione agli adempimenti in caso di inerzia.

2.b.6.4.5. Perseverare nella formazione alla corretta compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera

La corretta compilazione della SDO, oltre a rappresentare un documento clinico-legale di importanza fondamentale, rappresenta altresì uno strumento di gestione amministrativa per il riconoscimento dei ricavi derivanti dalle attività assistenziali svolte attraverso l'uso dell'algoritmo "Grouper DRG".

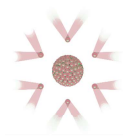
Una compilazione non corretta della SDO può causare danni rilevanti alle Aziende Sanitarie che remunerano le prestazioni erogate all'Istituto o all'Istituto laddove, addirittura venga soltanto invertito l'ordine di inserimento delle procedure interventistiche eseguite.

Dovrà pertanto continuare ad essere eseguita apposita attività formativa da parte della struttura UOSE al riguardo.

Inoltre è opportuno che secondo apposita turnazione il personale delle strutture che erogano assistenza in regime di ricovero possano accedere alle simulazioni del Software "3M CRS" per effettuare veri e propri laboratori di apprendimento.

2.b.6.4.6. Somministrazione PROM

La somministrazione di questionari del tipo PROM: Patient-Reported Outcome Measures, in particolare in formato elettronico fruibile con Personal Digital Assistant di tipo Smartphone o Tablet (e-PROM) rappresenta una delle modalità innovative con cui l'Istituto deve implementare progressivamente le proprie rilevazioni di "outcomes" o dello stato di salute dei



pazienti (SF-5D o SF-36) per verificare e raccogliere dati utili alle valutazioni di efficacia delle cure.

Tali rilevazioni consentono, come da evidenze scientifiche, una quantificazione della cosiddetta "Quality of Life: QoL" del paziente secondo i termini del parametro standardizzato: Quality Adjusted Life Years (QALY).

Il QALY associato ad un intervento terapeutico rappresenta un "outcome" indispensabile per una corretta valutazione "Healthcare Technology Assessment" della sostenibilità della spesa rispetto al mero rilevamento della sopravvivenza.

Al riguardo, per semplificare l'implementazione di strumenti e-PROM's, sul finire del 2023 è stata acquisita una piattaforma di facile utilizzo per la generazione di app "Low-Code" – "No-Code" nella disponibilità delle strutture tecniche della Direzione Scientifica ed in particolare del TTO.

L'obiettivo per il 2024 è quello di implementare e-PROM del tipo SF-5D da somministrare almeno in via sperimentale ai pazienti per la quantificazione del QALY.

2.b.6.5. Qualità percepita ed azioni di informazione e comunicazione

2.b.6.5.1. Aggiornamento della Carta dei Servizi

L'avvenuta adozione del nuovo assetto organizzativo approvato con la Deliberazione n. 323 del 31 marzo 2023, comporta la necessità di procedere ad un aggiornamento coerente della Carta dei Servizi.

Pertanto rispetto all'avvenuto costante aggiornamento della Carta dei Servizi ottenuto mediante il monitoraggio e la tempestiva comunicazione di ogni modifica organizzativa e di contatto da parte delle strutture aziendali, si dovrà procedere ad un ancora più attento coordinamento della coerenza tra i contenuti pubblicati della carta dei servizi con la progressiva attivazione di strutture, procedure, dislocazioni e canali di contatto.

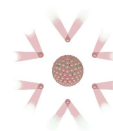
Le incombenze di tale attività ricadono sulle strutture in termini di comunicazione e sull'Ufficio Stampa per l'aggiornamento della sezione del sito istituzionale.

2.b.6.5.2. Importanza dell'informazione ai pazienti e "patient empowerment"

Dall'analisi dei questionari di qualità percepita emerge l'importanza che i pazienti pongono all'informazione chiara sulla malattia, sui percorsi da intraprendere e sulle azioni da avviare.

In questa prospettiva sia l'attivazione a pieno regime del C.Or.O. che l'attenzione ed il miglioramento della comunicazione da parte dei professionisti medici può risultare determinante nella percezione della qualità del servizio da parte del paziente.

Nel corso del 2024 sarà indispensabile potenziare strategie multicanale di comunicazione/informazione per le seguenti fasi dell'assistenza:



- Il Centro di Orientamento Oncologico e la gestione del primo accesso: descrizione delle modalità di presa in carico e gestione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale;
- Le attività di supporto coordinate a livello del DiOnc Barese: psicologico, socio-assistenziale, protesico, sull'assistenza domiciliare, sull'hospice ed in generale sull'integrazione dei servizi territoriali nei PDTA;

Inoltre ogni struttura che eroga assistenza dovrà definire una propria strategia per il cosiddetto "patient empowerment" o "care-giver empowerment" per migliorare le capacità assistenziali autonome del paziente per migliorare l'efficacia del percorso terapeutico.

In tale senso, nella sottosezione destinata al Piano della Comunicazione, è promossa l'attività di redazione da parte dell'Ufficio Comunicazione di materiale informativo digitale e/o cartaceo (a titolo esemplificativo e non esaustivo: volantini, brochure, locandine, spot audio/video, info-grafiche) da distribuire all'utenza o diffondere tramite il web. Tali materiali sono redatti e realizzati tenendo conto delle linee guida regionali del progetto "Hospitality".

Sempre nell'ambito del Piano di Comunicazione redatto ai sensi della Legge 150/2000, l'Ufficio Comunicazioni realizza e/o aderisce a campagne di comunicazione sui temi della prevenzione oncologica, degli screening e dei corretti stili di vita. L'Istituto nel corso del 2024 promuoverà le seguenti campagne di informazione, formazione e sensibilizzazione:

- temi della salute promosse dalla Regione Puglia nell'ambito del piano di comunicazione per la prevenzione (ad es. campagne vaccinali, campagne di screening ecc.);
- temi della salute promosse a livello nazionale sullo screening e la prevenzione, anche di concerto con organizzazioni e associazioni nazionali e internazionali e network di cui l'Istituto fa parte (es. network 'Bollini rosa', Race for the Cure; Giornate del Cuore; ecc).

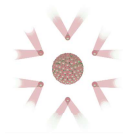
2.b.6.5.3. Implementazione del Piano Hospitality

La pianificazione degli investimenti riportata nei paragrafi precedenti prevede l'attivazione di apposita progettualità a valersi sul possibile finanziamento del Fondo Sviluppo e Coesione nel ciclo di programmazione 2021-2027 tra cui è previsto apposito progetto di restyling della segnaletica, degli allestimenti e degli arredi coerentemente con il Piano Triennale di adeguamento alle Linee Guida dell'Hospitality adottato dall'Istituto con Deliberazione n. 774 del 31 dicembre 2021.

Per tale attività l'Ufficio Comunicazione fornirà il proprio supporto all'Area Gestione Tecnica per l'aggiornamento del sistema identitario visivo.

2.b.6.5.4. Somministrazione di questionari Patient Reported Experience Measures

Alla stregua dei PROM, la somministrazione di questionari del tipo PREM: Patient-Reported Experience Measures, in particolare in formato elettronico fruibile con Personal Digital Assistant di tipo Smartphone o Tablet (e-PREM) potrà consentire di raccogliere dati utili alle valutazioni di qualità percepita nel setting assistenziale fruito da parte dei pazienti.



La stessa piattaforma per la generazione di app “Low-Code” – “No-Code” per la predisposizione degli e-PROM’s acquisita sul finire del 2023 verrà utilizzata per implementare e-PROM di semplice misurazione della qualità percepita.

2.b.6.6. Transizione digitale

2.b.6.6.1. Introduzione della nuova CCE;

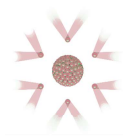
Nel corso del 2023, secondo i programmi, ha avuto luogo l’implementazione presso tutte le strutture di ricovero la Cartella Clinica Elettronica. Ciò rappresenta un primo importante obiettivo sia per la gestione dell’attività assistenziale che per la raccolta dei dati ai fini della ricerca.

L’attuale implementazione, nel corso del 2024 deve essere altresì:

- estesa anche alle attività di tipo ambulatoriale ed integrata con i Sistemi Informativi Regionali;
- integrata con gli altri Sistemi Informativi Aziendali del Laboratory Information System, Radiology Information System e Cardiology Information System;
- integrata al modulo di gestione dell’attività operatoria di Sala;
- integrata con lo sviluppo della gestione della cosiddetta verticalizzazione “oncologica” in definizione sullo specifico tavolo regionale.

A tale scopo è prevista la seguente mappatura di compiti e responsabilità:

Attività	Personale	Responsabilità
a) Attivazione cartella ambulatoriale	Sanitario medico ed infermieristico	Disponibilità alla fornitura di informazioni di configurazione e ad eventuale formazione aggiuntiva
a) Attivazione cartella ambulatoriale	Tecnico	Eventuale approvvigionamento di beni informatici, supporto nella gestione della rete e delle Postazioni di Lavoro, integrazione con i sistemi informativi regionali per le parti di competenza
b) Integrazione con i Sistemi Informativi Aziendali	Tecnico	Implementare tutte le integrazioni entro il mese di Giugno 2024
c) Attivazione del modulo di Sala Operatoria	Sanitario medico ed infermieristico del Dipartimento di Area Chirurgica	Disponibilità alla fornitura di informazioni di configurazione e ad eventuale formazione aggiuntiva
c) Attivazione del modulo di Sala Operatoria	Tecnico	Eventuale approvvigionamento di beni informatici, supporto nella gestione della rete e delle Postazioni di Lavoro, integrazione con i sistemi informativi regionali per le parti di competenza
c) Attivazione del modulo di Sala Operatoria	Amministrativo	Informazioni contabili sui dispositivi e farmaci utilizzati in Sala Operatoria
d) sviluppo della cosiddetta verticalizzazione “oncologica”	Delegati aziendali	Partecipazione ai tavoli regionali



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

2.b.6.6.2. [Avvio prestazioni di telemedicina;](#)

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

2.b.6.6.3. [Redazione del Piano triennale di transizione digitale dell'Istituto e sua implementazione](#)

Nel corso del 2023 è stato definito il Piano triennale di transizione digitale dell'Istituto.

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

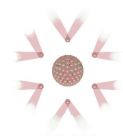
2.b.6.7. [Anticorruzione e trasparenza](#)

2.b.6.7.1. [Obiettivi specifici del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza](#)

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

2.b.6.8. [Obiettivi concernenti le Azioni Positive nel trattamento del personale.](#)

Con Deliberazione n. 82 del 4 aprile 2022 è stato adottato il cosiddetto Piano delle Azioni Positive (PAP) proposto dal Comitato Unico di Garanzia. Tale Piano prevede numerose aree di sovrapposizione con il cosiddetto Gender Equality Plan (GEP) adottato con Deliberazione n. 1041 del 28 dicembre 2023. Nel seguito si riportano soltanto quegli obiettivi del PAP che non ricadono nel GEP il quale invece trova posto nella sezione 3 relativa al personale.



2.b.6.8.1. Pubblicizzazione del Comitato Unico di Garanzia, competenze ed attività

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

2.b.6.8.2. Procedure di accoglienza

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

2.b.6.8.3. Promozione della tutela del benessere del personale.

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

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

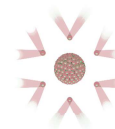
2.b.7. Declinazione degli obiettivi per dipartimenti

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

2.b.7.1. Dipartimento Area Chirurgica

2.b.7.1.1. Area Chirurgica - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»

- **ACH01 – Produzione ricoveri chirurgici con utilizzo IV sala:** Aumenti di produzione riportati al paragrafo 2.b.6.1.2
- **ACH02 – Efficientamento utilizzo gruppo operatorio:** Introduzione delle misure di efficientamento previste dal Gruppo di Lavoro sulle Sale Operatorie
- **ACH03 – Introduzione di misure di supporto all'assistenza pazienti sottoposti a procedure di chirurgia mini-invasiva radioguidata:** Definizione delle procedure per la cooperazione con la Radiodiagnostica interventistica;
- **ACH04 – Miglioramento complessivo degli indicatori di ricovero:** Rispetto dei parametri di pertinenza riportati al paragrafo 2.b.6.1.7
- **ACH05 – Attivazione di soluzione per la degenza secondo principi di intensità/tipologia di cure, sede del tumore, ecc.:** Redazione della valutazione preliminare delle articolazioni operative per l'organizzazione di tale assistenza.



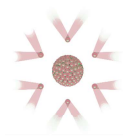
- **ACH06 – Monitoraggio continuo dei costi di farmaci e dispositivi medici. Rispetto dei tetti di spesa:** Contenimento della spesa entro il budget assegnato

2.b.7.1.2. Area Chirurgica - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale

- **BCH01 – Consolidamento dei livelli di Impact Factor:** Incremento/mantenimento dell'IF delle pubblicazioni determinato sulla base dell'analisi dell'andamento storico della produzione scientifica di ciascuna struttura, al fine di garantire l'obiettivo determinato dal Ministero della Salute di 900 IFN e l'incremento dell'IF grezzo del 5% rispetto al 2023;
- **BCH02 – Corretto avanzamento dei progetti:** Laddove il PI appartiene alla U.O.: rispetto del cronoprogramma e dell'impegno di spesa sul budget assegnato (cfr. Deliberazione di attivazione)
- **BCH03 – Incremento dell'attività di ricerca:** Incremento del numero di studi presentati al Comitato Etico nel 2024 rispetto al 2023
- **BCH04 – Attività di auditing per la valorizzazione dei risultati della ricerca:** partecipazione all'audit condotto dal Technology Transfer Office , ad eventuali attività di matching con i partner industriali dell'Albo e ad attività di scouting per la formazione di spin-off/start-up,
- **BCH05 - Partecipazione alle iniziative di promozione della Direzione Scientifica:** Partecipazione allo Science Cafè dei rappresentanti nel GdL Dipartimentale della Ricerca e proposizione alla Direzione Scientifica di almeno un tema per struttura
- **BCH06 – Incremento dei progetti e delle sperimentazioni:** A livello dipartimentale:
 - Presentazione di almeno n.2 progetti a call di bandi competitivi nazionali
 - Presentazione di almeno n.1 trial clinico interventistico farmacologico in qualità di Unità promotore

2.b.7.1.3. Area Chirurgica - Obiettivi di miglioramento organizzativo

- **CCH01 –Attuazione e monitoraggio del nuovo modello organizzativo:** Esecuzione di approfondimenti a livello dipartimentale per la verifica della transizione verso il nuovo modello organizzativo
- **CCH02 – Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OECI e JCI:** Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti
- **CCH03 – Avanzamento delle progettualità da PNRR, PNC ed altre fonti di finanziamento:** Laddove il PI appartiene alla U.O.: proattiva attività di stimolo e coordinamento delle attività per il rispetto del cronoprogramma e dell'impegno di spesa.



2.b.7.1.4. Area Chirurgica - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza

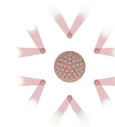
- **DCH01 - Revisione ed aggiornamento dei PDTA:** Assessment relativo ai PDTA di diretta gestione e contributo alla redazione dei PDTA in cui la struttura è cooperante;
- **DCH02 - Implementazione delle procedure del C.Or.O.:**
 - Avvenuta attivazione agende dedicate a procedure interventistiche di tipo diagnostico;
 - Percentuale di pazienti sottoposti a terapia interventistica di prima linea in assenza di consulto oncologico e registrazione nel C.Or.O. $\leq 10\%$ (solo casi di assoluta urgenza ed evidenza);
- **DCH03 - Somministrazione PROM:** Attività di distribuzione ed informazione dei pazienti per la compilazione del PROM su SF-5D;
- **DCH04 – Funzionamento dei Team Multidisciplinari:**
 - Adozione del regolamento di funzionamento del Team.
 - Obbligo di partecipazione.
 - Monitoraggio degli indicatori di processo elencati al paragrafo 2.b.6.4.2

2.b.7.1.5. Area Chirurgica - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione

- **ECH01 - Definizione di una strategia di “patient empowerment” a livello dipartimentale:** Costituzione di un Gruppo di lavoro dipartimentale per il cosiddetto “patient empowerment” con il compito di individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggio autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere.
- **ECH02 - Somministrazione PREM:** Attività di distribuzione ed informazione dei pazienti per la compilazione del PREM su specifici ambiti dell'assistenza;
- **ECH03 – Monitoraggio ed aggiornamento Carta dei servizi:** Aggiornamento tempestivo di ogni variazione organizzativa rispetto alla descrizione delle prestazioni e competenze riportati nella Carta dei Servizi.
- **ECH04 – Contributo alla comunicazione istituzionale:** Invio mensile ai responsabili della comunicazione istituzionale di descrizioni delle best-practices, attività assistenziali significative, risultati della ricerca, eseguite dalla struttura.

2.b.7.1.6. Area Chirurgica - Transizione digitale in sanità

- **FCH01 - Attivazione della Cartella Clinica Elettronica:** azioni di competenza;
- **FCH02 – Tempistica chiusura SDO:** chiusura entro il 10 di ciascun mese successivo alla data di dimissione;
- **FCH03 - Registrazione prestazioni ambulatoriali:** Introduzione delle impegnative di attività ambulatoriali erogate entro i termini di legge;
- **FCH04 - Aggiornamento assegnazione del personale:** Esecuzione nei termini previsti delle procedure di aggiornamento dell'assegnazione del personale ai CdC;



- **FCH05 – Sicurezza informatica- Catalogo dei Trattamenti:** Aggiornamento di competenza sui Trattamenti dei Dati eseguiti presso la struttura;
- **FCH06 – Sicurezza informatica – Individuazione di un referente:** Esecuzione di autovalutazioni nei seguenti 3 ambiti:
 - Applicazione dei requisiti minimi di sicurezza nell'uso delle postazioni di lavoro;
 - Formazione del personale della struttura all'uso delle postazioni ed al GDPR;
 - Monitoraggio delle acquisizioni del consenso informato al trattamento dei dati (anche per la ricerca)

2.b.7.1.7. Area Chirurgica - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive

- **GCH01 – ACT:Attività di competenza:** Esecuzione delle attività previste per la struttura dalla sezione del PIAO relativa ad Anticorruzione e Trasparenza;
- **GCH02 -ACT: Mappature del rischio:** Esecuzione della mappatura del rischio nelle attività della ricerca;

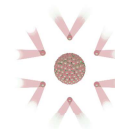
2.b.7.1.8. Area Chirurgica - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG- GEP

- **HCH01 – Piano azioni positive e GEP:** Esecuzione delle attività di competenza la struttura;

2.b.7.2. Dipartimento Area Medica

2.b.7.2.1. Area Medica - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»

- **AME01 – Potenziamento delle attività trapianto autologo midollo e accreditamento allogeneico:** Misura applicabile all'Ematologia come da paragrafo 2.b.6.1.4
- **AME02 – Attivazione sistematica di procedure per la dimissione protetta** anche attraverso un miglioramento degli automatismi con le competenti strutture della ASL BA e le altre regionali per attivare le dimissioni protette con assistenza domiciliare, le lungodegenze (eventuale conversione di posti letto), la riabilitazione e l'Hospice.
- **AME03 – Introduzione di misure di supporto all'assistenza pazienti sottoposti a procedure di chirurgia mini-invasiva radioguidata:** Definizione delle procedure per la cooperazione con la Radiodiagnostica interventistica;
- **AME04 – Miglioramento complessivo degli indicatori di ricovero:** Rispetto dei parametri di pertinenza riportati al paragrafo 2.b.6.1.7
- **AME05 – Attivazione di soluzione per la degenza secondo principi di intensità/tipologia di cure, sede del tumore, ecc.:** Redazione della valutazione preliminare delle articolazioni operative per l'organizzazione di tale assistenza.
- **AME06 – Monitoraggio continuo dei costi di farmaci e dispositivi medici. Rispetto dei tetti di spesa:** Contenimento della spesa entro il budget assegnato



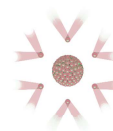
- **AME07 – Efficientamento chemioterapie:** Introduzione delle misure di efficientamento definite dal Gruppo di Lavoro che ha eseguito le rilevazioni nel 2023.
- **AME08 – Appropriatezza prescrittiva:** Corretta codificazione delle visite che fanno parte del percorso diagnostico terapeutico del paziente

2.b.7.2.2. Area Medica - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale

- **BME01 – Consolidamento dei livelli di Impact Factor:** Incremento/mantenimento dell'IF delle pubblicazioni determinato sulla base dell'analisi dell'andamento storico della produzione scientifica di ciascuna struttura, al fine di garantire l'obiettivo determinato dal Ministero della Salute di 900 IFN e l'incremento dell'IF grezzo del 5% rispetto al 2023;
- **BME02 – Corretto avanzamento dei progetti:** Laddove il PI appartiene alla U.O.: rispetto del cronoprogramma e dell'impegno di spesa sul budget assegnato (cfr. Deliberazione di attivazione)
- **BME03 – Incremento dell'attività di ricerca:** Incremento del numero di studi presentati al Comitato Etico nel 2024 rispetto al 2023
- **BME04 – Attività di auditing per la valorizzazione dei risultati della ricerca:** partecipazione all'audit condotto dal Technology Transfer Office , ad eventuali attività di matching con i partner industriali dell'Albo e ad attività di scouting per la formazione di spin-off/start-up,
- **BME05 - Partecipazione alle iniziative di promozione della Direzione Scientifica:** Partecipazione allo Science Cafè dei rappresentanti nel GdL Dipartimentale della Ricerca e proposizione alla Direzione Scientifica di almeno un tema per struttura
- **BME06 – Incremento dei progetti e delle sperimentazioni:** A livello dipartimentale:
 - Presentazione di almeno n.1 trial clinico interventistico farmacologico in qualità di Unità promotore
 - Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali
 - Presentazione di almeno n.1 progetto a call di bandi competitivi internazionali

2.b.7.2.3. Area Medica - Obiettivi di miglioramento organizzativo

- **CME01 –Attuazione e monitoraggio del nuovo modello organizzativo:** Esecuzione di approfondimenti a livello dipartimentale per la verifica della transizione verso il nuovo modello organizzativo
- **CME02 – Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OEI e JCI:** Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti
- **CME03 – Avanzamento delle progettualità da PNRR, PNC ed altre fonti di finanziamento:** Laddove il PI appartiene alla U.O.: proattiva attività di stimolo e coordinamento delle attività per il rispetto del cronoprogramma e dell'impegno di spesa.



2.b.7.2.4. Area Medica - Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza

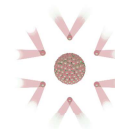
- **DME01 - Revisione ed aggiornamento dei PDTA:** Assessment relativo ai PDTA di diretta gestione e contributo alla redazione dei PDTA in cui la struttura è cooperante;
- **DME02 - Implementazione delle procedure del C.Or.O.:**
 - Attivazione agende dedicate alla 1° visita C.Or.O.: presenza di almeno un'agenda di prima visita C.Or.O. per ogni struttura;
 - Percentuale di registrazioni sul sistema CORE-Health rispetto al numero di prime visite $\geq 65\%$
- **DME03 - Somministrazione PROM:** Attività di distribuzione ed informazione dei pazienti per la compilazione del PROM su SF-5D;
- **DME04 – Funzionamento dei Team Multidisciplinari:**
 - Adozione del regolamento di funzionamento del Team.
 - Obbligo di partecipazione.
 - Monitoraggio degli indicatori di processo elencati al paragrafo 2.b.6.4.2
- **DME05 – Avvio prestazioni in Telemedicina:** Contributo da parte delle strutture ambulatoriali all'attivazione dei protocolli.

2.b.7.2.5. Area Medica - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione

- **EME01 - Definizione di una strategia di “patient empowerment” a livello dipartimentale:** Costituzione di un Gruppo di lavoro dipartimentale per il cosiddetto “patient empowerment” con il compito di individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggio autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell'attivazione progressiva di interventi di tal genere.
- **EME02 - Somministrazione PREM:** Attività di distribuzione ed informazione dei pazienti per la compilazione del PREM su specifici ambiti dell'assistenza;
- **EME03 – Monitoraggio ed aggiornamento Carta dei servizi:** Aggiornamento tempestivo di ogni variazione organizzativa rispetto alla descrizione delle prestazioni e competenze riportati nella Carta dei Servizi.
- **EME04 – Contributo alla comunicazione istituzionale:** Invio mensile ai responsabili della comunicazione istituzionale di descrizioni delle best-practices, attività assistenziali significative, risultati della ricerca, eseguite dalla struttura.

2.b.7.2.6. Area Medica - Transizione digitale in sanità

- **FME01 - Attivazione della Cartella Clinica Elettronica:** azioni di competenza;
- **FME02 – Tempistica chiusura SDO:** chiusura entro il 10 di ciascun mese successivo alla data di dimissione;
- **FME03 - Registrazione prestazioni ambulatoriali:** Introduzione delle impegnative di attività ambulatoriali erogate entro i termini di legge;
- **FME04 - Aggiornamento assegnazione del personale:** Esecuzione nei termini previsti delle procedure di aggiornamento dell'assegnazione del personale ai CdC;



- **FME05 – Sicurezza informatica- Catalogo dei Trattamenti:** Aggiornamento di competenza sui Trattamenti dei Dati eseguiti presso la struttura;
- **FME06 – Sicurezza informatica – Individuazione di un referente:** Esecuzione di autovalutazioni nei seguenti 3 ambiti:
 - Applicazione dei requisiti minimi di sicurezza nell'uso delle postazioni di lavoro;
 - Formazione del personale della struttura all'uso delle postazioni ed al GDPR;
 - Monitoraggio delle acquisizioni del consenso informato al trattamento dei dati (anche per la ricerca)

2.b.7.2.7. Area Medica - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive

- **GME01 – ACT:Attività di competenza:** Esecuzione delle attività previste per la struttura dalla sezione del PIAO relativa ad Anticorruzione e Trasparenza;
- **GME02 -ACT: Mappature del rischio:** Esecuzione della mappatura del rischio nelle attività della ricerca;

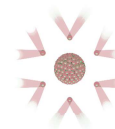
2.b.7.2.8. Area Medica - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)

- **HME01 – Piano azioni positive e GEP:** Esecuzione delle attività di competenza la struttura;

2.b.7.3. Dipartimento di Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini

2.b.7.3.1. Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»

- **ASE01 – Miglioramento organizzativo delle attività di chirurgia invasiva radioguidata:** Attuazione delle misure riportate al paragrafo 2.b.6.1.6 (da applicare alla sola Radiodiagnostica Interventistica)
- **ASE02 – Miglioramento complessivo degli indicatori di ricovero:** Rispetto dei parametri di pertinenza riportati al paragrafo 2.b.6.1.7 (da applicare alla sola Radiodiagnostica Interventistica)
- **ASE03 – Digital Pathology:** Garanzia degli incrementi di produzione e delle tempistiche previste al paragrafo 2.b.6.1.9 (da applicare alla sola Anatomia Patologica)
- **ASE04 – Incremento prestazioni diagnostica molecolare:** Garanzia degli incrementi di produzione e delle tempistiche previste al paragrafo 2.b.6.1.10 (da applicare alla sola Diagnostica Molecolare)
- **ASE05 – Appropriatezza prescrittiva ed autoprescrizione:** Garantire il recupero di eventuali prestazioni per le quali è inadeguata l'impegnativa prodotta dal prescrittore (erronea o carente di esami strumentali e diagnostici ulteriori). Tale problematica è anche di carattere organizzativo quando nel servizio sono assenti medici (è il caso dei Laboratori in cui sono presenti i biologi che non possono prescrivere). Monitoraggio.



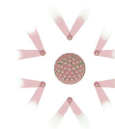
- **ASE06 – Introduzione delle prestazioni di brachiterapia:** Garantire le azioni di competenza per l'attivazione dell'attività e di stimolo all'implementazione delle stesse (a carico della sola Radioterapia Oncologica).
- **ASE07 – Introduzione delle prestazioni di controllo “pacemakers” e “defibrillatori semiautomatici impiantati”:** Garantire le azioni di competenza per l'attivazione dell'attività e di stimolo all'implementazione delle stesse (a carico della sola Cardiologia Oncologica)
- **ASE08 – Monitoraggio continuo dei costi di farmaci e dispositivi medici. Rispetto dei tetti di spesa:** Contenimento della spesa entro il budget assegnato

2.b.7.3.2. Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale

- **BSE01 – Consolidamento dei livelli di Impact Factor:** Incremento/mantenimento dell'IF delle pubblicazioni determinato sulla base dell'analisi dell'andamento storico della produzione scientifica di ciascuna struttura, al fine di garantire l'obiettivo determinato dal Ministero della Salute di 900 IFN e l'incremento dell'IF grezzo del 5% rispetto al 2023;
- **BSE02 – Corretto avanzamento dei progetti:** Laddove il PI appartiene alla U.O.: rispetto del cronoprogramma e dell'impegno di spesa sul budget assegnato (cfr. Deliberazione di attivazione)
- **BSE03 – Incremento dell'attività di ricerca:** Incremento del numero di studi presentati al Comitato Etico nel 2024 rispetto al 2023
- **BSE04 – Attività di auditing per la valorizzazione dei risultati della ricerca:** partecipazione all'audit condotto dal Technology Transfer Office , ad eventuali attività di matching con i partner industriali dell'Albo e ad attività di scouting per la formazione di spin-off/start-up,
- **BSE05 - Partecipazione alle iniziative di promozione della Direzione Scientifica:** Partecipazione allo Science Cafè dei rappresentanti del GdL Dipartimentale della Ricerca e proposizione alla Direzione Scientifica di almeno un tema per struttura
- **BSE06 – Incremento dei progetti e delle sperimentazioni:** A livello dipartimentale:
 - Presentazione di almeno n.4 progetti a call di bandi competitivi nazionali
 - Presentazione di almeno n.1 progetti a call di bandi competitivi internazionali

2.b.7.3.3. Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Obiettivi di miglioramento organizzativo

- **CSE01 –Attuazione e monitoraggio del nuovo modello organizzativo:** Esecuzione di approfondimenti a livello dipartimentale per la verifica della transizione verso il nuovo modello organizzativo
- **CSE02 – Attività di supporto all'accreditamento QUOTA, OEI e JCI:** Fornitura di riscontri completi e tempestivi alle richieste dei Gruppi di Lavoro per gli accreditamenti



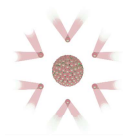
- **CSE03 – Avanzamento delle progettualità da PNRR, PNC ed altre fonti di finanziamento:** Laddove il PI appartiene alla U.O.: proattiva attività di stimolo e coordinamento delle attività per il rispetto del cronoprogramma e dell’impegno di spesa.
- **CSE04 – Avvio delle procedure per la certificazione di Qualità della Radiologia Diagnostica e della Radiodiagnostica senologica:** Redazione del manuale di qualità e delle procedure per l’avvio dell’iter di certificazione.

2.b.7.3.4. Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Obiettivi concernenti il miglioramento dell’appropriatezza (efficacia)

- **DSE01 - Revisione ed aggiornamento dei PDTA:** Contributo alla redazione dei PDTA in cui le strutture sono cooperanti;
- **DSE02 - Implementazione delle procedure del C.Or.O.:**
 - Attivazione agende dedicate alla 1° visita C.Or.O.: presenza di almeno un’agenda di prima visita C.Or.O. nei casi in cui ciò sia applicabile o agende di servizio per il C.Or.O. (diagnostica per immagini, altra diagnostica ambulatoriale, procedure biotiche, anatomia patologica, diagnostica molecolare, ecc.);;
- **DSE03 – Funzionamento dei Team Multidisciplinari:**
 - Adozione del regolamento di funzionamento del Team.
 - Obbligo di partecipazione.
 - Monitoraggio degli indicatori di processo elencati al paragrafo 2.b.6.4.2
- **DSE04 – Avvio prestazioni in Telemedicina:** Contributo da parte delle strutture ambulatoriali all’attivazione dei protocolli (ove applicabile).

2.b.7.3.5. Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione

- **ESE01 - Definizione di una strategia di “patient empowerment” a livello dipartimentale:** Costituzione di un Gruppo di lavoro dipartimentale per il cosiddetto “patient empowerment” con il compito di individuare possibili ambiti di empowerment del paziente nella varie fasi di gestione del PDTA (ad es. self assessment su condizioni cliniche, riabilitazione autonoma, monitoraggio autonomi, ecc.) e di assistere le strutture del Dipartimento nell’attivazione progressiva di interventi di tal genere.
- **ESE02 - Somministrazione PREM:** Attività di distribuzione ed informazione dei pazienti per la compilazione del PREM su specifici ambiti dell’assistenza;
- **ESE03 – Monitoraggio ed aggiornamento Carta dei servizi:** Aggiornamento tempestivo di ogni variazione organizzativa rispetto alla descrizione delle prestazioni e competenze riportati nella Carta dei Servizi.
- **ESE04 – Contributo alla comunicazione istituzionale:** Invio mensile ai responsabili della comunicazione istituzionale di descrizioni delle best-practices, attività assistenziali significative, risultati della ricerca, eseguite dalla struttura.



2.b.7.3.6. Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Transizione digitale in sanità

- **FSE01 - Attivazione della Cartella Clinica Elettronica:** azioni di competenza;
- **FSE02 – Tempistica chiusura SDO:** chiusura entro il 10 di ciascun mese successivo alla data di dimissione (solo per Radiodiagnostica Interventistica);
- **FSE03 - Registrazione prestazioni ambulatoriali:** Introduzione delle impegnative di attività ambulatoriali erogate entro i termini di legge;
- **FSE04 - Aggiornamento assegnazione del personale:** Esecuzione nei termini previsti delle procedure di aggiornamento dell'assegnazione del personale ai CdC;
- **FSE05 – Sicurezza informatica- Catalogo dei Trattamenti:** Aggiornamento di competenza sui Trattamenti dei Dati eseguiti presso la struttura;
- **FSE06 – Sicurezza informatica – Individuazione di un referente:** Esecuzione di autovalutazioni nei seguenti 3 ambiti:
 - Applicazione dei requisiti minimi di sicurezza nell'uso delle postazioni di lavoro;
 - Formazione del personale della struttura all'uso delle postazioni ed al GDPR;
 - Monitoraggio delle acquisizioni del consenso informato al trattamento dei dati (anche per la ricerca)

2.b.7.3.7. Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive

- **GSE01 – ACT:Attività di competenza:** Esecuzione delle attività previste per la struttura dalla sezione del PIAO relativa ad Anticorruzione e Trasparenza;
- **GSE02 -ACT: Mappature del rischio:** Esecuzione della mappatura del rischio nelle attività della ricerca;

2.b.7.3.8. Area Servizi, Diagnosi e Terapia per Immagini - Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)

- **HSE01 – Piano azioni positive e GEP:** Esecuzione delle attività di competenza la struttura;

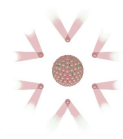
2.b.7.4. Dipartimento di Staff e della Gestione

L'assegnazione degli obiettivi ai Dipartimenti di Staff e della Gestione consegue necessariamente alle negoziazioni condotte con le strutture di produzione sanitarie che hanno luogo secondo l'iter descritto al paragrafo 2.b.5.

Di seguito si riportano invece gli obiettivi specifici che riguardano le Aree Amministrative e di Supporto

2.b.7.4.1. Staff e Gestione - Obiettivi concernenti l'equilibrio economico-finanziario

- ✓ Tempestività dei pagamenti



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

✓ Rispetto di scadenze per il monitoraggio dei conti della spesa sanitaria

Le strutture dell'Area Gestione Risorse Finanziarie e del Controllo di Gestione, coadiuvate dalle altre strutture che alimentano i dati, garantiranno il rispetto delle seguenti scadenze:

- Entro il 1 febbraio dell'anno successivo all'esercizio di riferimento – Trasmissione, previo invio di apposite linee guida, dell'istruttoria economica con riferimento all'esercizio economico precedente:
 - CE IV trimestre (modello NSIS) al lordo e al netto delle quote sociali;
 - CE IV trimestre Esteso in formato excel;
 - Tabella Quadratura CE A0030 e CE A0070;
 - Riepilogo Note di credito Farmaci;
 - Dettagli su Accantonamenti, Voci straordinarie e Svalutazioni;
 - Riepilogo Tetti e spesa ospedaliera–specialistica da privato;
 - Dettaglio investimenti con fondi propri (excel e relazione);
 - Altri dettagli richiesti nelle LL.GG.
- Entro il 15 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento – Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico dell'esercizio precedente, della bozza del modello CE e del modello SP;
- Entro il 30 giugno, trasmissione del Bilancio di verifica per Centro di costo in quadratura con il Bilancio dell'esercizio relativo all'esercizio precedente
- Entro il 01 agosto, trasmissione del Bilancio di verifica per Centro di costo al 30.06.2024 in quadratura con il Conto Economico– Modello CE al 30.06.2024

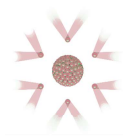
✓ Assegnazione del budget relativo alla spesa per farmaci e monitoraggio mensile.

Il rispetto del tetto di spesa assegnato per l'esercizio 2024 per il consumo di farmaci e di dispositivi medici comporta l'assegnazione di un budget di spesa correlabile alla produzione e la predisposizione di apposita reportistica mensile sulla spesa rilevata rispetto a quella attesa in modo da garantire l'introduzione tempestiva di eventuali misure correttive ed il monitoraggio da parte della Direzione Strategica.

✓ Ispezioni Armadietti di Reparto

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

✓ Introduzione della procedura di controllo del budget assegnato



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

2.b.7.4.2. Staff e Gestione – Obiettivi connessi al miglioramento organizzativo

✓ Accreditamenti OEI, JCI e QUOTA

La Direzione Strategica ha fissato quale obiettivo strategico di crescita organizzativa il conseguimento degli accreditamenti OEI, JCI e QUOTA. Gli obiettivi fissati sono:

- OEI: adempimenti preliminari fissati per termine febbraio sotto la guida del GdL ad hoc;
- JCI: Avanzamento delle procedure preliminari da parte dell'Area Patrimonio (affidamento) e successivi adempimenti sotto la guida del GdL ad hoc
- QUOTA: Compilazione del questionario ed avvio della Fase DO (Direzione Sanitaria, Area Gestione Tecnica)

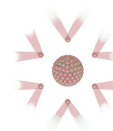
✓ Efficienza nell'utilizzo dei fondi PNRR, PNC, FESR e nei prossimi fondi FSC

L'utilizzo dei fondi PNRR, PNC e FESR, oltre che i prossimi FSC rappresentano praticamente l'unica fonte di investimento e potenziamento delle dotazioni infrastrutturali e dotazioni tecnologiche dell'Istituto. L'intercettazione competitiva dei fondi e l'efficiente attuazione dei progetti rappresenta una accresciuta capacità di garantire l'introduzione più tempestiva di adeguamenti strutturali ed organizzativi necessari ad una sempre migliore efficienza ed efficacia delle proprie prestazioni. Al riguardo è obiettivo ineludibile l'alimentazione e manutenzione della "dashboard" di controllo dell'avanzamento dei progetti mantenuta dall'Area Gestione Tecnica e cui tutte le strutture devono partecipare.

✓ Completamento della Fase 1 del Piano di Rilancio

Oltre alle parti del piano di rilancio che sono finanziate da progettualità finanziate dal PNRR-PNC-FSC vi sono parti del Piano che prevedono la riallocazione di ambulatori, servizi e degenze che è previsto vengano realizzate mediante piccoli interventi di manutenzione dei locali e trasferimenti di attività. Rispondono a tale esigenza anche le piccole attività manutentive connesse alla funzionalizzazione delle degenze verso un ospedale per intensità di cura o l'adattamento alle esigenze di conversione di alcuni posti letto a lungodegenza. La definizione di dettaglio verrà precisata nell'ambito della programmazione operativa che sussegue alla presente Pianificazione. In particolare verranno fissati obiettivi legati alla tempistica di realizzazione delle attività descritte al paragrafo 2.b.6.2.4..

✓ CAR-T: Accredito laboratorio Ematologia



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

2.b.7.4.3. Staff e Gestione – Obiettivi connessi alla Ricerca

- ✓ Attivazione delle strutture della Direzione Scientifica previste dal nuovo Regolamento di Organizzazione e di reclutamento del personale per le progettualità.

L'introduzione della nuova organizzazione della Direzione Scientifica, approvata con la Deliberazione n. 3232 del 31 marzo 2023, rappresenta un primo concreto passo per l'efficientamento ed il potenziamento delle capacità di ricerca dell'Istituto. Tutte le strutture tecniche, amministrative e della Direzione Scientifica sono chiamate a fornire il loro contributo all'implementazione della nuova organizzazione. In tal senso diventa obiettivo di particolare rilevanza l'efficienza nell'esecuzione delle eventuali procedure di reclutamento da parte dell'Area Gestione Risorse Umane, per la quale nella negoziazione operativa verranno fissate tempistiche idonee.

- ✓ Efficientamento delle procedure di approvvigionamento di beni e servizi

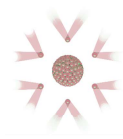
Una delle criticità nell'attuazione delle progettualità PNRR, PNC e talvolta anche per la Ricerca Corrente risiede nelle inefficienti tempistiche di approvvigionamento di beni e servizi. Sarà compito della Direzione dell'Area Gestione Patrimonio, Appalti e Contratti, di concerto con Direzione Scientifica, Controllo di Gestione ed Area Gestione Risorse Finanziarie procedere ad una redazione di una procedura efficiente per l'esecuzione di tali acquisizioni entro e non oltre il termine del mese di marzo.

- ✓ Potenziamento della ricerca attraverso partenariati pubblico-privato

Una delle strategie di potenziamento della ricerca è senza dubbio basata sul rapporto con i possibili partner tecnologici industriali.

Gli obiettivi connessi a tale ambito sono:

- Redazione ed adozione entro il termine del mese di Febbraio di apposito regolamento per la tenuta dell'Albo dei Partner Industriali della Ricerca;
- Ripresa delle attività di scouting presso le industrie, preferibilmente locali per creare un ecosistema regionale della ricerca oncologica, ed individuare progetti ed eventualmente bando a partecipazione congiunta: obiettivo è l'inclusione di almeno 10 nuovi partner industriali nell'Albo, di avviare almeno 1 progetto con finanziamento privato industriale e, ove presenti i relativi bandi, attivare una proposta pubblico-privata a finanziamento industriale;



- Avviare attività di scouting interno per possibili “spin-off” o “start-up” di ricercatori dell’Istituto con soggetti industriali privati entro il termine del mese di Giugno.

✓ Potenziamento della ricerca attraverso trials clinici

Ulteriore strategia di potenziamento della ricerca è data dall’esecuzione dei trials clinici.

Tre sono gli obiettivi principali:

- Adozione del regolamento per la proposta, approvazione ed esecuzione delle sperimentazioni su farmaci, dispositivi medici e dispositivi diagnostici in vitro entro il termine del mese di Marzo;
- Efficientamento delle tempistiche di approvazione degli studi. A seguito dell’avvenuta approvazione del predetto regolamento verranno fissati gli step significativi della procedure di proposta, approvazione ed avvio di una sperimentazione e per ciascuna fase andranno misurati i relativi tempi di esecuzione, provvedendo così ad individuare eventuali criticità ed efficientare l’intero processo.
- Avvio di una sperimentazione farmacologica di Fase 1, a seguito dell’avvenuta autocertificazione di cui alla Deliberazione n. 26 del 27 gennaio 2024.

2.b.7.4.4. Staff e Gestione – Obiettivi concernenti il miglioramento dell’appropriatezza

✓ Specifiche attività di Risk Management

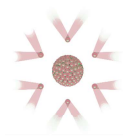
Tra gli obiettivi specifici assegnati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica vi sono quelli di:

- Verifica dell’applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali in materia di gestione del Rischio Clinico ed eventuale adeguamento/revisione;
- Elaborazione di relazione annuale sugli Eventi Avversi e redazione del Piano Annuale del Rischio Sanitario per la gestione del rischio paziente secondo le indicazioni del centro regionale CRRiS, e che preveda, tra l’altro, una specifica pianificazione di qualità tesa alla documentata applicazione delle GCP (clinica), GLP (laboratori) e GMP (farmacia e cell-factory) all’interno dell’Istituto.

✓ Benchmarking PNE e Regione Puglia

Obiettivo per il 2024 è quello di avviare la definizione di uno specifico setting di misurazione dell’efficacia e del rischio clinico anche attraverso la partecipazione ai tavoli di lavoro dello specifico progetto di ricerca AGENASS finanziato dal Ministero della Salute che vede il coinvolgimento di 3 ricercatori dell’Istituto.

Inoltre dovrà continuare ad essere valutata la performance dell’Istituto con riferimento ai parametri definiti dal Piano Nazionale Esiti e dal MES della Scuola Superiore di Sant’Anna. L’obiettivo è che tali report di “benchmarking” vengano rappresentati con periodicità quadrimestrale alle strutture di produzione per stimolarne la crescita sino a livelli di qualità comparabili con le migliori espressioni dell’assistenza oncologica regionale e nazionale.



Infine la funzione Qualità, coadiuvata dalla UOSE e dal Controllo di Gestione, appronterà entro il mese di settembre la “dashboard” per la rilevazione degli esiti dell’assistenza oncologica descritta al paragrafo 2.b.6.4.1..

- ✓ Efficientamento procedure pre-ricovero e riduzione dei tempi di degenza media pre-operatoria

Le procedure di pre-ricovero chirurgico sono un presupposto indispensabile sia per garantire al paziente un percorso “trusted” che consenta di:

- Garantire adeguata presa in carico del paziente;
- Diminuire la durata della degenza pre-operatoria.

Gli obiettivi in tale ambito sono i seguenti:

- Gestione delle procedure in stretto coordinamento con il C.Or.O. (redazione di procedura) e rigoroso rispetto del relativo regolamento (eventuale revisione);
- Esecuzione coordinata degli esami diagnostici in considerazione delle liste d’attesa del ricovero (tempi intercorrenti tra termine del percorso diagnostico pre-ricovero e ricovero non superiori a 72 h)
- Monitoraggio della completezza dei percorsi pre-ricovero con rilevazione da cartella clinica delle procedure eseguite prima dell’intervento chirurgico: tempo di degenza media pre-operatoria non superiore a 1,64 gg..

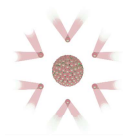
- ✓ Revisione agende, gestione Liste d’Attesa, riduzione tempi

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

- ✓ Verifica ed efficientamento assegnazioni comparto infermieristico

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

- ✓ Somministrazione PROM



La definizione dei PROM di rilevazione della QoL dei pazienti descritta al paragrafo 2.b.6.4.6., prevede il lavoro di predisposizione e divulgazione da parte della UOSE e del Responsabile della Transizione Digitale.

✓ «Improvement» del ricorso alla valutazione in Team Multidisciplinare

Il ricorso ai Team Multi-Disciplinari ed alle valutazioni congiunte è strumento operativo la cui efficacia è universalmente riconosciuta soprattutto nella valutazione delle patologie oncologiche in cui le possibili alternative terapeutiche vanno valutate in funzione delle condizioni cliniche del paziente. Tale approccio costituisce il metodo di riferimento delle équipes multidisciplinari.

La decisione di non sottoporre il paziente alla valutazione del Team Multi-Disciplinare va giustificata in cartella clinica, sulla base di evidenze, da parte dell'Oncologo che ha in carico il paziente. In nessuna caso, anche in aderenza al Manuale di Procedure del C.Or.O. un paziente potrà essere sottoposto a procedura interventistica senza il parere del medico oncologo.

Adeguati controlli saranno posti in opera da parte della SSD Clinical Risk Management.

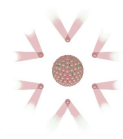
2.b.7.4.5. Staff e Gestione – Obiettivi concernenti la qualità percepita e le azioni di informazione - comunicazione

✓ Implementazione della pianificazione strategica della comunicazione

Il piano della comunicazione confluito nel presente PIAO prevede una serie di attività di comunicazione che consentano adeguata informazione sulle attività assistenziali e di ricerca. Specifici obiettivi sono posti su:

- Redazione di una procedura per la gestione dei reclami URP e la loro valutazione ai fini della qualità percepita e relativa pubblicizzazione a tutte le strutture entro il mese di Marzo.
 - Predisposizione, di concerto con la Direzione Scientifica, del programma della convegnistica ed elaborazione delle azioni di supporto da parte dell'Ufficio Comunicazione entro il termine del mese di Febbraio.
 - Attivazione di un progetto di creazione delle "community tematiche della ricerca" di tipo telematico nelle quali condividere idee e progetti, con la gestione di "isole riservate" per l'implementazione di idee, il progetto dovrà essere operativo entro il termine dell'anno.
- ✓ Formazione del personale all'uso dei social per la promozione dell'Istituto e nei rapporti con la stampa

Lo sviluppo dei social e la legittima presenza su di essi da parte del personale dipendente a qualsiasi livello di inquadramento, deve tener conto dei vincoli nella rappresentazione pubblica di informazioni inerenti l'Istituto che possano essere oggetto di interpretazione e manipolazione o veicolo di promozione dell'immagine dell'Istituto stesso. L'obiettivo è quello



di formare il personale dell'Istituto alla corretta rappresentazione delle informazioni verso l'esterno anche per la tutela della salute dei pazienti.

✓ **Somministrazione PREM**

La definizione dei PREM di rilevazione della Qualità percepita dell'Experience nella fruizione dei servizi dell'Istituto descritta al paragrafo 2.b.6.5.4., prevede il lavoro di predisposizione e divulgazione da parte della UOSE e del Responsabile della Transizione Digitale.

✓ **Implementazione del Piano Hospitality**

Per tale attività l'Ufficio Comunicazione supporterà l'Area Gestione Tecnica nell'aggiornamento del sistema identitario visivo del Piano dell'Hospitality sia per quanto attiene a specifici interventi che per il progetto complessivo in attesa di finanziamento su fondi FSC.

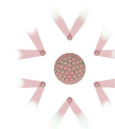
2.b.7.4.6. Staff e Gestione – Obiettivi concernenti la Sanità Elettronica e la transizione digitale

Di seguito si riassumono gli obiettivi di riferimento già riportati nella descrizione degli obiettivi strategici:

Introduzione della Cartella Clinica Elettronica di ricovero e ambulatoriale secondo programmazione regionale (cfr. paragrafo 2.b.6.6.1) e del nuovo applicativo di gestione delle Sale Operatorie e dell'attività interventistica (cfr. paragrafo 2.b.6.6.1), per il quale sono previsti i seguenti obiettivi quantificabili:

- (Sanità digitale) Numero di documenti indicizzati rispetto al totale delle prestazioni erogate >90%
- (Sanità digitale) N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati >90%
- (Sanità digitale) N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati >90%.
- (Sanità digitale) N.ro delle cartelle digitali rispetto al totale delle cartelle > 25%
- ✓ Adozione di apposita programmazione per il miglioramento della sicurezza informatica aziendale secondo il Piano di transizione digitale (cfr. paragrafo 2.b.6.6.3);
- ✓ Formazione all'uso di MS-Teams per il Teamworking in Lavoro Agile (vedasi Piano Operativo Lavoro Agile integrato nel presente PIAO al Capitolo 3);
- ✓ Implementazione della App IO per i rapporti con il cittadino (CUP/Cassa) da parte dell'Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici e del Responsabile della Transizione Digitale.
- ✓ Risk assessment delle procedure sanitarie digitali

L'avvenuta introduzione di Electronic Medical Records mediante Sistemi Informativi diagnostici e gestionali ed il grado di affidamento sulla loro "resilienza", può



ingenerare rischi clinici seri in caso di loro malfunzionamento. L'obiettivo è quello di individuare tali rischi e procedere alla redazione di procedure operative alternative in caso di guasto.

2.b.8. Misurazione e valutazione della Performance

2.b.8.1. Premessa

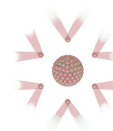
Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) è stato introdotto dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, dando anche attuazione alle disposizioni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

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

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

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

- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del Personale del Comparto del 21.5.2018;
- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) di Area Sanità del 19/12/2019
- Contratto Collettivo nazionale di Lavoro (CCNL) dell'Area delle Funzioni locali triennio 2016-2018 del 17.12.2020.



2.b.8.2. Scopo

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) è l'insieme di tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento delle funzioni di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione della performance, ossia del ciclo della performance.

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

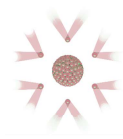
La performance rappresenta il contributo che ciascuna equipe organizzata o singolo dipendente dell'istituto apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi programmati, quindi alla soddisfazione dei fabbisogni per i quali l'organizzazione è costituita. In considerazione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

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

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

- la definizione e gestione aziendale del ciclo di gestione della performance, per orientare le risorse disponibili al conseguimento degli obiettivi;
- l'individuazione di un sistema di obiettivi operativi riferiti a ciascuna struttura ed indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi conseguiti;
- l'analisi e la valorizzazione degli apporti individuali in relazione al contributo assicurato per il conseguimento dei risultati organizzativi;
- l'attuazione del Sistema secondo principi di trasparenza, pari opportunità, responsabilizzazione e valorizzazione delle singole professionalità presenti in Istituto.

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



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

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

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

Gli obiettivi del Sistema sono:

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

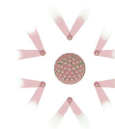
In considerazione di quanto sopra, fanno riferimento al complessivo Sistema di misurazione e valutazione della performance i seguenti sottosistemi, ciascuno dei quali disciplinato da apposita regolamentazione aziendale:

- obiettivi istituzionali (accountability), introducendo fra l'altro, a supporto dei processi

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

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

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



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

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

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

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

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

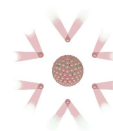
Gli obiettivi del Sistema sono:

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

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

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

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



- Sistema di gestione delle Performance Individuali e dei correlati istituti incentivanti del personale;
- La Relazione annuale sulla Performance.

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

- Regolamentazione per la Graduazione ed affidamento degli incarichi.
- Regolamentazione per la composizione e funzionamento dei Collegi tecnici.
- Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;

2.b.8.3. Soggetti coinvolti nel Sistema di Valutazione e Misurazione della Performance

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

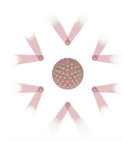
- l'organo di indirizzo politico-amministrativo, al quale compete l'esercizio della funzione di indirizzo e la definizione degli obiettivi da perseguire e dei programmi da attuare;
- i dirigenti apicali, cui compete la responsabilità dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati;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

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

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

- presidio tecnico metodologico del SMVP che si esprime prevalentemente attraverso la formulazione del parere vincolante sull'aggiornamento annuale del SMVP, come sancito dall'Art. 7 del D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009 modificato al Comma 1 dall'art. 5 del D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017, la validazione della Relazione sulla performance e la Relazione annuale sul funzionamento del Sistema;
- valutazione della performance organizzativa, effettuata nel rispetto degli indirizzi di cui alle Linee Guida n. 2/17, sopra citate;
- monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica dell'andamento della performance dell'amministrazione rispetto agli obiettivi programmati e segnalazione all'organo di indirizzo politico dell'esigenza di interventi correttivi;
- proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;

L'Organismo Indipendente di Valutazione assolve quindi un ruolo fondamentale, in quanto è individuato come uno dei soggetti che concorrono a costituire il SMVP. L'Organismo, infatti, ha fra i propri compiti principali quello di garantire la correttezza del processo di misurazione



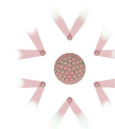
e valutazione della complessiva azione dell'istituto, oltre a verificare e valutare le performance ed i risultati conseguiti dai diversi livelli organizzativi e dai dirigenti apicali.

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

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

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

DIMENSIONE VALUTAZIONE	SOGGETTI COINVOLTI	FUNZIONI	RIFERIMENTO NORMATIVO
DIMENSIONE ISTITUZIONALE	Ministero della Salute	Piano Sanitario Nazionale	PSN
	Regione Puglia	Piani Sanitari regionali; nello specifico: Linee Guida da adottare in Conferenza programmatica	PSR
DIMENSIONE STRATEGICA	Direzione strategica	Predisposizione ed adozione del Piano triennale e annuale delle performance (comprensivo degli obiettivi generali, azioni e priorità)	Art. 10 del D.Lgs. 150/2009
		Assume la responsabilità del budget generale dell'istituto, assegna gli obiettivi ai CdR, ne verifica, tramite l'OIV, il raggiungimento.	
		Il Direttore Generale individua gli obiettivi da assegnare ai componenti della direzione strategica e ne verifica la percentuale di conseguimento, disponendo la relativa valutazione conformemente a quanto stabilito dal contratto individuale di lavoro.	
DIMENSIONE OPERATIVA BUDGETING	Dirigenti apicali titolari di CdR	Sulla base del Piano annuale, attraverso il documento specifico (Scheda sinottica del Piano delle attività), concorrono alla definizione degli obiettivi di struttura. Valutazione del personale dirigente e del comparto assegnato alle singole strutture	Art. 5 comma 1 lett b) del D.Lgs. 150/2009
	Dirigenti non apicali	Contributo alla pianificazione degli obiettivi di struttura e contributo alla valutazione del personale	Art. 5 comma 1 lett b) del D.Lgs. 150/2009
	Personale del comparto	Obiettivi operativi individuali secondo ruolo, responsabilità e competenze delle singole unità di personale.	Art. 5 comma 1 lett b) del D.Lgs. 150/2009
DIMENSIONE MISURAZIONE/VALUTAZIONE	Organismo Indipendente di Valutazione	Esercizio in piena autonomia delle attività previste all'art.14, comma 4 del D.Lgs.150/2009 e ss.mm.ii. modificato dall'articolo 11, comma 1, lettera c) del decreto legislativo 74/2017 in particolare: a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso; b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione di cui all'articolo 13 (Commissione per la valutazione, l'integrità e la trasparenza nelle Amministrazioni Pubbliche) (ORA: Dipartimento Funzione pubblica); c) valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10 e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;	D.Lgs. 150/2009 D.Lgs. 74/2017



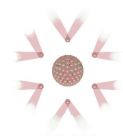
		d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità; e) propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi; f) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità; g) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.	
DIMENSIONE MISURAZIONE/V ALUTAZIONE	Struttura Tecnica Permanente (STP)	Svolge funzioni di supporto alle attività dell'Organismo Indipendente di Valutazione. E' connotata dall'integrazione di determinate professionalità afferenti alle tematiche oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'OIV stesso. Nell'ambito della gestione delle performance, le funzioni integrate della STP fanno principalmente riferimento all'UO Pianificazione e Controllo, che ha la responsabilità di coordinare gli eventuali contributi richiesti ad altre professionalità dell'Istituto (vedi area risorse umane, gestione economico-finanziaria, sistemi informativi, ecc.) ai fini delle necessarie azioni di monitoraggio e verifica delle prestazioni	Art. 14 del D.Lgs. 150/2009
	Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità (CUG)	Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico nell'obiettivo di migliorare l'efficienza delle prestazioni garantendo, nel contempo, un ambiente di lavoro caratterizzato da rispetto dei principi di pari opportunità e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori	Legge 183/2010
DIMENSIONE VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	Istituto	Definizione modello di valutazione. Costituzione mappa Stakeholder. Individuazione attività/servizi da valutare, le dimensioni di performance e i soggetti valutatori. Attività di formazione e comunicazione, valutazione e utilizzo dati.	D.Lgs. 150/2009 D.Lgs. 74/2017
	Organismo Indipendente di Valutazione	Verifica l'adeguatezza del modello di valutazione partecipativa. Verifica dell'effettivo rispetto per la corretta applicazione del principio di partecipazione dei cittadini e utenti. Elemento integrante la valutazione della performance organizzativa e per la validazione della Relazione annuale sulla performance.	D.Lgs. 150/2009 D.Lgs. 74/2017
	Cittadini/Utenti/altre PP.AA. etc.	Possono contribuire sia nella fase preparatoria che nella valutazione finale.	

2.b.8.4. La definizione delle strategie

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

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

I contenuti sopra richiamati vengono annualmente elaborati ed aggiornati nel Piano della performance, documento programmatico triennale, da adottare in coerenza con i contenuti



della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, oltre a definire gli indicatori per la misurazione e la valutazione dei diversi livelli di performance.

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

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

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

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

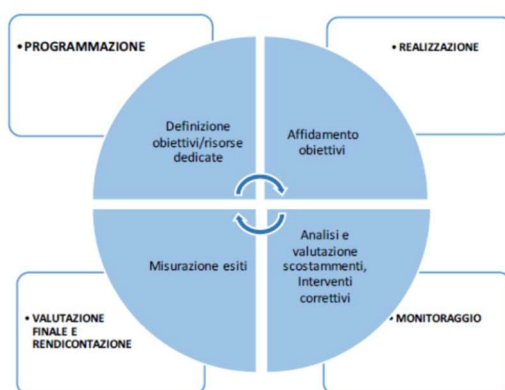
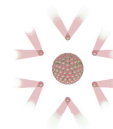
Il tutto nell'ottica intrinseca della BSC, ovvero quella che i risultati economici possono essere conseguiti soddisfacendo adeguatamente i cittadini, promuovendo le innovazioni e l'apprendimento e sviluppando processi interni eccellenti.

2.b.8.5. Il Ciclo della Performance

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

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

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



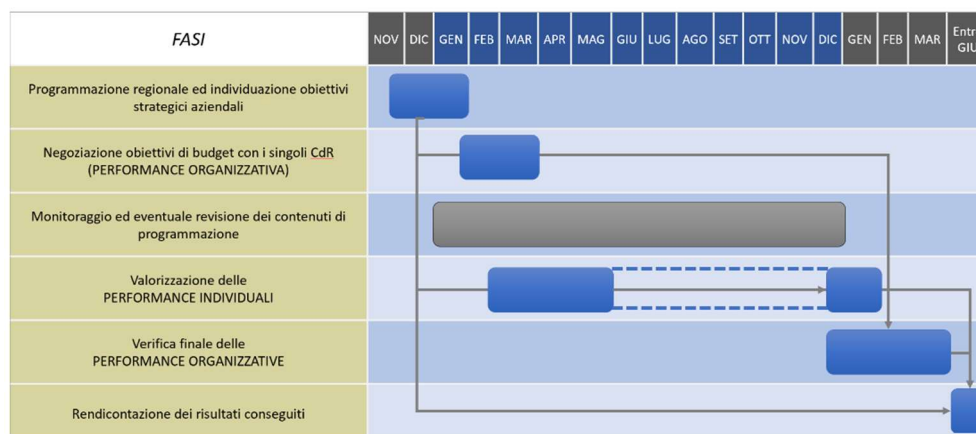
Il ciclo di gestione della performance sopra descritto si sviluppa a cadenza annuale tramite due strumenti operativi:

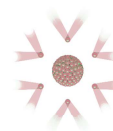
1. Il processo di budgeting attraverso il quale si intende valorizzare la performance organizzativa;
2. La valutazione individuale attraverso la quale si intende valorizzare la performance individuale.

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

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

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





2.b.8.6. La gestione della performance organizzativa (budgeting operativo)

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

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

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

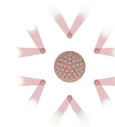
- attuazione delle politiche riferite essenzialmente alla soddisfazione finale dei bisogni della collettività (stanti i vincoli di bilancio);
- attuazione di piani e programmi di attività, con conseguente misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi da definire in sede di individuazione dei contenuti di budget, secondo un congruo livello di assorbimento delle risorse da parte dei CdR;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso adeguate modalità interattive;
- modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e capacità dei dirigenti di attuare piani e programmi in ottica manageriale;
- sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, con tutti i soggetti interessati - gli utenti e i destinatari dei servizi - anche attraverso lo sviluppo di forme innovative di partecipazione e collaborazione;
- efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché alla semplificazione delle procedure, compresa l'informatizzazione con cui ottimizzare tempi e procedimenti amministrativi;
- qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

2.b.8.7. Le funzioni coinvolte nella performance organizzativa

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

1. Direzione strategica

- Adozione degli atti e della regolamentazione correlata al Sistema di misura e valutazione.
- Definizione organigramma e funzionigramma, con relative strategie aziendali.



- Definizione e diffusione delle linee guida annuali di budget (invito al Ciclo della performance).
- Analisi e negoziazione schede di budget con i titolari di Centri di Responsabilità (CdR).
- Adozione del PIAO e Relazione annuale della performance.

2. Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

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

3. Dirigenti titolari di struttura (CdR)

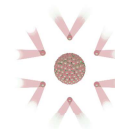
- Analisi e negoziazione delle schede di budget del rispettivo CdR.
- Monitoraggio infra-annuale sul grado di conseguimento degli obiettivi di CdR.
- Verifica degli apporti individuali effettivamente prestati dai collaboratori nel corso dell'esercizio di riferimento.
- Relazione annuale riferita alla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

4. Struttura Tecnica Permanente (STP)

- Supporto all'OIV nello svolgimento delle proprie funzioni.
- Supporto alla Direzione strategica nelle fasi di proposta, monitoraggio e verifica dei livelli di performance.
- Supporto nella elaborazione della Relazione annuale sulla performance.

Le schede di budget sono redatte secondo il seguente schema:

- N. progressivo: Numero progressivo dell'obiettivo assegnato alla struttura;
- Dipartimento: Dipartimento di appartenenza della struttura;
- Struttura: Denominazione della struttura;
- Tipologia obiettivi: Classe di appartenenza dell'obiettivo (sostenibilità economico finanziaria, ricerca, miglioramento organizzativo, appropriatezza, qualità percepita e comunicazione, transizione digitale, prevenzione corruzione e trasparenza, azioni positive e parità di genere;
- Dettaglio: Descrizione specifica dell'obiettivo;
- Indicatore: Descrizione dell'indicatore misurabile per la valutazione del livello di conseguimento dello stesso;
- Target: Valore di riferimento dell'indicatore per considerare l'obiettivo raggiunto;



- **Verificatore:** Struttura aziendale incaricata della verifica del conseguimento dell'obiettivo;
- **Peso max:** Punteggio massimo attribuito all'obiettivo in caso di conseguimento al 100%. La sommatoria di tutti punteggi massimi deve essere pari a 100. La sommatoria dei punteggi massimi attribuiti ad obiettivi della medesima tipologia deve rientrare nei range definiti dal PIAO per la stessa;
- **Modalità di verifica:** Descrizione delle modalità con cui viene attribuito il punteggio fino al punteggio massimo

2.b.8.8. Il sistema di gestione della performance individuale e la metodologia per la valorizzazione degli apporti individuali alla performance

La programmazione e verifica delle prestazioni individuali sono necessariamente collegati alla dimensione della performance organizzativa, quale contributo dei singoli dipendenti ai fini del conseguimento dei risultati d'equipe.

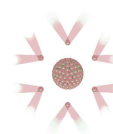
A tal proposito l'Istituto, nel rispetto dei debiti passaggi di contrattazione integrativa, disciplina in appositi protocolli applicativi la metodologia di dettaglio riferita all'analisi delle performance individuali effettivamente prestate e le correlate modalità di calcolo degli incentivi individuali, predisposti sulla base dei principi operativi contenuti nel presente documento.

A garanzia di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, ossia la determinazione di un premio di risultato necessariamente correlato alle performance conseguite dall'Amministrazione, i relativi fondi contrattuali sono quindi distribuiti ai singoli dipendenti in base alla verifica logicamente connessa dei due seguenti livelli di performance:

1. il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget assegnati alla struttura di appartenenza (performance organizzativa);
2. il contributo apportato dal singolo dipendente al raggiungimento dei suddetti obiettivi e più in generale all'efficiente ed efficace funzionamento della propria struttura (performance individuale).

L'OIV monitora costantemente la validità della metodologia adottata, nonché la corretta applicazione della stessa in corso d'anno.

A partire dai contenuti di programmazione operativa risultanti dal processo di budgeting, l'Istituto, ai fini della massima trasparenza e partecipazione, richiede ai propri responsabili di struttura, ove opportuno anche con il coinvolgimento delle eventuali figure di coordinamento del personale del comparto, di attivare momenti di informazione nei confronti dei rispettivi collaboratori.



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

In relazione a ciò, a partire dalla metodologia adottata in via uniforme nell'ambito dell'intera organizzazione, devono essere previsti una serie di criteri che risulteranno alla base della valorizzazione delle performance individuali, secondo quanto definito negli accordi sindacali (comparto e dirigenza).

Nella gestione delle schede individuali è di fondamentale importanza che ogni elemento oggetto di valorizzazione risulti di significato oggettivabile e/o documentabile, evitando in modo assoluto ogni forma di soggettività non sostenibile da evidenze operative

Gli apporti individuali alla performance e la relativa valorizzazione delle premialità associate tengono conto di due principi:

1. Il primo è quello dell'oggettiva "responsabilità differenziale", la quale tiene conto del diverso livello di responsabilità attribuibile ai differenti livelli della dirigenza ed al comparto, anch'esso opportunamente differenziato in funzione dei livelli di complessità delle funzioni assolte.

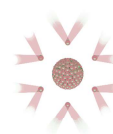
Pertanto, nell'intento di ponderare ai fini incentivanti il grado di responsabilità individuale in relazione al raggiungimento degli obiettivi di budget, è stato condiviso con le rappresentanze sindacali che il risultato relativo alla performance organizzativa della struttura cui ciascun professionista afferisce vada ad incidere in modo differenziato nel calcolo dell'incentivazione individuale, secondo quanto rappresentato nella tabella che segue, per la dirigenza:

Incarico	Livello di responsabilità differenziale
Direttore di UOC	100 %
Responsabile di UOSD/ UOS non afferente a UOC (UOS VA)	100 %
Responsabile di UOS (afferente a UOC)	90 %
Dirigente professionale con esperienza > 5 anni	80 %
Dirigente professionale con esperienza < 5 anni	70 %

e per il comparto:

Incarico	Livello di responsabilità differenziale
Incarico di Funzione (Posizione Organizzativa o Funz. di Coordinamento)	100 %
Categoria Ds	90 %
Categoria D	80 %
Categoria C	70 %
Categoria Bs	60 %
Categoria B	50 %
Categoria A	40 %

Inoltre, a partire dalla conclusione della negoziazione del budget per la struttura, i responsabili di ciascuna di esse, ove opportuno anche con il coinvolgimento delle



eventuali figure di coordinamento del personale del comparto, attivano una specifica contrattazione individuale con l'obiettivo di pesare opportunamente il contributo che ciascun dipendente fornirà al conseguimento degli obiettivi della struttura, opportunamente suddivisi nelle 4 standard del Balanced Score Card:

Prospettiva	Peso
A. <i>Economica (efficiente utilizzo delle risorse)</i> cui afferisce la tipologia di obiettivi della <u>sostenibilità economico-finanziaria</u>	35
B. <i>Processi interni</i> cui afferiscono gli obiettivi del <u>miglioramento organizzativo della trasparenza ed anticorruzione, della transizione digitale e della azioni positive</u>	35
C. <i>Qualità erogata e percepita</i> cui afferiscono gli obiettivi <u>dell'appropriatezza e della qualità percepita e comunicazione</u>	18
D. <i>Crescita, apprendimento e ricerca</i> cui afferiscono gli obiettivi della <u>ricerca</u>	12

Da valutarsi come esplicitato nel seguente esempio:

Prospettiva BSC	Individuazione contestualizzata dei criteri di valorizzazione (ESEMPIO)	Livello 1 (= 1 punto)	Livello 2 (= 2 punti)	Livello 3 (= 3 punti)	Livello 4 (= 4 punti)	Livello 5 (= 5 punto)
A	► Livello di produzione: n. prestazioni specialistiche [...] /mese	<10	10-20	21-40	41-60	>60
A	► Grado di operatività in autonomia: n. procedure gestite in via autonoma	1-2	3	4	5	Tutte le procedure attive nel CdR
Peso 35	Peso ottenuto= Punti ottenuti / Punti totali *35	Punti ottenuti 5 (su Punti totali 10)			peso=5/10*35=17,5	
B	► Formazione finalizzata alle esigenze del servizio: n. ore di formazione attiva nei confronti dei colleghi sulla tematica ...	3-2	5-4	7-6	9-8	11-10
Peso 35	Peso ottenuto= Punti ottenuti / Punti totali *35	Punti ottenuti 3 (su Punti totali 5)			peso=3/5*35=21	
C	► Grado di flessibilità operativa nei diversi ambiti organizzativi in cui si articola il servizio/area: n. ambiti	1	2	3	4	5
Peso 18	Peso ottenuto= Punti ottenuti / Punti totali *18	Punti ottenuti 2 (su Punti totali 5)			peso=2/5*18=7,2	
D	► Disponibilità al coinvolgimento nelle dinamiche organizzative dell'Istituto: ambito di coinvolgimento	equipe	unità operativa	ambito funzionale	IRCCS	Tavoli Regionali
Peso 12	Peso ottenuto= Punti ottenuti / Punti totali *12	Punti ottenuti 3 (su Punti totali 5)			peso=3/5*12=7,2	
Peso Comparto 100	Peso finale 17,5+21+7,2+7,2=52,9					

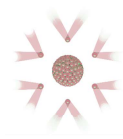
Tale negoziazione è condotta in applicazione dei protocolli predisposti dalla Direzione Strategica ed approvati a seguito di apposita trattativa sindacale ed allegati al presente PIAO per costituirne parte integrante (Allegato 2.A ed Allegato 2.B).

I suddetti protocolli costituiscono parte integrante del presenta PIAO.

Per il calcolo dell'incentivo spettante, ovviamente, viene utilizzato il punteggio sintetico individuale verificato a fine anno, corrispondente all'effettivo apporto prestato nel corso dell'esercizio.

Il punteggio sintetico individuale ai fini del calcolo degli incentivi è determinato dai protocolli applicativi del comparto e della dirigenza.

La metodologia di "valorizzazione" differenziale deve essere introdotta previa idonea attività informativa da parte dei responsabili di CdR a tutto il proprio personale. In particolare, anche per indurre la partecipazione dei dipendenti al processo di crescita della produttività aziendale, le parti convengono che i criteri ed i livelli individuati nell'apposita "griglia" di valorizzazione dell'equipe omogenea devono essere "condivisi" ex ante all'interno dell'equipe che li adotta; essi devono risultare oggettivi e misurabili, riferibili ad ambiti quantitativi, qualitativi, temporali, organizzativi, etc.



Il responsabile di CdR è inoltre tenuto a presentare i contenuti e la motivazione della valorizzazione ai diretti interessati.

A fronte di eventuali motivi di non condivisione da parte del Soggetto valorizzato circa gli apporti individuali rilevati nella scheda di valorizzazione di fine esercizio (casistica questa che, tenuto conto del processo di valorizzazione anche in via preventiva, nonché della prevista oggettività dei contenuti della scheda, dovrebbe normalmente riguardare solo aspetti procedurali e/o metodologici), il dipendente interessato, entro 7 giorni dalla presa visione della propria scheda, può inoltrare istanza di revisione al relativo valorizzatore, il quale, nel caso ritenga congruo accogliere le motivazioni del ricorrente, procede direttamente all'aggiornamento della scheda individuale ed alla conseguente gestione della stessa nelle modalità previste dal Protocollo.

Nel caso in cui, invece, il valorizzatore non condivida le motivazioni dell'istanza pervenuta, lo stesso può provvedere alla trasmissione della relativa documentazione, eventualmente integrata con le proprie conseguenti considerazioni, in prima battuta al responsabile gerarchico sovraordinato rispetto al valorizzatore; nel caso di ulteriore mancata risoluzione delle motivazioni alla base della suddetta istanza, all'attenzione dell'OIV, il quale è tenuto a valutare ogni necessaria informazione in merito, quindi a decidere sull'accoglibilità del ricorso espresso dal valorizzato.

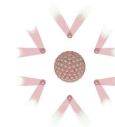
In tale fase, se ritenuto opportuno dall'OIV, lo stesso può richiedere un confronto con il valorizzato e/o il valorizzatore per gli opportuni approfondimenti.

Nel caso in cui, in corso di anno, si verificano eventi straordinari rilevati dall'UO Controllo di Gestione e valutati sia dalla Direzione Strategica che dall'OIV, tali da comportare sostanziali modifiche agli obiettivi specifici assegnati, il Direttore/Responsabile di CdR è tenuto alla rivisitazione conseguente degli obiettivi e/o criteri di valorizzazione individuali assegnati all'inizio dell'anno, secondo la medesima procedura prevista dal presente regolamento.

La responsabilità del dirigente di struttura di definire l'apporto dei singoli alla produttività dell'equipe rientra fra le competenze obbligatorie del proprio incarico dirigenziale, quindi costituisce specifica rilevanza nell'ambito della valutazione delle capacità manageriali del dirigente medesimo, anche ai fini della conferma dell'incarico.

2.b.8.9. Azioni di miglioramento del ciclo della gestione della performance

La gestione del Sistema di misura e valutazione e del Ciclo di gestione delle performance aziendali prevede un continuo monitoraggio di tutti gli ambiti e delle fasi sopra richiamate; a tal proposito l'OIV, oltre ad accertare la corretta applicazione dei relativi sottosistemi, ove ne ravveda l'opportunità, è tenuto a portare all'attenzione della Direzione strategica la necessità di procedere ad eventuali interventi correttivi o migliorativi, riferendosi in particolare ai seguenti elementi:



- tempistica delle procedure di programmazione e controllo;
- oggettività, trasparenza ed equità dei contenuti di programmazione;
- tipologia degli strumenti di programmazione, con particolare riferimento alle schede di budget;
- qualità e tempestività dei flussi informativi aziendali e della connessa reportistica;
- cultura diffusa in ambito aziendale circa la corretta gestione della performance in termini efficaci, efficienti ed innovativi;
- funzioni svolte dai diversi soggetti coinvolti nella gestione delle performance.

Altri interventi possono riguardare la soddisfazione degli utenti interni (gestione del clima organizzativo) ed esterni, attraverso il puntuale aggiornamento dell'area del sito istituzionale "Amministrazione trasparente".

Ulteriore elemento di miglioramento del processo valutativo è dato dalla creazione di un set di indicatori per la gestione degli obiettivi di budget.

Costituirà altresì elemento di miglioramento la costante funzionalità del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità per rafforzare il ruolo di tale Comitato in raccordo con l'OIV, al fine di assicurare il legame tra le dimensioni di pari opportunità, benessere organizzativo e performance dell'Istituto (Direttiva Funzione Pubblica n. 2/19).

2.c. Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza

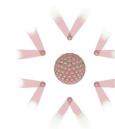
2.c.1. Introduzione

Il presente documento costituisce la sezione del P.I.A.O. (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al d.l. 80/2021 e s.m.i.) dedicata ai "Rischi corruttivi e Trasparenza" per il periodo 2024-2026 dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari (d'ora in avanti anche "Ente" o "Istituto"), in linea di continuità con i precedenti Piani di prevenzione della corruzione e disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

La presente sezione del P.I.A.O. recepisce le modifiche di legge, i decreti attuativi, le intese, le circolari, le linee guida, le direttive e le delibere, relative al periodo precedente, nonché le prescrizioni del vigente Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2022), aggiornato con deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, altresì permettendo di garantire il raccordo con tutti gli altri strumenti di programmazione aziendale, in un'ottica di reale integrazione del processo di prevenzione nell'ambito della complessiva strategia aziendale.

Le principali fonti normative in materia sono le seguenti:

- Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 approvati dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022;



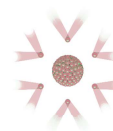
- Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA) approvato dal Consiglio dell'ANAC il 16 novembre 2022 e in attesa del parere del comitato interministeriale e Conferenza Unificata Stato regioni Autonomie locali
- Aggiornamento PNA 2022 giusta deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023

La presente sezione del P.I.A.O. è stata elaborata dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, nella persona dell'Avv. Maria Grimaldi, nominata con Deliberazione del Direttore Generale n. 858 del 06 novembre 2020, con l'apporto dei componenti dell'apposito Gruppo di Lavoro per il P.I.A.O, costituito con deliberazione del Commissario Straordinario n. 43 del 10/01/2022, e comprende quanto segue:

- la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'Istituto o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
- la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle amministrazioni delle misure previste dalla legge n.190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

Al fine di articolare una strategia complessiva per la prevenzione ed il contrasto del rischio di corruzione e di illegalità e di assicurarne la concreta attuazione con un'azione coordinata e sistemica, sono presi in considerazione i seguenti aspetti:

- Caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico per la valutazione d'impatto del contesto esterno;
- Caratteristiche della struttura organizzativa interna e dei processi per la valutazione di impatto del contesto interno;
- Mappatura dei processi con particolare riferimento a quelli finalizzati al raggiungimento/incremento del "valore pubblico";
- Analisi dei rischi corruttivi e programmazione delle misure di mitigazione;
- Monitoraggio sull'attuazione e sull'efficacia delle misure applicate;
- Programmazione delle misure della trasparenza amministrativa e dell'accessibilità.



Gli obiettivi strategici per il triennio 2024-2026, in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, indicati dalla Direzione strategica aziendale, nell'ambito della declinazione delle linee programmatiche di indirizzo generale, sono di seguito riportati:

- a. rafforzamento delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e dei progetti PNRR/PNC;
- b. aggiornamento della regolamentazione interna con particolare riferimento al Codice di comportamento ed alla gestione dei conflitti di interessi;
- c. Incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- d. miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente;
- e. incremento della digitalizzazione dei processi interni e gestione dei flussi con la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP di ANAC);
- f. individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- g. incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per tutto il personale dipendente;
- h. miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- i. integrazione tra sistema di monitoraggio della sezione del P.I.A.O. e sistemi di controllo di gestione.

2.c.2. Procedimento di elaborazione e adozione

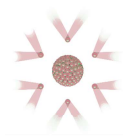
All'elaborazione della presente sezione del P.I.A.O. hanno partecipato i dirigenti delle macro-articolazioni aziendali, in quanto detentori della necessaria conoscenza dei processi decisionali e dei relativi rischi corruttivi, assieme a tutti i dipendenti dell'Istituto.

In considerazione del ruolo centrale assegnato dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione ai Dirigenti Responsabili di Struttura, l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari si è dotato di un software che prevede e favorisce il più ampio decentramento delle attività di:

- mappatura dei processi a rischio con conseguente valutazione del rischio (in relazione alle probabilità ed all'impatto organizzativo);
- aggiornamento e gestione dei dati e delle informazioni;
- individuazione delle misure di prevenzione;
- aggiornamento e verifica delle misure attuate tramite assegnazione di target di adempimento della misura che sarà oggetto di consuntivo a fine anno utile per l'aggiornamento complessivo del Piano.

Il "cruscotto" digitale a disposizione dell'utente fornisce inoltre strumenti ed indicatori di autovalutazione del grado di raggiungimento delle azioni e delle misure correlate nonché di una serie di indicatori di monitoraggio.

Le fasi del processo di elaborazione e adozione del piano sono le seguenti:



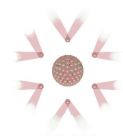
- Invito ai Responsabili delle macro-articolazioni aziendali di eventuali proposte di variazione ed aggiornamento della mappatura del rischio e/o delle misure ritenute necessarie e relativi adempimenti degli obblighi di trasparenza ex d.lgs 33/2013 e s.m.i.;
- Consultazione pubblica ai fini del coinvolgimento degli Stakeholder;
- Predisposizione di una bozza della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO da parte del RPCT da trasmettere al Direttore Generale per un processo condiviso di formazione della sottosezione specifica all'interno del PIAO;
- Adozione del PIAO, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale;
- Pubblicazione del PIAO sul sito internet aziendale in apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente;
- Trasmissione del PIAO al Dipartimento Funzione Pubblica.

2.c.3. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

Direttore Generale

La Direzione Aziendale è il primo soggetto preposto a porre in essere azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e attuazione della trasparenza dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari. Il particolare il Direttore Generale:

- Nomina con un apposito atto deliberativo il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (art. 1, comma 7 della Legge n. 190/2012) e il Responsabile della Trasparenza (art. 43, D.lgs n. 33/2013);
- Adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ovvero la sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" all'interno del PIAO), nonché i suoi eventuali aggiornamenti;
- Adotta tutti gli atti di indirizzo che ritiene opportuno finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione;
- Assicura al Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
- Decide in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
- Riceve la relazione annuale del RPCT e può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività, nonché riceve dallo stesso, segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza;
- In relazione al coinvolgimento nei termini sopra evidenziati, l'ANAC si riserva di poter chiedere informazioni in merito direttamente allo stesso Direttore Generale;



- Garantisce l'attività di coordinamento degli atti e delle azioni adottati nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Responsabile RPCT

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, rappresenta uno dei soggetti fondamentali evidenziati dal nostro Legislatore nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Nella Legge n. 190/2012 sono stati dettagliatamente definite le attività del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

In particolare, il RPCT pro tempore, nella persona dell'Avv. Maria Grimaldi, nominata con Deliberazione del Direttore Generale n. 858 del 06 novembre 2020, svolge attività di:

- controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnalazione dei casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione alla Direzione Aziendale, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio provvedimenti disciplinari (articolo 43 del d. lgs n. 33/2013);
- elaborazione e proposizione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, al Direttore Generale, per la successiva adozione con apposito atto deliberativo;
- controllo della regolare attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Gruppo di Lavoro per il P.I.A.O.

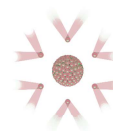
L'Istituto ha inteso costituire apposito Gruppo di lavoro per lo svolgimento delle attività di analisi integrata ed elaborazione del "Piano integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO) di cui all'art. 6 del d.l. 80/2021 e s.m.i., con l'apporto di competenze delle varie Strutture organizzative interessate dalle sezioni tematiche del PIAO, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 43 del 10/01/2022.

Network Sanità

L'Istituto fa parte del "Network Sanità" della Regione Puglia, una struttura di raccordo tra il RPCT della Regione e gli RPCT delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale pugliese istituita con DGR n. 48/2018 al fine di condividere criteri e metodologie e garantire un'azione sinergica nell'ambito delle politiche di prevenzione della corruzione in ambito sanitario.

In data 06 novembre 2023, si è tenuta la giornata della Trasparenza presso la sede della Regione Puglia cui hanno partecipato tutti i Responsabili per la prevenzione della corruzione delle Aziende Sanitarie pugliesi, al fine di condividere criteri e metodologie operative sugli obblighi di pubblicità e trasparenza.

O.I.V.



I componenti dell'Organismo interno di vigilanza:

- partecipano al processo di gestione del rischio; considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001).

Referenti interni

Tutti i Dirigenti dell'Istituto sono coinvolti nell'implementazione del presente Piano e svolgono, per quanto di competenza:

- attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'Autorità giudiziaria;
- partecipano al processo di gestione del rischio, propongono le misure di prevenzione, impegnandosi al monitoraggio di I livello (autovalutazione);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e segnalano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- partecipano alle attività formative obbligatorie previste nel Piano formativo anticorruzione e/o proposte dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

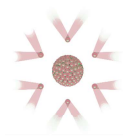
Nell'ottica del coinvolgimento del personale e della necessità di diffusione dei valori di etica e legalità, si è provveduto a costituire, con Deliberazione n.57 del 23/01/2018 avente ad oggetto: "Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. Individuazione e nomina dei referenti interni per la prevenzione della corruzione" un gruppo di lavoro composto dalla Direzione Strategica, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, i Direttori e i Dirigenti Responsabili di Unità Operativa e i Referenti interni per la corruzione, al fine di consentire il coinvolgimento di tutte le strutture e gli attori dei processi aziendali nelle attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza in un'ottica di continua ricerca di diffusione dei valori di etica e di legalità.

Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'ufficio procedimenti disciplinari di cui all'art. 55 bis, comma 4° del D.lgs n. 165/2001, è costituito quale Ufficio autonomo. Con deliberazione del Commissario Straordinario n. 439 del 07/09/2021 si è provveduto alla nuova designazione del Presidente UPD e dei suoi componenti.

In caso di procedimento disciplinare nei confronti di specialista ambulatoriale, un componente dell'UPD è sostituito da un componente in rapporto di convenzionamento con il SSN ai sensi dell'art. 37, comma 5, lett. b) ACN 2015.

L'attività svolta dell'U.P.D. è qui di seguito riportata:



1. Svolge procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
2. Provvede alla comunicazione obbligatorie nei confronti dell'Autorità giudiziaria;
3. Propone un aggiornamento del Codice di comportamento

Dipendenti e Collaboratori

Tutti i dipendenti dell'Istituto partecipano al processo di gestione del rischio, osservando le misure contenute nel Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'ufficio procedimenti disciplinari – U.P.D., casi di personale in conflitto d'interesse. Tutti i dipendenti dell'Istituto rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti:

- rispettano le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione;
- prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione;
- segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'Istituto, di cui siano venuti a conoscenza.

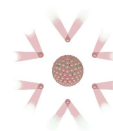
Pertanto, tutte le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione previste e adottate nel presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1 comma 14,1 della Legge 190/2012.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari sono tenuti ad osservare le misure di prevenzione della corruzione previste nel presente Piano e segnalare le situazioni di illecito nei modi previsti dalla normativa vigente.

Consiglio di indirizzo e verifica

Di seguito i principali compiti del Consiglio di indirizzo e verifica (CIV):

- nomina il Direttore Generale dell'Istituto, scelto tra gli idonei dell'apposito albo regionale affidandogli gli obiettivi;
- determina le linee strategiche e di indirizzo dell'attività dell'Istituto su base annuale e pluriennale, assicurando il raggiungimento degli obiettivi di ricerca ed assistenziali in coerenza con le risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione Puglia;
- approva i programmi annuali e triennali di attività, predisposti dal Direttore Generale, verificandone l'attuazione;
- fissa e assegna al Direttore Generale gli obiettivi annuali entro il 31 dicembre dell'anno precedente e ne verifica l'attuazione secondo i criteri introdotti dalla D.G.R. n. 3009/2012;
- nomina i componenti del Comitato Tecnico-Scientifico, su proposta del Direttore Scientifico;
- esprime parere preventivo obbligatorio al Direttore Generale sul bilancio preventivo e il bilancio di esercizio;



- esprime parere obbligatorio sulle modifiche al Regolamento di Organizzazione, sugli atti di alienazione del patrimonio e sui provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti ed associazioni;
- svolge le funzioni di verifica sulle attività dell'Istituto ed esprime parere sui risultati raggiunti rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predeterminati

Comitato Etico

Il Comitato etico per le sperimentazioni cliniche dei medicinali è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti inseriti nei protocolli sperimentali e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. L'indipendenza del Comitato Etico è garantita:

- dalla mancanza di un rapporto subordinato gerarchico del Comitato stesso nei confronti della struttura dell'Istituto;
- dalla presenza di personale non dipendente dell'Istituto, ad eccezione di quello ex officio;
- dalla estraneità e dalla mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta;
- dalla mancanza di un legame di tipo economico tra i membri del Comitato e le aziende del settore farmaceutico.

Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1227 del 04.07.2013, nel rispetto delle disposizioni del D.M. 8 febbraio 2013 emanato dal Ministro della Salute, gli IRCCS afferenti al Comitato Etico dell'IRCCS Istituto Tumori "G. Paolo II" (Area 5) sono i seguenti:

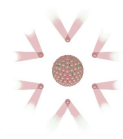
- Irccs Istituto Tumori Giovanni Paolo II Bari;
- Irccs "De Bellis" Castellana Grotte (Ba);
- Irccs Fondazione Casa Sollievo Della Sofferenza San Giovanni Rotondo;
- Irccs Fondazione Salvatore Maugeri Cassano Delle Murge (Ba);
- Irccs Fondazione Medea (Br).

Comitato Unico di garanzia

Il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) è un nuovo organismo introdotto dall'art. 21 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010, che sostituisce i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge. L'unicità del CUG risponde all'esigenza di garantire maggiore efficacia ed efficienza nell'esercizio delle funzioni alle quali il nuovo organismo è preposto. Con deliberazione del Direttore Generale n. 471 del 24 agosto 2015 è stato recepito il Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'Istituto.

Il C.U.G. di questo Istituto è stato costituito con deliberazione n. 389 del 24/07/2014 e successive integrazioni tra cui l'ultima deliberazione tra n. 223 del 27/05/2022.

Collegio Sindacale



I compiti del Collegio Sindacale non sono più limitati alla semplice revisione amministrativo-contabile, come avveniva nel passato, bensì sono anche volti a verificare l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico e gestionale. Ciò è testimoniato anche dal mutamento del proprio nome da Collegio dei revisori dei conti a Collegio sindacale.

Nella riunione di insediamento, si procede a verificare che i sindaci siano in possesso dei requisiti professionali previsti dalla legge, nonché ad accertare l'inesistenza di eventuali incompatibilità o possibili situazioni potenzialmente rilevanti per la valutazione dei profili di indipendenza.

L'Istituto ha provveduto alla nomina del nuovo Collegio Sindacale con deliberazione del Direttore Generale n. 383 del 02/08/2022.

Comitato Consultivo Misto

Il Comitato Consultivo Misto (C.C.M.) é un organismo dell'Istituto con funzioni propositive e consultive, volto a dare ascolto e rilievo al punto di vista del cittadino-utente all'interno della Sanità.

E' infatti un organismo di partecipazione dei cittadini per il controllo della qualità dei servizi sanitari dal lato dell'utente. Il riferimento normativo cardine é il D.Lgs 502/92 e successive modificazioni.

E' definito misto in quanto composto sia da rappresentanti delle Associazioni di Volontariato ed Organismi di Tutela, sia da operatori interni all'Istituto.

Ai sensi della L.R. n. 25/2006 il Comitato Consultivo Misto svolge le seguenti funzioni:

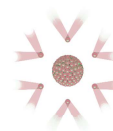
- Contribuisce alla programmazione dell'Istituto in materia di organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, proponendo strategie e strumenti per la tutela dei diritti del cittadini e il miglioramento della qualità dei servizi;
- Verifica la funzionalità e la rispondenza dei servizi alle finalità del Servizio Sanitario Regionale.

L'Istituto ha approvato il Regolamento per la costituzione e il funzionamento del Comitato Consultivo Misto (CCM), giusta deliberazione del Direttore Generale n. 252 del 04/05/2016; successivamente, in data 27 novembre 2019, si è preso atto dell'elezione delle cariche associative del Comitato Consultivo Misto – Ricostituzione del CMM dell'IRCCS "G. Paolo II, giusta deliberazione n. 1001 del 27/11/2019.

Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione svolge i seguenti compiti:

- concorre al governo delle attività cliniche dell'Istituto, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore generale in merito a tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- concorre alla pianificazione delle attività dell'Istituto, ivi comprese la didattica e la ricerca, e allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda, con particolare riferimento all'organizzazione dei servizi, alla valorizzazione delle risorse umane, alle attività di



formazione continua degli operatori sanitari, alle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;

- esprime parere obbligatorio sull'Atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- esprime parere obbligatorio sul Piano aziendale annuale della formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché degli specifici bisogni formativi espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
- esprime parere obbligatorio sul Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
- partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale, e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.;
- esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca e innovazione.

L'Istituto con deliberazione n. 572 del 13.11.2014 ha preso atto dei contenuti della Legge Regionale 17 ottobre 2014, n.43 "Norme in materia di costituzione, composizione e funzionamento del Collegio di Direzione delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale ai sensi degli articoli 3, comma1 quater e 17 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i." addivenendo alla:

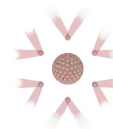
- Composizione del Collegio di Direzione dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II";
- Definizione delle Competenze ed al funzionamento del Collegio di Direzione.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1012 del 03/12/2019 si è provveduto ad integrare la composizione del Collegio di Direzione con la figura del Responsabile della protezione dei dati personali (DPO) al fine di un idoneo coordinamento e controllo dei flussi informativi nonché della conoscenza specifica dei processi aziendali e dei rischi correlati al trattamento di dati personali.

2.c.4. Valutazione d'impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Ente opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

L'Istituto, nella realizzazione delle attività nell'ambito della sua mission, instaura una serie di rapporti con Istituzioni, Enti del S.S.N. e altri soggetti. In particolare, l'Istituto, instaura rapporti con le Istituzioni che, oltre ai rapporti inerenti la vigilanza, le nomine e le modalità di riconoscimento, mantiene con lo Stato, prevalentemente con il Ministero della Salute, rapporti inerenti il coordinamento e il finanziamento dei programmi di ricerca corrente e finalizzata e l'integrazione con gli altri IRCCS e con le Reti.



Per l'analisi del contesto esterno si è tenuto conto in particolare delle informazioni relative a:

- Contesto socio-economico;
- Criticità rilevate attraverso segnalazioni esterne;
- Criticità rilevate attraverso le attività di monitoraggio;
- Presenza di criminalità organizzata e fenomeni di infiltrazioni mafiose;
- Presenza di reati di riciclaggio, concussione, corruzione e peculato.

Indice demografico

La città di Bari è il comune più grande della Puglia per popolazione residente ed è anche il comune più basso della città metropolitana di Bari per altitudine del punto in cui è situata la casa comunale.

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente a Bari per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2022. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile.

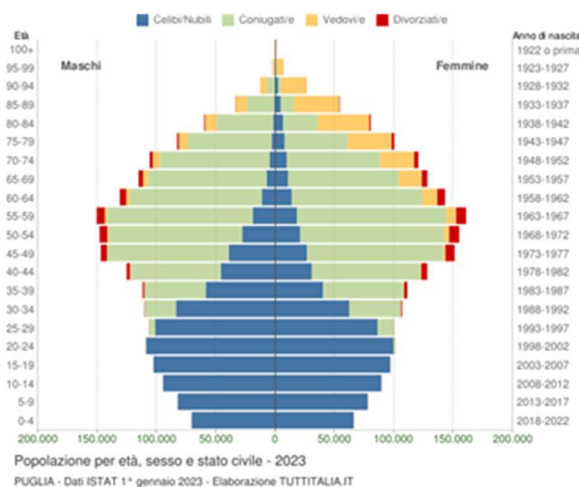


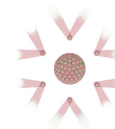
Figura 1 - Distribuzione popolazione

Indice occupazione/disoccupazione (fonte Istat)

Nel I trimestre 2023, in Puglia, il tasso di occupazione 15-64 anni è pari al 49,8% (+2% rispetto al primo trimestre 2022), il tasso di disoccupazione 15-64 anni è pari al 13,6% (0,3%), il tasso di inattività 15-64 anni è pari al 42,3% (-2,5%).

Economia

Nei primi nove mesi del 2023 l'economia pugliese è cresciuta con un'intensità contenuta. Secondo quanto stimato dall'indicatore trimestrale delle economie regionali (ITER) della Banca d'Italia, nel primo semestre del 2023 il prodotto è aumentato dell'1,2 per cento rispetto al corrispondente periodo dello scorso anno, in linea con la media dell'Italia e del Mezzogiorno e in rallentamento rispetto alla media del 2022 (3,3 per cento). La crescita è stata più vivace nel



primo trimestre e ha decelerato nel secondo; le informazioni disponibili indicano un ulteriore peggioramento della fase ciclica nel terzo trimestre.

Criminalità

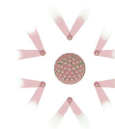
Nella Regione Puglia il contesto mafioso, in continua evoluzione e tradizionalmente distinto in mafia foggiana, camorra barese e sacra corona unita, ha saputo sviluppare una politica di consolidamento e di espansione caratterizzata da una penetrante e pervasiva capacità di controllo militare del territorio e da una spiccata vocazione relazionale finalizzata all'attuazione di un più evoluto modello di mafia degli affari. In questi termini si è espresso anche il Procuratore Generale presso la Corte d' Appello di Bari, Anna Maria Tosto, che in occasione dell'Assemblea Generale sull'Amministrazione della giustizia per l'anno 2022 ha sottolineato come nel territorio pugliese la criminalità organizzata continui a costituire "un fattore di grave pregiudizio alla vita comune con ripercussione su ogni componente, quella sociale economica e politica". Non è un caso che la necessità di dare la giusta attenzione ai fenomeni complessi e radicati di criminalità organizzata di stampo mafioso pugliese abbia dato origine alla nascita il 20 luglio 2021 della "Commissione Regionale di studio e di inchiesta sul fenomeno della criminalità organizzata in Puglia" il cui obiettivo è quello di contrastare l'infiltrazione criminosa nell'attività pubblica anche attraverso la collaborazione con altre amministrazioni territoriali, istituzioni, organi della magistratura, forze dell'ordine e rappresentanze della società civile.

L'Istituto, nella consapevolezza della presenza di tale fattore di rischio, intende adottare specifiche misure di controllo e mitigazione dell'esposizione ai rischi corruttivi con particolare riferimento alla gestione dei progetti PNRR. Da un'analisi sommaria delle informazioni sopra riportate, si conferma un trend che vede una popolazione caratterizzata da indici di vecchiaia e di invecchiamento in aumento, così come i livelli di disoccupazione e di accordi corruttivi di stampo mafioso.

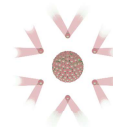
Questi fondamentali indicatori determinano il profilo della comunità assistenziale servita dall'Istituto e sono considerati come "fattori abilitanti" di contesto certamente da non sottovalutare, nell'ambito delle decisioni strategiche aziendali.

Di seguito la matrice di analisi del contesto esterno che considera l'impatto (basso-medio-alto) e la probabilità di accadimento (bassa-media-alta) di eventi corruttivi, tenuto conto della rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Istituto e dell'incidenza degli interessi degli stakeholder a vario titolo coinvolti nelle relazioni istituzionali.

STAKEHOLDER DI INPUT					
Tipo attività/interessi	Soggetti	Incidenza variabili esogene	Impatto	Probabilità	Rischio finale
PROGRAMMAZIONE	<u>Soggetti pubblici</u> • AReSS • Agenas • Ministero della Salute • MEF • Università	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio 



	- Enti di Ricerca - Comunità scientifica - Regione <u>Soggetti privati</u> - Associazioni di categoria				
FINANZIAMENTO	<u>Soggetti pubblici</u> - Regione - Ministero Salute - Altri soggetti pubblici <u>Soggetti privati</u> - Aziende - Cittadini - Sponsor - Case farmaceutiche	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio
SERVIZI E PRESTAZIONI	<u>Soggetti pubblici</u> - Aziende di Servizi alla Persona - Società controllate <u>Soggetti privati</u> - Operatori economici - Strutture convenzionate	Territoriali, criminologiche, culturali, sociali ed economiche	Alto	Alta	Alto
STAKEHOLDER DI OUTPUT					
Tipo attività/interessi	Soggetti	Incidenza variabili esogene	Impatto	Probabilità	Rischio finale
INTERESSI SOCIALI ED ISTITUZIONALI	<u>Attori sociali</u> - Cittadini - Regione "Assessorato Salute" - Network regionali - Ministero della Salute - Università - Enti di Ricerca - Comunità scientifica - ARPA Puglia - Comuni - Istituti scolastici - Associazioni volontariato - Organizzazioni sindacali - Tribunale diritti del malato - FIASO - Federfarma - Ordini professionali	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio



L'interazione con i soggetti sopra indicati in relazione alla numerosità degli stessi e alla rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Istituto, correlati all'incidenza degli interessi specifici perseguiti, in forma singola o associata, dai soggetti di cui sopra, sono tutti elementi alla luce dei quali è stata elaborata l'analisi del rischio del contesto esterno.

Di seguito la matrice di analisi SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) utile per la pianificazione strategica finalizzata ad esaminare le principali forze (S), debolezze (W), opportunità (O) e minacce (T) emerse dall'analisi del contesto in cui opera l'Istituto.

Punti di forza	Punti di debolezza
Potenziamento infrastrutture tecnologiche e informatizzazione processi	Elevate liste di attesa
Potenziamento quali-quantitativo del personale Potenziamento del C.Or.O. (Centro di Orientamento Oncologico)	Indisponibilità di spazi necessari ad ospitare ambulatori di tipo chirurgico
Riallocazione strutturale delle attività amministrative, gestionali ed assistenziali	Frammentazione della distribuzione degli ambulatori medici e degli ambulatori e delle sale di infusione
Opportunità	Minacce
Sblocco delle assunzioni	Vincoli di finanza pubblica
Utilizzo dei fondi PNRR (Missione 6 "Salute") e FESR	Invecchiamento della popolazione con incremento del fabbisogno assistenziale

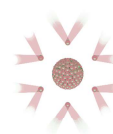
2.c.5. Valutazione d'impatto del contesto interno

L'analisi del contesto interno ha come obiettivo quello di analizzare le caratteristiche dell'organizzazione e della gestione operativa dell'Ente e che influenza la struttura del rischio corruzione. Tale analisi, in particolare consente di evidenziare il livello di complessità organizzativa dell'amministrazione e soprattutto il sistema delle responsabilità.

L'Istituto è integrato nel Servizio Sanitario Regionale quale "Centro di riferimento oncologico regionale", con il compito di garantire assistenza e ricerca in ambito oncologico e di coordinare le funzioni di assistenza a livello regionale anche guidando gruppi di lavoro che hanno il compito di definire i Protocolli diagnostico-terapeutici, di monitorarne l'efficacia e di provvedere al loro aggiornamento.

L'organizzazione dell'Istituto è articolata nelle seguenti tipologie di strutture operative:

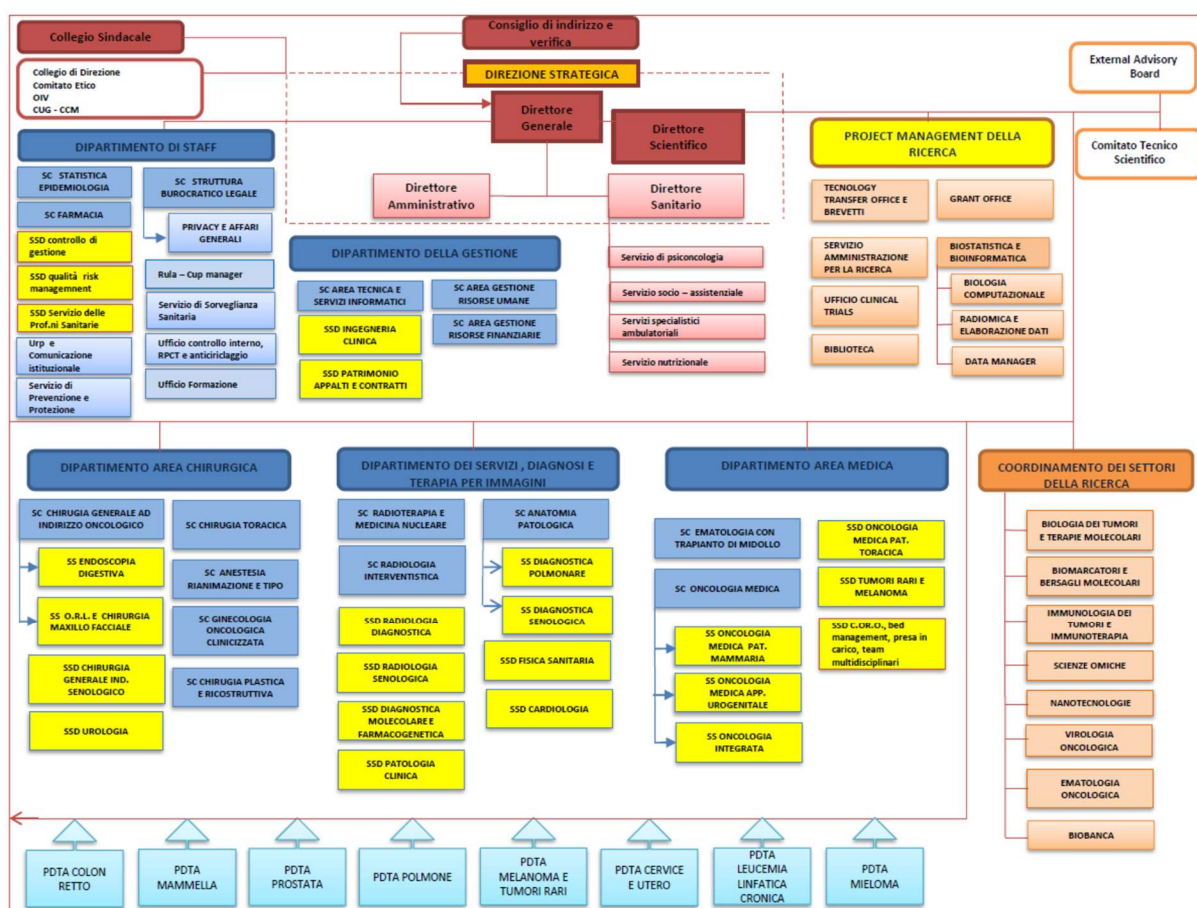
- Dipartimenti;
- Strutture Complesse (S.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (S.S.D);
- Strutture Semplici (S.S.);
- Area di Ricerca.



Con la deliberazione del Direttore Generale n. 576 del 26/10/2022 è stato adottato l'Organigramma dei gruppi di ricerca al fine di garantire un coordinamento dei diversi campi di ricerca presenti all'interno dell'Istituto per affrontare al meglio i sempre più stringenti e nuovi obiettivi assistenziali e scientifici che lo stesso si prefigge.

L'organizzazione aziendale è rappresentata, nel suo complesso, dal seguente organigramma in fase di implementazione definitiva a seguito dell'avvenuta adozione della Deliberazione n. 323 del 31 marzo 2023 recante il nuovo Regolamento di Organizzazione dell'Istituto, redatto a seguito dell'avvenuta riforma degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di cui al D.Lgs. 200/2022.

Tale nuovo regolamento è stato successivamente approvato da parte del Ministero della Salute e della Regione Puglia.

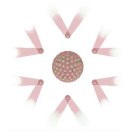


Di seguito alcuni dati sintetici sulla dotazione organica dell'Istituto al 31/12/2023:

- Numero totale dipendenti: 681
- Numero Dirigenti o equiparati: 202
- Numero non Dirigenti: 479

Per ulteriori dettagli si rinvia alla sezione "Organizzazione e Capitale Umano".

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



Tuttavia, per raggiunti limiti strutturali, è in corso un importante piano di rilancio dell'Istituto con la riallocazione delle attività amministrative e gestionali non sanitarie all'esterno del complesso ospedaliero.

Sebbene il quadro complessivo non richieda l'integrazione di particolari misure di mitigazione del rischio corruttivo, la Direzione Strategica aziendale intende rafforzare i presidi anticorrittivi, con particolare riferimento ai progetti PNRR/PNC, attraverso monitoraggi semestrali di I e II livello, al fine di scongiurare ogni eventuale evento corruttivo.

2.c.6. 6. Mappatura processi

Nel rispetto di quanto disposto dalla Legge 190/2012 e dai Piani Nazionali Anticorruzione, l'Istituto ha proceduto alla mappatura dei processi aziendali nonché all'individuazione delle "fasi" più frequentemente soggette al rischio corruttivo, prendendo come riferimento metodologico la norma ISO 31000 "Risk Management - Principles and guidelines".

Preso atto dell'importanza strategica della mappatura dei processi nell'ambito dell'analisi del contesto interno, nel corso dell'anno 2023, i Referenti del RCPT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate con l'aggiornamento dell'analisi del rischio, attraverso apposita check-list per la successiva alimentazione nel piattaforma web centralizzata per il governo degli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione.

I vari processi sono stati inquadrati in aree di rischio con l'indicazione del Responsabile e la descrizione del processo e delle fasi rilevanti per la valutazione del rischio corruttivo.

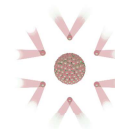
In particolare, sono state considerate le seguenti aree a rischio:

A. Acquisizione e progressione del personale

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

B. Affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti
2. Definizione dell'oggetto ed individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti



9. Revoca del bando

10. Redazione del cronoprogramma

11. Varianti in corso di esecuzione del contratto

12. Subappalto

13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

C. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario. Nell'aggiornamento assunto con determinazione n. 12/2015 l'ANAC individua per la sanità diverse aree a rischio e per ognuna vengono delineate le procedure e le prassi ideali per scongiurare il rischio di corruzione e illegalità. Queste le aree a rischio individuate:

1. Contratti pubblici;

2. Incarichi e nomine;

3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;

4. Controlli, verifiche ispezioni e sanzioni;

5. Attività libero professionale e liste di attesa;

6. Rapporti contrattuali con privati accreditati;

7. Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni);

8. Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Nel corso dell'anno 2023 sono stati mappati ed analizzati 108 processi aziendali, con l'aggiornamento dell'analisi del rischio.

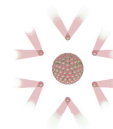
Per dettagli si rinvia al documento allegato denominato "allegato1-Analisi dei rischi".

2.c.7. Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è prima identificato, poi analizzato ed infine confrontato con altri rischi per definire i livelli di priorità di intervento.

La gestione del rischio di corruzione è quindi lo strumento da utilizzare per la riduzione della probabilità che il rischio si verifichi, riducendo altresì l'impatto sia per l'organizzazione che per lo stakeholder.

La pianificazione, mediante l'adozione del "Piano della prevenzione della Corruzione", è il mezzo per attuare la gestione del rischio.



I risultati sullo stato di attuazione delle misure di mitigazione del rischio, concretamente applicate dai Dirigenti delle Strutture interne aziendali, sono illustrate nel documento in allegato (Allegato_3-Stato attuazione misure).

L'intero processo di gestione del rischio tiene conto dei seguenti principi:

- Realizzazione dell'interesse pubblico alla prevenzione e alla trasparenza, in un'ottica di realizzazione di un processo concreto di miglioramento continuo dell'attività dell'Istituto e non un mero aspetto burocratico;
- E' parte integrante del processo decisionale;
- E' un processo che si integra con processi di programmazione e gestione, il particolare con il Ciclo di Gestione delle Performance. Infatti, gli obiettivi individuati nel Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza per i Responsabili delle Unità Organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione e i relativi indicatori, sono collegati agli obiettivi da inserire nel Piano delle Performance. Ne consegue che, l'attuazione delle misure previste nel presente Piano è uno degli elementi di valutazione del personale Dirigente e del personale non dirigenziale;
- E' un processo di miglioramento continuo e graduale e tiene conto dei requisiti di sostenibilità e possibilità di attuare gli interventi previsti;
- È un processo che implica l'assunzione di responsabilità. Il processo di gestione del rischio è un processo di analisi, diagnosi e trattamento che richiede un'attenta valutazione degli organi di indirizzo, dei dirigenti e del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- E' un processo che tiene conto di uno specifico contesto interno ed esterno e prevede il coinvolgimento dei portatori di interessi interni ed esterni;
- È ispirato al criterio della prudenza, volto ad evitare una sottostima del rischio di corruzione, basato sulla valutazione riferito alle eventuali disfunzioni organizzative e non sulla qualità dei singoli individui.

Le principali fasi che caratterizzano il processo di gestione del rischio, posso essere sintetizzate in quattro fasi fondamentali, come di seguito evidenziate, che hanno caratterizzato la predisposizione del presente Piano.

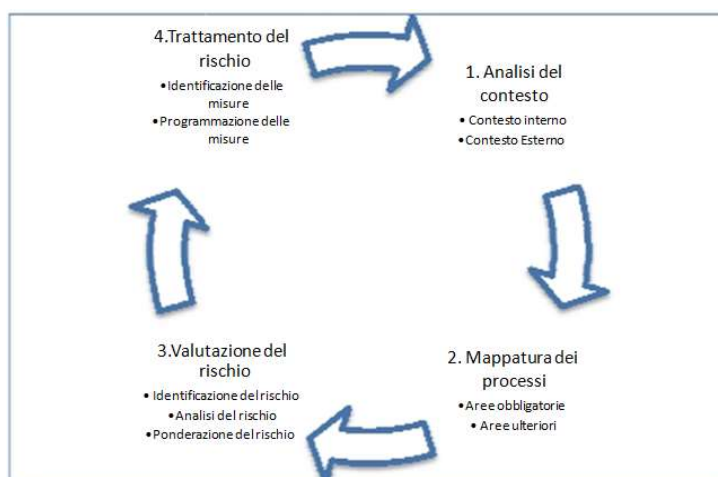
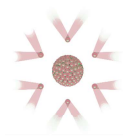


Figura 7 Fasi gestione del rischio



Sono stati utilizzati i criteri in termini di indici di “probabilità” e “impatto”, prendendo in considerazione i fattori abilitanti e moltiplicando i relativi fattori determinati dalla media della somma degli indici di valutazione della probabilità per la media della somma degli indici di valutazione dell’impatto.

Tale analisi del rischio riportata nell’“Allegato1-Analisi dei rischi” è stata effettuata con l’ausilio di una piattaforma web centralizzata dedicata al governo delle misure anticorruptive aziendali, consentendo un miglioramento qualitativo nella mappatura dei processi e delle misure di mitigazione dei rischi.

Nel corso del triennio 2024-2026 sarà gradualmente perfezionata la nuova metodologia di analisi del rischio in linea con il nuovo Piano Anticorruzione Nazionale (PNA 2022 con aggiornamento 2023).

Ciascun Referente del RPCT ha provveduto altresì a rendicontare lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione (“allegato3-Stato attuazione misure”).

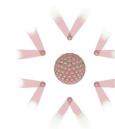
L’analisi del rischio e l’individuazione delle misure di prevenzione è stata realizzata dal gruppo di lavoro appositamente costituito con Delibera n. 57 del 23/01/2018, avente ad oggetto: “Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". Individuazione e nomina dei Referenti interni per la prevenzione della corruzione”, composto dal Direttore Generale, il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, i Direttori e Dirigenti Responsabili di Unità Operativa e i Referenti interni. Nella individuazione delle aree a rischio si è tenuto conto delle “Area di rischio obbligatorie” di cui all’art. 1 comma 16 della Legge 190/2012, nonché delle “Aree Generali” e delle “Aree di rischio specifiche” individuate nel PNA.

L’analisi preliminare condotta, coinvolgendo tutto il personale aziendale, ha consentito di:

- migliorare e aggiornare la mappatura dei processi;
- modificare e integrare, per ciascun processo, i possibili rischi;
- attribuire a ciascun processo un grado di rischio specifico;
- modificare e integrare le misure di prevenzione dei rischi.

Per la misurazione del livello del rischio, sono state adottate le indicazioni metodologiche contenute nell’Allegato 1 al PNA 2019 e nel nuovo PNA 2022, privilegiando un’analisi di tipo “ibrido” quali-quantitativo. Sono stati individuati i seguenti principali criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata effettuata la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

- Discrezionalità
- Rilevanza esterna
- Complessità del processo
- Valore economico
- Frazionabilità del processo
- Presenza controlli
- Impatto organizzativo



- Impatto economico
- Impatto reputazionale

Con la nuova metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori risulta il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si dà particolare rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un “alert” per la gestione del rischio corruttivo e porteranno i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro “intrinseca rischiosità”.

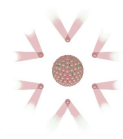
Con riferimento all’analisi del rischio e relativa rendicontazione delle misure di monitoraggio, sono allegati i seguenti documenti cui si rinvia:

- Allegato_1-Analisi dei rischi
- Allegato_2-Priorità trattamento rischi
- Allegato_3-Stato attuazione misure

Dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo, si è provveduto alla ponderazione, definendo, cioè, una graduatoria dei rischi, in base al livello di rischio più o meno elevato. La classifica del livello di rischio è stata poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi. Per far ciò si precisa che i processi sono stati considerati più o meno a rischio secondo la tabella di valutazione di seguito riportata:

Livello di rischio	Classificazione e identificazione del rischio
Basso	Rischio ACCETTABILE Il rischio è sostanzialmente controllato; la pesatura ha evidenziato un adeguato livello di prevenzione e delle misure organizzativa già poste in essere.
Medio	Rischio INTERMEDIO Il rischio è parzialmente non controllato. Il sistema preventivo deve essere implementato. Fondamentale il controllo nel tempo dell’effettiva prevenzione.
Alto	Rischio ELEVATO Il rischio è sostanzialmente non controllato. L’Istituto deve adottare misure ulteriori di mitigazione.

Un concetto cruciale nello stabilire se attuare nuove azioni è quello di “rischio residuo”, ossia del rischio che persiste una volta che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. Nell’analizzare il rischio residuo si considera inizialmente la possibilità che il fatto corruttivo venga commesso in assenza di misure di prevenzione; successivamente, si analizzano le misure generali e specifiche che sono state già adottate dall’amministrazione valutandone l’idoneità e l’effettiva applicazione. Nella valutazione del rischio, quindi, è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sul rischio residuo.



Sono stati altresì considerati i “fattori abilitanti” ovvero i fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fattori corruttivi, come di seguito elencati:

- Mancanza / inadeguatezza di controlli
- Mancanza di trasparenza
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento
- Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto
- Scarsa responsabilizzazione interna
- Assenza di adeguate competenze in capo al personale addetto ai processi
- Carenza e/o inadeguata diffusione della cultura della legalità, responsabilità, integrità
- Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione

2.c.8. Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase cruciale del processo di gestione del rischio grazie ai quali è possibile verificare l’attuazione e l’adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività differenti ma strettamente collegate. Il monitoraggio è un’attività continuativa di verifica dell’attuazione e dell’idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un’attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sottofasce:

- Monitoraggio sull’attuazione delle misure di trattamento del rischio
- Monitoraggio sull’adeguatezza delle misure di trattamento del rischio

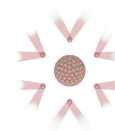
I risultati dell’attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del “Sistema di gestione del rischio”.

Nel corso dell’anno 2023, è stato effettuato un monitoraggio interno di I (Referenti) e II livello (RPCT), che ha permesso la correzione di inesattezze e l’aggiornamento di alcuni processi, rischi e relative misure di mitigazione del rischio corruttivo.

Entrambi i monitoraggi hanno riguardato sia lo stato di attuazione delle misure di carattere generale che lo stato di attuazione delle misure di carattere specifico.

L’obiettivo della verifica semestrale è stato quello di accertare la corretta applicazione, da parte dei Dirigenti, delle misure predisposte secondo le modalità e nei tempi previsti, e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio.

Il monitoraggio dei processi già mappati avviene con frequenza semestrale attraverso incontri/interviste/audit on-site con i referenti interni delle strutture aziendali. Sono verificati i livelli di attuazione, attraverso l’analisi degli indicatori con i risultati attesi e raggiunti,



registrando eventuali scostamenti e relative criticità. Il monitoraggio procede con frequenza semestrale secondo il principio di gradualità.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l'attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

Il riesame è effettuato dal RPCT entro il mese di gennaio di ciascun anno al fine di valutare l'efficienza ed efficacia del sistema anticorruptivo nel suo complesso.

2.c.9. Stato di attuazione delle misure

Da una lettura comparativa con i precedenti report si rileva un continuo miglioramento delle attività di prevenzione della corruzione svolte dall'Istituto ed una generalizzata attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo "generali" e "specifiche".

In particolare, sono state rendicontate da ciascun Referente RPCT le misure di mitigazione del rischio corruttivo per ciascun processo a rischio, ivi compreso l'indicatore con relativo stato di avanzamento delle attività. Per dettagli si rinvia al report in allegato "Allegato3-Stato attuazione misure".

Gli esiti complessivamente positivi del monitoraggio al 31 dicembre 2023, confermano l'adeguatezza della programmazione definita a monte, in termini di efficacia ed efficienza.

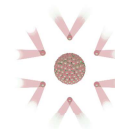
Le attività di sorveglianza svolte dal RPCT hanno contribuito ad identificare con maggiore precisione fasi, tempi e, in particolar modo, indicatori di attuazione (target), attraverso l'ausilio di procedure informatizzate.

Dei risultati del monitoraggio si è dato conto anche nella Relazione annuale del RPCT (Allegato4-Relazione RPCT) per l'anno 2023, di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, pubblicata sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione - Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e risultati dell'attività svolta (<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/relazione-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione-e-risultati-dell-attivita-svolta>).

2.c.10. Misure generali e specifiche

Il trattamento del rischio consiste nell'individuare misure di prevenzione idonee a contrastare i rischi corruttivi. Gli interventi individuati tengono conto dell'analisi del contesto esterno, interno e degli esiti della mappatura dei processi effettuata nel 2023 e sono conformi alle misure previste dagli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza dell'Istituto.

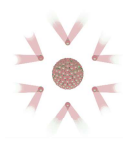
Di seguito l'elenco delle misure generali (MG) e delle misure specifiche (MS) definite nell'ambito del sistema di gestione della prevenzione della corruzione, meglio illustrate nei capitoli successivi:



Cod.	Descrizione misura	Attuazione misura (Si/No)
MG-01	Inconferibilità e incompatibilità	SI
MG-02	Incarichi extra-istituzionali	SI
MG-03	Incompatibilità successive (pantouflage)	SI
MG-04	Astensione per conflitto di interessi	SI
MG-05	Rotazione del personale (ordinaria e straordinaria)	SI
MG-06	Codice di Comportamento	SI
MG-07	Segnalazioni illeciti (whistleblowing)	SI
MG-08	Formazione del personale	SI
MG-09	R.A.S.A.	SI
MG-10	Gestore U.I.F.	SI
MG-11	Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna	SI
MG-12	Patto di integrità	SI
MG-13	Trasparenza	SI
MS-01	Informatizzazione e dematerializzazione	SI
MS-02	Regolamentazione delle Sponsorizzazioni	SI
MS-03	Regolamentazione delle Sperimentazioni	SI
MS-04	Controllo attività conseguenti al decesso	SI
MS-05	Regolamentazione donazioni e comodati d'uso	SI
MS-06	Regolamentazione ALPI e Liste di attesa	SI
MS-07	Regolamentazione alienazione immobili	SI
MS-08	Certificazione bilancio di esercizio	SI

2.c.10.1. Inconferibilità e incompatibilità (MG-01)

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza in collaborazione con il Responsabile dell'Area Gestione Risorse Umane e con i Dirigenti/Responsabili delle Strutture competenti al conferimento degli incarichi, verifica che sia attuato il monitoraggio sull'insussistenza di ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi conferiti o da conferire, ai sensi del D.lgs. n. 39/2013. L'accertamento avviene al momento del conferimento dell'incarico mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato allegata all'atto di conferimento pubblicato sul sito istituzionale dell'Istituto.



Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, qualora accertato, contesta all'interessato l'incompatibilità eventualmente emersa nel corso del rapporto e vigila affinché siano adottate le misure conseguenti. Il Responsabile della prevenzione, in collaborazione con l'Area Gestione Risorse Umane, verifica che sia attuato il controllo sulla sussistenza di eventuali precedenti penali in capo ai dipendenti dell'Istituto o a soggetti, anche esterni a cui l'Istituto intende conferire l'incarico di membro di commissione di affidamento di commesse o di concorso di incarichi dirigenziali o di altri incarichi di cui all'art. 3 del D.lgs n. 39/2013.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione di autocertificazione resa dall'interessato conformemente a quanto previsto dall'art. 20 del D.lgs n. 39/2013.

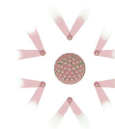
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Inconferibilità e incompatibilità	attuata	Richiesta annuale delle dichiarazioni di incompatibilità al personale dirigenziale già titolare di incarico e richiesta delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità ai dirigenti titolari di nuovi incarichi.	100% Acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni pervenute	Area Gestione Risorse Umane

2.c.10.2. Incarichi extra-istituzionali (MG-02)

L'Istituto, tramite apposito atto, definisce i criteri per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi di cui all'art. 53 del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i. nel rispetto di quanto stabilito dall'intesa raggiunta in sede di Conferenza unificata del 24 luglio 2013. In tale atto sono disciplinati i criteri di valutazione ai fini del conferimento dell'autorizzazione, la fattispecie non soggetta ad autorizzazione, le attività non autorizzabili in quanto incompatibili con l'impiego pubblico, la procedura di autorizzazione, l'apparato sanzionatorio e le ipotesi di sospensione e revoca dell'autorizzazione.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 362 del 15 giugno 2016, questo Istituto ha approvato l'aggiornamento del Regolamento recante norme di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, ai sensi del D.Lgs 165/2001 e s.m.i..

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Incarichi extra-istituzionali	attuata	Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri su numero totale delle autorizzazioni rilasciate	100%	Area Gestione Risorse Umane Tutti i



				Dirigenti

2.c.10.3. Incompatibilità successiva (MG-03)

La Legge n. 190/2012 ha valutato un nuovo rischio di possibile situazione di corruzione connesso all'impiego del dipendente in un momento successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia precostituito, durante l'attività lavorativa, situazioni da sfruttare a proprio vantaggio in ordine alla sua posizione all'interno dell'amministrazione, per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

La misura di prevenzione è che il personale dipendente che per il ruolo e la posizione ricoperta nell'Amministrazione ha avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale, con riguardo allo specifico procedimento o procedura (funzionari responsabili di Posizione organizzativa, responsabili di procedimento), ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D.lgs n.165/2001, così come inserito dalla lettera l) del comma 42 dell'art. 1 della L. 6 novembre 2012, n. 190, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati che siano stati destinatari dell'attività della stessa pubblica amministrazione presso la quale sussisteva il rapporto di pubblico impiego.

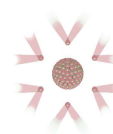
I contratti e gli atti conclusi in violazione del presente comma sono nulli.

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. n. 165/2001 e dell'art. 21 del d.lgs. 39/2013, l'Istituto adotta le seguenti misure:

- **nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;**
- **nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.**

Altresì è previsto l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

Misura	Stato	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile



	attuazione			
pantouflage	attuata	Numero di dichiarazioni acquisite su numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione	100%	Area Gestione Risorse Umane

2.c.10.4. Astensione per conflitto di interessi (MG-04)

Ai sensi dell'art. 1, comma 41, della Legge 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella Legge n. 241/90, rubricato: **“Conflitto d'interesse”, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interesse**, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e controinteressati.

Il dipendente deve rilasciare le dichiarazioni in materia di conflitto di interesse in tre casi:

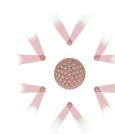
- al momento dell'assunzione;
- nel caso venga assegnato ad un diverso Ufficio;
- ogniquale volta le sue condizioni personali si modifichino in modo tale da configurare un'ipotesi di conflitto di interesse.

A tal fine:

- **È stabilito l'obbligo di astensione per il responsabile del procedimento e/o per il titolare dell'ufficio competente** ad adottare il provvedimento finale o atti endo-procedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- **È previsto un dovere di segnalazione** a carico dei medesimi soggetti.

Inoltre, ai sensi dell'art. 6 del Codice di Comportamento Generale (DPR 62/2013) e del Codice di Comportamento dell'Istituto, **il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero, di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero, di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.**

Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza.



La segnalazione del conflitto d'interesse deve essere indirizzata al Dirigente Responsabile dell'Ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente da quell'incarico lo stesso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. Qualora il conflitto riguardi un dirigente apicale, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile per la prevenzione della corruzione, sentito il parere degli organi di controllo interni. La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere oggetto di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profitto dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

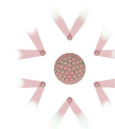
L'Istituto intraprende adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse. **E' stata predisposta e adottata un'adeguata modulistica per la rilevazione di situazioni potenziali di conflitto d'interesse con particolare riferimento ai RUP, alle Sperimentazioni, ai componenti del Comitato Etico, alle Commissioni giudicatrici, ai componenti del CIV, al Collegio ed ai consulenti.**

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Conflitto interessi	attuata	Numero di dichiarazioni verificate su numero di dichiarazioni rese nel semestre	100%	Area Gestione Risorse Umane Tutti i Dirigenti

2.c.10.5. Rotazione del personale (MG-05)

In sanità l'applicazione del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche, ma anche nel caso di competenze acquisite si presenta il problema della limitazione, all'interno dell'Istituto, di figure in grado di svolgere determinati e specifici compiti

Tenuto conto di quanto premesso, il soggetto competente alla nomina valuta le modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti



relativi ai processi a maggiore rischio di corruzione. Nel caso in cui si proceda all'applicazione del principio di rotazione si provvede a dare adeguata informazione alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. La rotazione deve essere attuata compatibilmente con la disponibilità di posti nell'organico dell'Istituto ed in considerazione della competenza professionale del personale; la rotazione non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate.

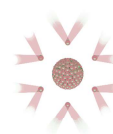
La valutazione in merito alla rotazione dei Dirigenti e del personale del comparto titolare di posizioni organizzativa viene effettuata alla scadenza dell'incarico. Fatti salvi i casi di sospensione cautelare per procedimento penale, il soggetto competente alla nomina procede comunque, nel rispetto delle procedure e delle garanzie previste dai contratti collettivi di lavoro e dalle altre norme applicabili, alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva o non conformi a canoni di correttezza ai sensi della normativa vigente in materia. Già dal 2017, l'Istituto ha completato l'assetto organizzativo con l'assunzione di personale Dirigenziale, delle figure amministrative e professionale, nel rispetto dei posti vacanti e della normativa vigente, che hanno consentito di attuare:

- **l'attuazione della "segregazione delle funzioni"**, come suggerito nel PNA 2016, Determina ANAC 831/2016, per alcuni processi decisione ad alto rischio. In particolare, il processo del **ciclo degli acquisti è stato oggetto una profonda riorganizzazione attraverso la creazione di due strutture SC Area Gestione Tecnica e Servizi Informatici e SSD Area Patrimonio Appalti e Contratti** e consentendo l'attribuzione delle responsabilità dei processi a due soggetti differenti e ben individuati; La ricostituzione dei processi e l'attribuzione delle responsabilità nel settore ha riguardato anche:
 - **la costituzione di una SS di Ingegneria Clinica**, nell'ambito della SC Area Gestione Tecnica e Servizi Informatici, con l'individuazione di un responsabile;
 - l'istituzione all'interno della SSD Area Patrimonio Appalti e Contratti della **Posizione Organizzativa Appalti e Contratti**.

In aggiunta alle misure di rotazione sopra elencate, sono applicate le seguenti misure di mitigazione del rischio corruttivo:

- **affiancamento di un funzionario al funzionario "istruttore"** al fine di condividere le valutazioni inerenti l'istruttoria finale;
- **formazione graduale dei dipendenti** coinvolti nei processi ad alto rischio finalizzata al trasferimento di competenze professionali trasversali, quali precondizioni necessarie alla rotazione e contestualmente configurandosi quale stimolo alla crescita personale e professionale degli individui.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2024	Responsabile
Rotazione pluriennale	Da attuare	Adozione del regolamento sulla rotazione		Area Gestione Risorse Umane



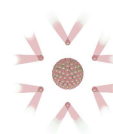
Rotazione pluriennale	Da attuare	Definizione del piano di rotazione pluriennale	SI	Area Gestione Risorse Umane
Monitoraggio rotazione	Da attuare	Monitoraggio semestrale sulle misure alternative in caso di impossibilità di rotazione	100%	RPCT

2.c.10.6. Codice di Comportamento (MG-06)

Il Codice di Comportamento rappresenta uno dei principali strumenti di prevenzione dei fenomeni corruttivi, in quanto diretta a favorire la diffusione di comportamenti ispirati a standard di legalità ed eticità. Al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, l'Istituto, secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D.lgs n. 165/2001, con Deliberazione del Direttore Generale n. 62/2014 ha adottato il proprio Codice di Comportamento, in osservanza del D.P.R. n. 62/2013 e sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle Linee Guida della Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). **Il Codice di Comportamento si applica a tutti i dipendenti dell'Istituto e prevede l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti a qualsiasi titolo dell'amministrazione**, dei titolari di organi, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e servizi o che realizzano opere a favore dell'Istituto.

Negli schemi tipo di incarico, contratto, bando **viene inserita la condizione dell'osservanza dei Codici di Comportamento**, nonché è prevista la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal medesimo Codice. Ai sensi della Legge 190/2012, la violazione delle regole del Codice di Comportamento generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e n. 62/2014, dà luogo a **responsabilità disciplinare**. Nel corso del 2018 si è provveduto a predisporre l'aggiornamento del **Codice di Comportamento aziendale**, previa condivisione con le OO.SS., approvato, previo parere vincolante dell'OIV, con **deliberazione del Direttore Generale n. 684 del 26/07/2019**, continuando con l'attività di diffusione dello stesso tra tutto il personale dipendente e non dell'Istituto.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024	Responsabili
Aggiornamento del Codice di comportamento con le modifiche introdotte dal D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023	da attuare	Attività di divulgazione e formazione del personale sul Codice di comportamento Numero di dipendenti informati/formati su numero dipendenti in servizio	100%	RPCT Area Gestione Risorse Umane



2.c.10.7. Segnalazioni illeciti (MG-07)

La legge 190/2012 ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione che prevede, tra l'altro, la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower). La norma tutela il pubblico dipendente che denunci all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al proprio superiore gerarchico, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, impedendo che lo stesso possa essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad ogni tipo di discriminazione in ragione della denuncia.

L'Istituto ha recepito il nuovo decreto sul whistleblowing, ai sensi del D.lgs. 24/2023 che ha abrogato l'art. 54 bis del D. Lgs.165/2001 e ha adottato la piattaforma informatica prevista per adempiere agli obblighi normativi, aderendo al progetto WhistleblowingPA. Inoltre, sono state recepite le Linee guida ANAC avente a oggetto: "Linee guida whistleblowing- Parte prima- I canali e le modalità di presentazione delle segnalazioni" adottate dall'Autorità con Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 che hanno sostituito quelle adottate con Delibera n. 469/2021.

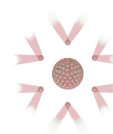
Tale piattaforma è basata sul software GlobaLeaks e consente anche di dialogare con i segnalanti in modo del tutto anonimo, con crittografia dei dati e delle trasmissioni degli stessi (indirizzo pubblico <https://istitutotumorigiovannipaoloiidibari.whistleblowing.it>).

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024	Responsabile
Piattaforma per la gestione delle segnalazioni illeciti	attuata	Percentuale segnalazioni istruite sul totale delle segnalazioni ricevute	100%	RPCT
Aggiornamento del regolamento per la gestione delle segnalazioni di illeciti	da attuare	Si/No	Si	RPCT

2.c.10.8. Formazione del personale (MG-08)

La formazione riveste un ruolo fondamentale nell'attività di prevenzione della corruzione, in quanto volta a diffondere la cultura della legalità e dell'integrità. Tale importanza è stata chiaramente evidenziata dal nostro Legislatore nell'art 1 commi, 5, 8, 9, 10, 11 dalla Legge 190/2012, avente ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" imponendo l'obbligo alle pubbliche amministrazioni **di adottare percorsi formativi specifici nell'ambito della prevenzione della corruzione rivolti a tutto il personale.**

La formazione è lo strumento principale per creare un contesto sfavorevole alla corruzione. Nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diviene sistemica, divenga oltre che un comportamento illegale del singolo anche un indicatore di una cultura che se radicata



compromettere l'integrità ed il buon funzionamento dell'organizzazione, occorre investire in percorsi formativi che supportino un cambiamento culturale ed organizzativo. In generale sono previste due diverse tipologie di formazione, una di tipo generale per tutti i dipendenti e una specifica per particolari funzioni aziendali, sia per il livello di rischio, sia per l'attività specifica svolta.

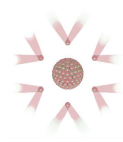
1. **Formazione generale.** E' rivolta a tutti i dipendenti e riguarda le tematiche dell'etica e della legalità, ed una conoscenza approfondita del presente Piano e del Codice di Comportamento aziendale. Le metodologie utilizzate sono basate sull'approccio frontale rafforzato dall'esame di casi concreti e su focus group.
2. **Formazione specifica.** E' rivolta al Responsabile della Prevenzione e Trasparenza, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio sulle politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione della corruzione.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Formazione sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	attuata	Numero corsi erogati annualmente	almeno 1 evento all'anno	RPCT Ufficio Formazione
Formazione sul Codice di comportamento	attuata	Numero corsi erogati annualmente	almeno 1 evento all'anno	RPCT Ufficio Formazione

2.c.10.9. Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (MG-09)

Come evidenziato dalla Determinazione ANAC n 831/2016, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), con Deliberazione del Direttore Generale n. 28 del 16/01/2018 avente ad oggetto "Nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA)" è stato individuato un dipendente Titolare di posizione organizzativa Appalti e Contratti, facente parte dalla SSD Appalti e Contratti, il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Aggiornamento Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti	attuata	Presenza nomina formale del RASA	SI	RPCT



2.c.10.10. Gestore segnalazioni UIF (MG-10)

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante "determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione, l'Istituto **ha provveduto alla nomina del gestore delle segnalazioni alla UIF** (Unità di Informazione Finanziaria), giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 76 del 23 aprile 2021.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024	Responsabile
Regolamento misure antiriciclaggio	Da attuare entro il 31/12/2024	Adozione regolamento	SI	Gestore antiriciclaggio
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Regolamento misure antiriciclaggio	Da attuare nel triennio	Attuazione regolamento	SI	Gestore antiriciclaggio

2.c.10.11. Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna (MG-11)

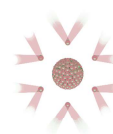
L'articolo 35 bis nel d.lgs. n. 165/2001 impone il divieto per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, di assumere i seguenti incarichi:

- far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego;
- essere assegnati ad uffici che si occupano della gestione delle risorse finanziarie o dell'acquisto di beni e servizi o della concessione dell'erogazione di provvedimenti attributivi di vantaggi economici;
- far parte delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici o per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni o benefici.

Al fine di effettuare apposito monitoraggio diretto ad accertare la sussistenza di eventuali fattispecie innanzi dette e dare attuazione alle richiamate disposizioni, l'Area Gestione Risorse Umane effettua i controlli d'ufficio "generalizzati", nei casi sopra elencati, con riferimento a:

- avvio di procedimenti penali per condotte riferibili ai reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice penale;
- eventuali misure cautelari restrittive della libertà personale;
- di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice penale.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Controlli presenza procedimenti penali o misure	attuata	Controlli annuali a campione su	SI (almeno il 20% sul totale)	Area Gestione Risorse Umane



cautelari		dipendenti		
Acquisizioni autodichiarazioni	attuata	Numero di dichiarazioni acquisite su numero di commissari di gara nominati	100%	Area Patrimonio Appalti e Contratti Area Gestione Tecnica

2.c.10.12. Patto di integrità (MG-12)

I patti di integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione rappresenta il presupposto necessario e condizionante per la partecipazione a procedure di gara.

Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco finalizzato alla prevenzione del fenomeno corruttivo ed alla valorizzazione di comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'Istituto adotta un patto di integrità prevedendo l'obbligo da parte degli operatori economici di produrre lo stesso, debitamente sottoscritto, in sede di partecipazione alle gare, con riferimento a tutte le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, a prescindere dall'importo dell'appalto.

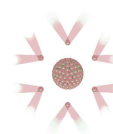
Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Patto di integrità	attuata	Patti di integrità sottoscritti sul totale delle gare appaltate	100%	Area Patrimonio Appalti e Contratti Area Gestione Tecnica

2.c.10.13. Informatizzazione processi e monitoraggio procedimenti (MS-01)

Informatizzazione

Un aspetto di rilievo sostanziale nella prevenzione del rischio di corruzione riguarda **l'informatizzazione dei processi** e la gestione informatica del patrimonio informativo dei dati prodotti dalla Pubblica Amministrazione.

Il Codice dell'Amministrazione Digitale contiene una puntuale disciplina su questi aspetti. "... Le pubbliche amministrazioni nell'organizzare autonomamente la propria attività utilizzano le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per la **realizzazione degli obiettivi di efficienza, efficacia, economicità, imparzialità, trasparenza, semplificazione e partecipazione** nel rispetto dei principi di uguaglianza e di non discriminazione, nonché per l'effettivo



riconoscimento dei diritti dei cittadini e delle imprese ..." (art. 12). "... Le Pubbliche Amministrazioni gestiscono i **procedimenti amministrativi** utilizzando le tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Per ciascun procedimento amministrativo di loro competenza, esse forniscono gli opportuni servizi di interoperabilità e cooperazione applicativa, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 12, comma 2. 2." (art. 41).

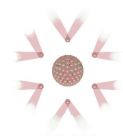
Il Sistema Informativo dell'Istituto si avvale dei numerosi strumenti e servizi ICT che, opportunamente integrati con gli applicativi verticali di supporto ai processi di lavoro (Protocollo, Gestione Delibere e Determinazioni, Gestione documentale, PEC, Firma digitale elettronica, cartella clinica informatizzata, sistema contabile interoperabile, gestione ordine elettronico NSO) consentono la completa dematerializzazione di tutti i documenti in entrata, in gestione, in uscita, nonché del patrimonio informativo aziendale.

Altresì, in conseguenza degli obblighi imposti agli Enti del Servizio Sanitario Regionale dal Piano della Sanità Digitale, questo Istituto ha adottato il proprio Piano di Transizione dei Sistemi Informativi Sanitari (clinici e amministrativi) nel "cloud computing" della Regione Puglia ex DGR Puglia n. 1803 del 16 ottobre 2018, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 97 del 05 febbraio 2019.

Nel corso dell'anno 2021 è stato individuato il Responsabile della Transizione al Digitale con deliberazione del Direttore Generale n. 40 del 25 gennaio 2022.

Di seguito i principali progetti previsti nel triennio 2024-2026:

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Target 2024	Responsabile
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2024	Integrazione RIS-PACS e LIS con il sistema di Cartella Clinica Elettronica Storage secondario	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2024	Attivazione archivi elettronici di immagini diagnostiche in formato raw (RIS-PACS-Digital Pathology-Omica)	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2024	Integrazione archivi immagini con dati clinici strutturati della Cartella Clinica Elettronica di ricovero e ambulatoriale con i dati destrutturati dei referti a testo libero e delle immagini, anche retrospettivamente	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2024	Utilizzo infrastruttura informatica per la produzione di algoritmi di Machine Learning e Deep Learning con pubblicazione dati scientifici	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici



Procedimenti amministrativi

Con riferimento al monitoraggio dei tempi procedurali è stata rilevata la necessità di aggiornare ed uniformare le schede di rilevazione dei procedimenti amministrativi ex art. 35 del d.lgs 33/13 pubblicate sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente.

Tale attività di aggiornamento si ritiene fondamentale sia ai fini della pubblicazione obbligatoria dei procedimenti sia per il monitoraggio interno.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024	Responsabile
Aggiornamento procedimenti amministrativi con schede di rilevazione	Da attuare entro il 31/12/2024	Numero di schede pervenute su numero totale di schede degli uffici titolari di procedimenti	100%	Tutti i Dirigenti amministrativi
Analisi delle schede pervenute	Da attuare entro il 31/12/2024	Elaborazione della relazione di monitoraggio finale		RPCT
Pubblicazione procedimenti amministrativi aggiornati	Da attuare entro il 31/12/2024	Schede pubblicate rispetto al totale delle schede validate	100%	Tutti i Dirigenti amministrativi

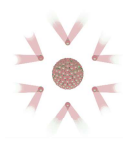
2.c.10.14. Sponsorizzazioni (MS-02)

Le attività di sponsorizzazione e i rapporti che si creano tra l'Istituto e le Aziende private, Associazioni ed Enti profit e non profit, sono ambiti esposti a rischio corruzione, anche in considerazione dell'incremento dell'attività in tale settore. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 74 del 30 gennaio 2019, è stato approvato il **Regolamento per la disciplina delle Sponsorizzazioni**.

Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro attività, sui quali gravi la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, delle consulenze e collaborazioni (legali e tecniche), l'Istituto intende avviare l'iter per l'acquisizione delle **"dichiarazioni pubbliche di interesse"** sulla base della modulistica Agenas.

I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:

- Prima Sezione - "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti".
- Seconda Sezione - "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario".
- Terza Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi".



- Quarta Sezione - “Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all’organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi”.
- Quinta Sezione - “Modulo per la notifica dei doni ricevuti”.

Le informazioni potranno essere acquisite per l’attivazione di controlli ex ante e/o ex post in seno ai sistemi aziendali di controllo interno, al fine di consolidare e diffondere una gestione “trasparente” delle attività istituzionali e prevenire potenziali condizionamenti in settori altamente delicati quali quelli della ricerca e delle sponsorizzazioni.

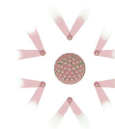
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Dichiarazioni pubbliche di interessi	Da attuare entro il 31/12/2024	Dichiarazioni controllate sul totale delle dichiarazioni acquisite durante l’anno	100%	RPCT

2.c.10.15. Sperimentazioni (MS-03)

Le attività di sperimentazione sono parte integrante della mission dell’Istituto, e sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all’assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. Le attività di sperimentazioni possono essere condotte nel campo della clinica, dell’assistenza e della gestione. L’Istituto ammette, nei limiti imposti dalla Legge e nel rispetto delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza, l’intervento di sponsor profit e non profit a sostegno di specifici programmi di sperimentazione. Ogni programma di sperimentazione clinica è preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico (D.M. 12/08/2006) oltre che del Direttore Scientifico.

L’Istituto è altresì consapevole che la gestione dei proventi derivanti da tale attività può essere di rilevante, tale da indurre a ritenere tale Area ad alto rischio corruttivo. Pertanto l’Istituto al fine di **disciplinare l’attività di sperimentazione clinica e di studi osservazionali** eseguiti presso le Unità operative e laboratori dell’Istituto, si è dotato di un apposito **Regolamento in materia di Sperimentazioni cliniche**, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 232 del 28/04/2017, che disciplina tutta l’attività di gestione della sperimentazione, a cui si affiancano procedure di controllo miranti a verificare situazioni di possibili conflitti di interesse, che nel corso del triennio 2023-2025 si prevede di potenziare. Inoltre, è opportuno evidenziare che l’Istituto ha anche regolamentato l’attività del Comitato Etico.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Regolamento sulle Sponsorizzazioni	attuata	Monitoraggio sull’applicazione del Regolamento	SI	Direzione Scientifica RPCT



2.c.10.16. Attività conseguenti al decesso (MS-04)

I servizi funebri rappresentano uno dei processi a rischio corruzione, come ampiamente desumibile dalla stampa regionale e nazionale. L'Istituto consapevole di tale rischio ha ampliato le misure di trasparenza già adottate, che prevedono **l'affissione dell'elenco delle ditte operanti sul territorio nei locali dell'obitorio**, nonché di svolgere attività formativa e informativa rivolta ai dipendenti che espletano attività finalizzata a ridurre il rischio corruzione attraverso l'imposizione del divieto di indicazione di ditte.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Affissione elenco ditte onoranze funebri	attuata	Presenza elenco ditte presso i locali obitorio	SI	RPCT

2.c.10.17. Donazioni e comodati d'uso (MS-05)

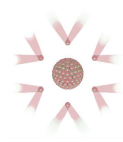
L'Istituto pone molta attenzione alle modalità attraverso le quali i beni, di diversa natura, entrano all'interno dell'organizzazione con canali diversi dai canali tradizionali di approvvigionamento, come per esempio le donazioni. Pertanto, le misure di controllo previste per tali modalità di accesso sono:

- Predisposizione di appositi atti deliberativi con indicazione del soggetto che ha effettuato la donazione e le finalità della finalità della stessa;
- Pubblicazione degli stessi sul sito dell'Istituto;
- Predisposizione di appositi atti amministrativi che definiscano le modalità di utilizzo delle donazioni, anch'esso pubblicato sul sito dell'Istituto.

L'Istituto ha altresì adottato uno specifico **Regolamento per le donazioni e comodati, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 681 del 26 luglio 2019**.

Nell'ambito delle donazioni, l'Istituto ha preso atto della modulistica predisposta dall'ANAC, congiuntamente al MEF, per adempiere all'obbligo di pubblicazione introdotto dall' art.99 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 per garantire la conoscibilità delle erogazioni liberali a tutti gli interessati secondo uno schema uniforme che consenta anche la comparazione dei dati essenziali.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Regolamento sulle Donazioni	attuata	Monitoraggio sull'applicazione del Regolamento	SI	RPCT



2.c.10.18. ALPI e Liste di attesa (MS-06)

Il processo in oggetto rappresenta uno dei processi a maggior rischio corruzione del settore sanitario. L'Istituto ha adottato uno specifico Regolamento per l'esercizio della Libera Professione, giusta deliberazione n.100 del 25/02/2009. L'Istituto prevede l'applicazione di **specifiche misure di mitigazione dei rischi** tra cui:

- Procedura che consente il monitoraggio continuo tra l'attività svolta in ALPI e quella Istituzionale;
- Procedura che consente il controllo dell'attività effettivamente svolta rispetto a quella prenotata;
- Procedura che consente la pubblicazione delle Liste d'attesa sul sito dell'Istituto e il suo periodico aggiornamento;
- Procedura di incrocio dei dati dei ricoveri, ALPI e Liste d'Attesa.

Altresì, con deliberazione del Commissario Straordinario n. 703 del 03 dicembre 2021, è stato nominato il nuovo Responsabile Unico aziendale delle liste di attesa (RULA) con una serie di importanti compiti, tra cui l'aggiornamento continuo del registro in cui sono riportati i volumi, i tempi di attesa ed ogni altro dato necessario al monitoraggio di cui all'art. 1 della Legge Regionale n. 13 del 28/03/2019 "Misure per la riduzione delle liste d'attesa in sanità".

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Regolamenti ALPI e Liste di attesa	attuata	Monitoraggio continuo ALPI/Liste d'attesa	SI	RULA

2.c.10.19. Alienazione immobili (MS-07)

L'istituto, oltre agli obblighi di trasparenza già previsti dal D.lgs 33/2013, relativi alla **pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili**, prevede l'adozione un apposito Regolamento che disciplini le procedure di dismissioni di tali beni, nonché la possibilità della gestione informatizzata del libro cespiti. Tale attività sarà subordinata al completamente dell'attività di rilevazione fisica e successiva inventariazione del patrimonio immobiliare dell'Istituto.

In particolare, sono state avviate le attività di rilevazione ed inventariazione dei beni presenti nell'Istituto le cui attività si sono concluse attraverso una gestione informatizzata del libro cespiti.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Procedure dismissioni beni immobili	Da attuare entro il 31/12/2024	Adozione Regolamento	SI	Area Patrimonio

2.c.10.20. Certificazione bilancio di esercizio (MS-08)

Nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, l'Istituto ha avviato tutte le procedure finalizzate ad ottenere la certificazione del proprio bilancio d'esercizio, giusta Deliberazione del Direttore Generale del 28.09.2012 n. 24 avente ad oggetto: "Deliberazione della Giunta Regionale 30 maggio 2012, n. 1060 ad oggetto "Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione del bilanci della aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS pubblici ai sensi dell'art. 11 del Patto per la Salute di cui all'Intesa CRS del 03.12.2009 e L.R. 2/2011".

Questo Istituto ha deliberato l'aggiudicazione del servizio di revisione contabile volontaria dei bilanci di esercizio anni 2020, 2021 e 2022 alla Ditta BDO Italia S.p.A.

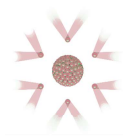
E' stato approvato il Bilancio di esercizio 2022 giusta deliberazione del Direttore Generale 467 del 31 maggio 2023. E' stata inoltre acquisita al protocollo di questo Istituto n. 14457 del 20 giugno 2023 la Relazione della società di revisione indipendente - Bilancio d'esercizio al 31 dicembre 2022, parte integrante del presente provvedimento, riportante il giudizio ".....il bilancio d'esercizio fornisce una rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria dell'Istituto al 31 dicembre 2022, del risultato economico e dei flussi di cassa per l'esercizio chiuso a tale data, in conformità alle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011 e alle norme civilistiche ivi richiamate".

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci	attuata	Osservanza Manuale delle Procedure amministrativo-contabili	SI	Area Gestione Risorse Finanziarie

2.c.10.21. Benessere organizzativo

L'Istituto ha previsto nel corso degli ultimi anni dei percorsi legati al miglioramento del benessere organizzativo dei propri dipendenti attraverso una solida collaborazione con il **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** e l'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**. Queste attività possono avere un impatto anche in termini di maggiore integrità delle azioni svolte dal personale dell'Istituto che trovano il fondamento sulla ricerca del maggior benessere sul posto di lavoro.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2024-2026	Responsabile
Benessere organizzativo	attuata	Monitoraggio continuo benessere organizzativo	SI	CUG



2.c.10.22. Azioni di coinvolgimento della società civile

Nell'ambito della strategia di prevenzione della corruzione è necessario garantire il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza per l'attuazione delle misure anticorruzione e trasparenza.

Risponde a questa esigenza la pubblicazione on-line dell'avviso pubblico di aggiornamento del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In senso innovativo, per rendere partecipe l'utenza dei risultati raggiunti, è istituita la Giornata della Trasparenza, organizzata con il coordinamento del RPCT.

Gli strumenti sviluppati e attualmente utilizzati per consentire la diffusione sono inoltre:

- Sito dell'Istituto sezione "News e Comunicazioni": <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs>
- Sezione del sito dedicata alla Trasparenza <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/amministrazione-trasparente>

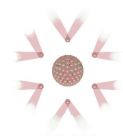
2.c.10.23. Sorveglianza progetti PNRR

Nell'ambito del quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione di traguardi ed obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al d.l. 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, questo Istituto, su richiesta della Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ha individuato un Dirigente quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute". La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento regionale è avvenuta con nota n. 23168 del 16 novembre 2021.

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

- a. Interfacciarsi con le proprie strutture aziendali beneficiarie di finanziamenti a valere sulla Missione 6 del PNRR per assicurare il rispetto degli obblighi contenuti nel PNRR, nel Piano Operativo e nel Contratto Istituzionale di sviluppo che la Regione Puglia sottoscriverà con il Ministero proponente;
- b. Aggiornare periodicamente sullo stato di attuazione del PNRR Missione 6 evidenziando eventuali criticità che possano inficiare il rispetto dei milestone e dei target fissati;
- c. Supportare la struttura dipartimentale nel monitoraggio periodico sullo stato di attuazione (fisico ed economico) degli interventi;
- d. Supportare la struttura dipartimentale nella definizione delle linee di indirizzo operative necessarie per assicurare l'attuazione della Missione 6 "Salute".

L'Istituto ha proposto all'Agenzia per la Coesione Territoriale un intervento di realizzazione di Servizi e Infrastrutture Sociali di comunità da finanziare nell'ambito del PNRR, Missione n. 5 "Inclusione e Coesione del Piano nazionale ripresa e resilienza (PNRR), Componente 3: "Interventi speciali per la coesione territoriale" – Investimento 1: "Strategia nazionale per le aree interne -Linea di intervento 1.1.1 "Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità" finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU.



Il progetto riguarda la fornitura di beni e servizi per la realizzazione di una rete di “Postazioni di Telemedicina”, diffuse su 11 Comuni del territorio dell’Area Metropolitana di Bari ed ospitate in “facilities” della ASL BA, dotate di configurazione standard per garantire Servizi di Telemedicina Oncologica di cui alle “Linee Guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare” (Milestone EU M6C1-4). I servizi di telemedicina, nell’ambito del progetto TeleCOro, consentiranno il collegamento tra le Postazioni di Telemedicina remote con il Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) dell’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” di Bari, a sua volta connesso alla Rete Oncologica Pugliese per garantire tutti i servizi di gestione del paziente affetto da malattia oncologica da questa previsti.

In particolare, con i presidi **antiriciclaggio**, l’Istituto intende **prevenire i rischi di infiltrazione criminale** nell’impiego dei fondi rivenienti dal **PNRR**, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all’obiettivo per cui sono state stanziare ed **evitando che le stesse finiscano per alimentare l’economia illegale**. Sono previste misure ulteriori di prevenzione della corruzione con particolare riferimento al possibile abuso del ricorso alle procedure negoziate in assenza delle condizioni previste da norma di legge, omissione dei controlli e potenziali conflitti di interesse.

2.c.10.24. Trasparenza amministrativa (MG-13)

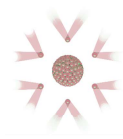
La trasparenza costituisce uno strumento di prevenzione e contrasto della corruzione ed è intesa come "accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni" con lo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

L’Istituto si impegna a dare attuazione agli adempimenti di trasparenza previsti dal D.lgs n., 33/2013 e s.m.i. attraverso l’utilizzo di una piattaforma web ospitata dal Portale della Salute, gestito dalla società in-house regionale InnovaPuglia, che ospita tutti i siti istituzionali di aziende ed enti del SSR pugliese.

La tabella in allegato denominata “Allegato5-Obblighi_pubblicazione” individua gli obblighi di trasparenza previsti dal D.lgs 33/2013, così come modificati dal D.lgs 97/2016, applicabili all’Istituto e riporta i soggetti competenti della trasmissione e pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di trasparenza per le procedure di gara avviate dopo il 01/01/2024 sono contenute nel provvedimento ANAC n. 264 del 20/06/2023 e successivi aggiornamenti nonché nel relativo allegato, cui l’Istituto fa riferimento.

L’assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31/12/2023 (assoggettate al decreto legislativo n. 50/2016 o al decreto legislativo n. 36/2023) avviene mediante trasmissione attraverso il sistema Simog dei dati relativi alle suddette fasi.



Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di pubblicità legale dei contratti sono contenute nel provvedimento ANAC n. 263 del 20/6/2023 e riguardano tutte le procedure indette a partire dal 01/01/2024.

In particolare, nell'allegato di cui sopra:

- sono stati individuati gli obblighi di trasparenza previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.
- sono identificati le strutture responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati;
- sono riportate le tempistiche di aggiornamento richieste in base all'obbligo previsto.

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza è assegnato un ruolo di regia e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione dei dati, svolgendo un'attività di controllo per assicurare, ai sensi dell'art. 43, c. 1 d.lgs. n. 33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate sul sito internet istituzionale.

L'Istituto ha previsto l'inserimento del rispetto degli adempimenti di trasparenza nell'ambito degli obiettivi aziendali di budget in un'ottica di miglioramento continuo dei servizi pubblici erogati.

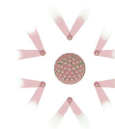
Gli Uffici e le Strutture aziendali cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati chiaramente individuati e generalmente coincidono con quelli tenuti alla trasmissione dei dati per la pubblicazione.

L'Istituto dà attuazione alle norme in materia di accesso ai documenti amministrativi di cui alla Legge n. 241/1990 e s.m.i., mediante l'individuazione per ciascun tipo di procedimento del termine entro cui deve concludersi e dei soggetti competenti a fornire riscontro alle istanze dei cittadini, responsabili del procedimento e titolare del potere sostitutivo.

Nella sottosezione di secondo livello "Altri contenuti-Dati ulteriori" sono ospitati, ai sensi degli art. 7 bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 i dati, le informazioni e i documenti ulteriori che l'Istituto non ha l'obbligo di pubblicare, ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili a nessuna delle sottosezioni previste dall' "Allegato5-Obblighi_pubblicazione".

Nel corso del triennio 2023-2025 è prevista la pubblicazione dei seguenti dati ulteriori, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

- i nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nelle sperimentazioni cliniche di medicinali ad uso umano e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti, ai sensi decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52;
- i dati di sintesi relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, ai sensi della legge n. 24/2017;
- i dati relativi al censimento delle autovetture di servizio, già oggetto di comunicazione obbligatoria al Dipartimento di Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 4 c.1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 settembre 2014.



2.c.10.25. Accesso Civico semplice e generalizzato

L'Istituto **consente a chiunque il diritto di richiedere, gratuitamente e senza necessità di motivazione, documenti, informazioni o dati detenuti dallo stesso**, sia che questi siano oggetto pubblicazione prevista dalla normativa vigente e sia che si tratti di documenti, informazioni o dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, ai sensi del decreto 33/2013 e s.m.i..

Nei casi in cui l'Istituto abbia omissso la pubblicazione degli atti è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli atti medesimi non pubblicati in base a quanto stabilito dall'art. 5 del medesimo decreto. **La richiesta di accesso civico ai sensi dell'art. 5 non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita ed è presentata al Responsabile della trasparenza dell'Istituto.**

Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare già pubblicati, nel rispetto della normativa vigente, il Responsabile della Trasparenza provvede, entro 30 giorni, ad indicare a chi ne abbia fatto istanza il relativo collegamento ipertestuale.

Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare non pubblicati, il Responsabile della Trasparenza richiederà alla Struttura competente di provvedere alla pubblicazione entro 30 giorni dalla ricezione dell'istanza. Qualora la pubblicazione, per motivi tecnici, dovesse richiedere tempi superiori a 30 giorni, l'istante sarà informato da parte del Responsabile. In ogni caso, a pubblicazione avvenuta, verrà inviata una comunicazione contenente il relativo collegamento ipertestuale e, se richiesto, il documento, l'informazione e il dato oggetto della richiesta.

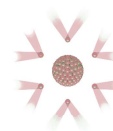
Nel caso di ritardo o di mancata risposta l'istante potrà rivolgersi al titolare del potere sostitutivo.

Nel caso di silenzio dell'Istituto, il richiedente potrà proporre ricorso al giudice amministrativo entro 30 giorni dalla conoscenza della decisione dell'Amministrazione o dalla formazione del silenzio.

Con riferimento agli atti, documenti e informazioni non oggetto di obblighi di pubblicazione, è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli stessi, ai sensi dell'art. 5 bis del D.lgs 33/13.

Sono escluse da detta facoltà i casi di:

- segreto di Stato;
- la sicurezza nazionale;
- la difesa e le questioni militari;
- le relazioni internazionali;
- la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato; f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- il regolare svolgimento di attività ispettive.



Non è possibile effettuare l'accesso generalizzato in presenza di divieto di accesso o divulgazione previsti dalla legge, ivi compresi i casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'art. 24, comma 1, della legge n. 241 del 1990.

La suddetta facoltà di accesso è altresì esclusa nel caso in cui il diniego è necessario per evitare il pregiudizio concreto alla tutela degli interessi privati quali:

- protezione dei dati personali;
- libertà e segretezza della corrispondenza;
- interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi proprietà intellettuale, diritto d'autore e segreti commerciali

L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione.

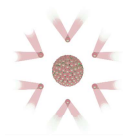
L'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti Uffici:

- all' Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- all' Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- ad altro Ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.

Nel caso in cui l'accesso generalizzato possa incidere su interessi connessi alla protezione dei dati personali, o alla libertà e segretezza della corrispondenza oppure agli interessi economici e commerciali (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali), l'Istituto ne darà comunicazione ai soggetti titolari di tali interessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento (o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione). Il **soggetto controinteressato** può presentare (anche per via telematica) una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso generalizzato, entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso generalizzato. Decorso tale termine, l'Istituto provvederà sulla richiesta di accesso generalizzato, accertata la ricezione della comunicazione da parte del controinteressato.

Il procedimento di accesso generalizzato si conclude con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, con la comunicazione dell'esito al richiedente e agli eventuali controinteressati. Tali termini sono sospesi (fino ad un massimo di dieci giorni) nel caso di comunicazione della richiesta al controinteressato. In caso di accoglimento, l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti. Nel caso in cui l'accesso sia consentito nonostante l'opposizione del controinteressato, i dati o i documenti richiesti possono essere trasmessi al richiedente non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato.

E' stata istituita la sotto-sezione "registro degli accessi" nell'apposita sezione dell' "Amministrazione Trasparente", regolarmente alimentato dall'anno 2018.



L'Istituto, con delibera n. 745 del 23 novembre 2017 avente ad oggetto: **"Regolamento Accesso agli Atti e disciplina dell'Accesso Civico"**, ha adottato un apposito Regolamento e la relativa modulistica nel rispetto della normativa vigente.

2.c.10.26. Trasparenza e Privacy

Alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016) e nel Codice in materia di protezione dei dati personali, così come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, il trattamento dei dati personali è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento o da atti amministrativi generali (modifiche apportate al Codice con il d.l. 8 ottobre 2021, n. 139 e s.m.i.).

In ossequio ai principi applicabili al trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679 (proporzionalità, pertinenza e non eccedenza), è necessario valutare se la finalità di trasparenza e di diffusione può essere perseguita senza divulgare dati personali o adottando modalità che permettano di **identificare gli interessati solo quando è necessario** (limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati).

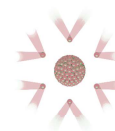
Nell'ambito della pubblicazione dei dati in Albo pretorio on-line e in Amministrazione Trasparente, l'Istituto assicura il rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, integrità, adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento.

Con riferimento ai rapporti fra il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) e il Responsabile della protezione dei dati - RPD, figura introdotta dal Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39), occorre considerare le previsioni normative considerando, che **il RPCT è scelto fra personale interno diversamente dal RPD che può essere individuato in una professionalità interna o esterna** sulla base di un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente (art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679).

Per le **questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD/DPO costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT**, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni.

Allegati

- Allegato_1-Analisi dei rischi
- Allegato_2-Priorità trattamento rischi
- Allegato_3-Stato attuazione misure
- Allegato_4-Relazione RPCT
- Allegato_5-Obblighi di pubblicazione



3. Sezione Organizzazione e Capitale Umano

3.a. Sottosezione Organizzazione

3.a.1. Il modello organizzativo

L'assetto dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, quale Istituto pubblico di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, prevede la suddivisione delle funzioni organizzative di:

- Indirizzo e controllo:
 - Consiglio di Indirizzo e Verifica;
 - Collegio sindacale;
 - Organismo Indipendente di Valutazione;
- Management Gestionale Strategico
- Management Gestionale Scientifico
- Management Gestionale Operativo.

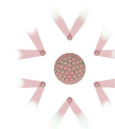
La funzione di "**Indirizzo**", oltre che:

- dalle norme nazionali e regionali che regolano l'assistenza sanitaria dei SSN/SSR;
- dalle indicazioni che in materia assistenziale provengono dal Ministero della Salute e dall'Assessorato Regionale al settore;
- dalle indicazioni che in materia di ricerca scientifica provengono dagli uffici ministeriali,

ai sensi del comma 5 dell'art. 4 della L.R. n. 17/2017 è svolta dal Consiglio di Indirizzo e Verifica (C.I.V.), il quale ha il "*compito di definire gli indirizzi strategici dell'Istituto, approvare i programmi annuali e pluriennali di attività dell'Istituto stesso, assegnare al Direttore Generale gli obiettivi annuali di salute e assistenziali, assicurare la coerenza dei predetti indirizzi, programmi e obiettivi con la programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché con le risorse assegnate dallo Stato e dalle regioni.*"

Le funzioni di "**Controllo**", vengono svolte da organi ed organismi specificamente competenti per ambiti:

- Strategico: sempre ai sensi del comma 5 dell'art. 4 della L.R. n. 17/2017 è svolta dal **Consiglio di Indirizzo e Verifica (C.I.V.)**, il quale ha il compito di "*verificare la corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti dall'istituto rispetto agli indirizzi strategici, ai programmi annuali e pluriennali di attività e agli obiettivi predeterminati di cui al precedente punto;*"
- sulla Gestione economica, finanziaria e patrimoniale: ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs n.288/2003 - che si applica, in concreto, anche agli Istituti non trasformati per l'espresso richiamo a tale norma effettuato dall'articolo 13 (Collegio sindacale) dello schema-tipo del Regolamento di organizzazione e funzionamento degli IRCCS non trasformati (Atto di Intesa Stato-Regioni del 1° luglio 2004) - è attribuita al **Collegio Sindacale**, il quale per l'articolo 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992, deve:



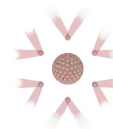
- *verificare l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;*
- *vigilare sull'osservanza della legge;*
- *accertare la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettuare periodicamente verifiche di cassa.*
- sulla Performance: ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, è l'Organismo Indipendente di Valutazione, nominato dalla Direzione dell'Istituto che *"monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi"*;

La funzione di **"Management gestionale strategico"**, ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 17/2017 "Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia" conferisce, al Direttore Generale le funzioni di gestione ordinaria e straordinaria dell'istituto dovendo questi assicurare *"la coerenza degli atti di gestione con gli indirizzi e i programmi stabiliti dal Consiglio di indirizzo e verifica nonché con la programmazione nazionale e regionale in materia di ricerca e di assistenza sanitaria"*. In tale compito, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 17/2017, il Direttore Generale è coadiuvato da un Direttore Amministrativo, posto alla direzione dei servizi amministrativi dell'Istituto, che fornisce parere obbligatorio sul profilo di legittimità degli atti relativi alle materie di competenza, e da un Direttore Sanitario, posto alla direzione dei servizi tecnico-scientifici dell'Istituto, che fornisce parere obbligatorio sul profilo tecnico degli atti relativi alle materie di competenza.

La funzione di **"Management gestionale scientifico"**, ai sensi dell'art. 7 della L.R. n. 17/2017 "Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia" è assolta dal Direttore Scientifico, il quale promuove e coordina l'attività di ricerca scientifica dell'Istituto e gestisce il relativo budget, concordato annualmente con il Direttore Generale in relazione agli indirizzi del Consiglio di indirizzo e verifica nonché in coerenza con la programmazione nazionale e regionale in materia. presiede il Comitato tecnico-scientifico ed esprime parere obbligatorio al direttore generale sugli atti inerenti le attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico.

L'IRCCS, in ottemperanza al principio che il cittadino è al centro del sistema, organizza il proprio modello di attività con l'intento prioritario ed irrinunciabile di tutelare il bene primario della salute, sia nel processo di lettura ed interpretazione dei bisogni, sia nel governo dei percorsi diagnostico-terapeutici e della più ampia ed aggiornata offerta di prestazioni di prevenzione, diagnostica, terapia e riabilitazione nel campo dell'Oncologia.

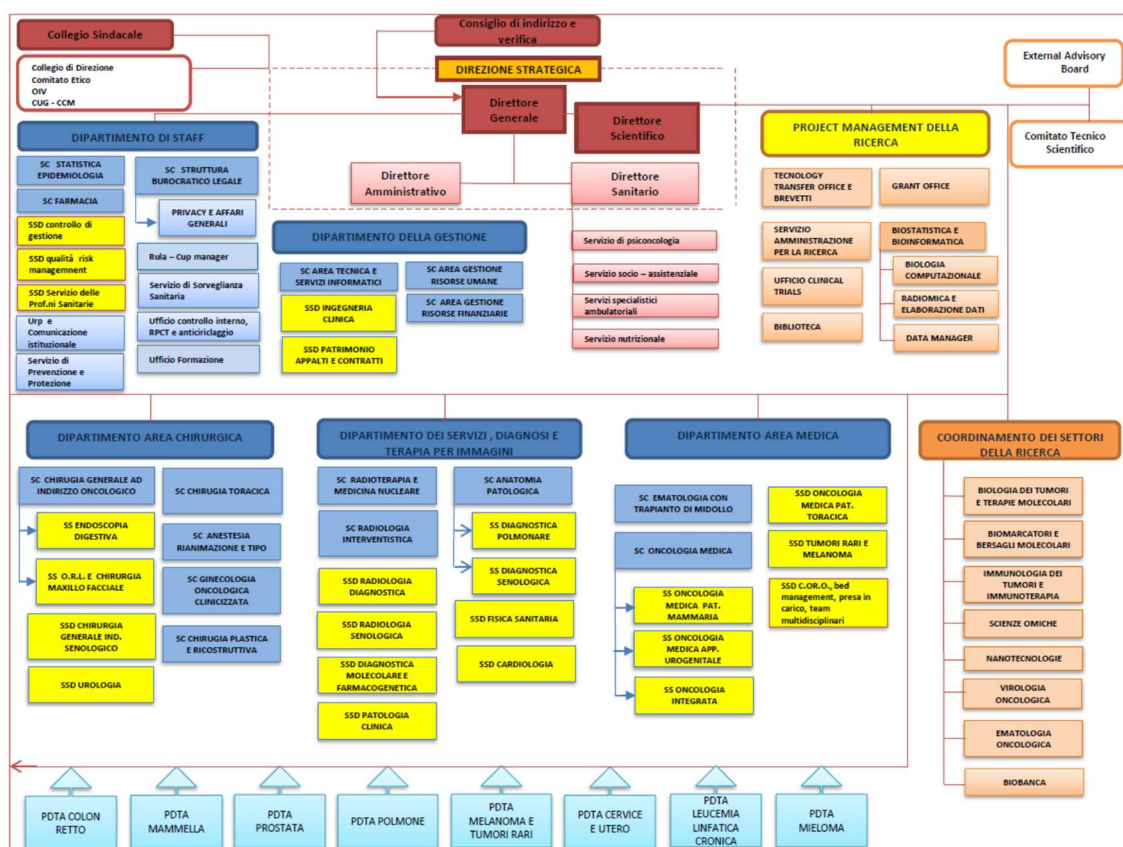
Le modalità di organizzazione, di gestione e di funzionamento si ispirano al principio di separazione delle funzioni di indirizzo e verifica, da quelle di gestione e di attuazione, nonché di salvaguardia delle specifiche esigenze finalizzate all'attività di ricerca ed alla partecipazione alle reti nazionali dei centri di eccellenza assistenziale.



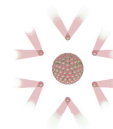
Le funzioni di **“Management gestionale tecnico-operativo”** sono pertanto organizzate in **6 Dipartimenti** che, come noto, rappresentano il **modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del servizio sanitario nazionale** con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria ed il governo clinico, **costituiti da strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale**, omogenee, omologhe, affini e complementari, che **perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale**.

Già dall'anno 2017 l'Istituto ha subito un mutamento organizzativo per effetto dal completamento delle attività di trasferimento delle Unità Operative dall'Asl Bari, Delibera di Giunta Regionale n. 895 del 22/06/2016 avente ad oggetto: “Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” con la quale è stato disposto il trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”. Le attività di trasferimento sono terminate nel mese di settembre 2017 e l'Istituto ha preso atto del nuovo assetto produttivo con la modifica organizzativa specificata nel nell'Atto Aziendale adottato con Delibera n. 798 del 13/12/2017, avente ad oggetto: “Atto Aziendale – Adozione”.

Successivamente, con provvedimento deliberativo del Direttore Generale n. 323 del 31 marzo 2023, l'Istituto ha provveduto a ridefinire completamente il proprio assetto organizzativo secondo il seguente organigramma



L'organizzazione dell'Istituto è articolata nelle seguenti tipologie di strutture operative:



- Dipartimenti;
- Strutture Complesse (S.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (S.S.D);
- Strutture Semplici (S.S.);
- Aree di Ricerca.

Tre Dipartimenti sono di **produzione finale (Area Medica, Area Chirurgica e Area Servizi, Diagnostica e Terapia per Immagini)**, 1 di **Staff** ed 1 di Servizi Amministrativi (**Dipartimento della Gestione**) espletate da 16 Strutture Organizzative “Complesse” e 16 Strutture Organizzative Semplici a valenza Dipartimentale e 7 Strutture Organizzative Semplici

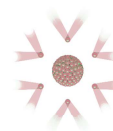
Le funzioni “**Management gestionale scientifico**” sono svolte dai medesimi Dipartimenti che in organizzazione matriciale per “progetti” ed Aree di Ricerca Corrente, assolvono ai compiti di esecuzione dell’attività scientifica e di supporto alla stessa.

L’organizzazione dipartimentale, ai sensi dell’art. 17 bis del d.lgs 502/92 e s.m.i., è il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa dell’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” I.R.C.C.S. di Bari. Il Piano Regionale di Salute della Puglia (Legge Regionale n. 23/2008) ha sancito la centralità dell’organizzazione dipartimentale, con l’obiettivo di garantire il miglioramento della qualità delle prestazioni, l’efficienza dei servizi, la produttività ed il contenimento della spesa sanitaria.

I Dipartimenti sono aggregazioni di Unità Operative omogenee, affini o complementari tra loro e collegabili sul piano operativo, che perseguono comuni finalità e sono tra loro fortemente integrate, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale. Il funzionamento dei Dipartimenti è disciplinato da un apposito Regolamento di Dipartimento, e formalmente adottato ai sensi del presente Atto. Il Direttore del Dipartimento viene selezionato nel rispetto delle norme vigenti e nominato dal Direttore Generale; deve essere necessariamente Direttore di Struttura Complessa e conserva la direzione della propria Struttura; dura in carica, di norma, 2 anni ed è gerarchicamente sovraordinato ai Direttori di Struttura.

Le Strutture Complesse (SC) sono articolazioni interne al dipartimento con preciso riferimento specialistico e organizzativo di natura complessa (sulla base della specialità dei suoi compiti professionali e delle sue dimensioni operative). Le strutture complesse sono soggette a rendicontazione analitica delle attività e dei costi.

Le Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (SSD) sono strutture che, in un’ottica di supporto trasversale al processo produttivo vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del Dipartimento e non di una struttura complessa. Alle SSD viene attribuito un budget operativo (obiettivi e risorse). Le Strutture Semplici (SS) sono strutture che non possiedono dimensioni operative o requisiti di complessità specificati per le strutture complesse e sono articolazioni delle strutture complesse di cui fanno parte. Alle SS viene riconosciuta dal Direttore della SC di afferenza, una quantità di attività definita di risorse e vengono assegnati obiettivi specifici nell’ambito del budget operativo (obiettivi e risorse) della



SC di afferenza. Il responsabile della SS è titolare delle risorse e degli obiettivi affidati alla SS, il conseguimento dei quali deve concorrere insieme agli obiettivi della SC e alla valutazione individuale, alla definizione dei risultati raggiunti. La SS, di norma corrisponde ad un unico centro di costo.

Le Aree di Ricerca sono aree di attività, di norma affidate a professionisti con incarichi professionale di coordinamento, la cui autonomia tecnico-professionale si esercita nel rispetto dei protocolli operativi. In un'ottica di realizzazione delle politiche di governo clinico, il Dipartimento offre l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni e al governo delle tecnologie, elementi che rendono indispensabile una forte integrazione tra professionalità e competenze, unico strumento che garantisce efficacia ed efficienza; tali principi sono sanciti nel Piano Regionale di Salute della Puglia (L.R. n. 23/2008).

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari, adotta la logica dipartimentale al fine di facilitare le politiche assistenziali e la ricerca, oltre che favorire una più efficiente e produttiva utilizzazione delle risorse umane e tecnologiche. Individua le seguenti strutture dipartimentali, secondo le modalità previste nel Regolamento di Dipartimento adottato dall'Istituto.

I Direttori di Dipartimento vengono valutati per l'80% in quanto Direttore di SC e per il 20% sulla base della percentuale di raggiungimento degli obiettivi da parte delle Strutture facenti parte del Dipartimento stesso.

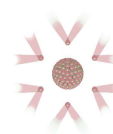
3.a.2. Dipartimento Area Chirurgica.

Il Dipartimento comprende Unità Operative che trattano le patologie oncologiche nel distretto gastroenterologo, toracico, urologico, otorinolaringoiatrico, nonché patologie senologiche, ginecologiche, assicurando attività chirurgiche di elezione in regime di ricovero ordinario, day hospital e attività specialistica ambulatoriale (day services). L'attività chirurgica svolta assicura elevati standard qualitativi di cura garantendo qualora indicato la chirurgia mini-invasiva, laparoscopica, prevedendo l'utilizzo del robot in sala operatoria, la ricostruzione plastica e le modalità di trattamento combinato.

3.a.2.1. Struttura Complessa di Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico.

L'Unità Operativa di Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico si è sempre posta come centro di riferimento per la chirurgia oncologica, basando il suo operato sul principio della resecabilità dei tumori, della linfectomia estesa delle patologie neoplastiche e della ricostruzione funzionale delle funzioni intestinali, al fine di garantire ai pazienti i migliori risultati in termini di sopravvivenza e qualità della vita.

In questa prospettiva, vengono eseguiti interventi di chirurgia maggiore, ma anche di chirurgia minore e ambulatoriale, tutti di grande importanza per il paziente oncologico. Inoltre, tutti i



pazienti operati sono sottoposti a follow-up periodici per monitorare le condizioni cliniche e rilevare tempestivamente eventuali recidive di malattia.

L'unità si avvale di tecnologie avanzate, tra cui la laparoscopia e strumenti di ultima generazione per la chirurgia maggiore epato-bilio-pancreatica.

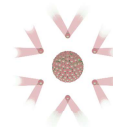
Di seguito sono elencati in modo schematico i tipi di interventi effettuati:

- **Esofago:** esofagectomie totali con accesso toracoscopico, inserimento di protesi esofagee per le stenosi inoperabili.
- **Stomaco:** gastrectomie totali e subtotali, degastro-gastrectomie con linfectomie estese D2 plus.
- **Fegato:** epatectomie destre e sinistre, segmentectomie e resezioni atipiche, colecistectomie laparoscopiche.
- **Pancreas:** duodenocefalopancreasectomie, pancreasectomie totali e distali e relative linfectomie.
- **Milza:** splenectomie.
- **Intestino:** resezioni e relative linfectomie.
- **Colon:** colectomie destre, sinistre (laparoscopiche o laparotomiche), totali con ricostruzioni in un solo tempo.
- **Retto:** proctectomie subtotali e totali con escissione del mesoretto intero (laparoscopiche o laparotomiche), riconoscimento dei nervi ipogastrici e del plesso sacrale, anastomosi dirette termino-terminali meccaniche e colon-j-pouch. Per il cancro del retto inferiore si cerca sempre di salvaguardare gli sfinteri anali, avviando i pazienti a chemio-radioterapia neoadiuvante allo scopo di ridurre la massa neoplastica e rendere possibile l'escissione del retto. Le anastomosi anali sono sempre meccaniche ed eseguite per via addominale. I pazienti affetti da incontinenza fecale (circa il 2%) sono studiati con manometria ano-rettale e avviati a un programma di riabilitazione ano-rettale di fisioKinesiterapia del pavimento pelvico.
- **Ano:** amputazioni addomino-perineali riservate solo al cancro dell'ano o del retto infiltranti gli sfinteri.
- **Peritoneo:** peritonectomie con trattamento HIPEC associato per la carcinosi peritoneale.

Oltre al tratto digerente, anche altri apparati sono oggetto di attività chirurgica quando coinvolgono visceri e organi addominali:

- **Genito-urinario:** nefrectomie, cistectomie parziali e totali con ricostruzioni ileali, surrenectomie laparoscopiche ed open, isteroannessectomie totali, ovariectomie.
- **Retroperitoneo:** exeresi di tumori retroperitoneali anche infiltranti organi o visceri contigui.
- **Tessuti molli:** exeresi di neoformazioni cutanee, sottocutanee e muscolari.

Degenza Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico	DIRIGENTI	8
	DIRIGENTE MEDICO	7



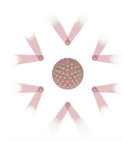
	DIRETTORE MEDICO	1
	COMPARTO	12.32
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	3.4
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	7.92
Degenza Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico Totale		20.32
Ambulatorio Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico	COMPARTO	3.62
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	2.62
Ambulatorio Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico Totale		3.62

3.a.2.2. Struttura Complessa di Chirurgia Toracica.

La U.O.C. di Chirurgia Toracica si occupa della diagnosi e del trattamento chirurgico delle patologie toraciche di interesse chirurgico, tra cui tumori del polmone benigni e maligni, tumori della pleura benigni e maligni, tumori della parete toracica e tumori del mediastino, con un approccio sia "open" tradizionale che mini-invasivo (VATS).

Principali attività:

- Trattamento delle alterazioni del contenuto pleurico:
 - Toracentesi.
 - Drenaggio pleurico.
 - Pleurodesi (c.d. talcaggio pleurico).
 - Pleurectomia/decorticazione.
- Procedure diagnostiche invasive su pleura, polmone, mediastino:
 - Video broncoscopia.
 - Video toracosopia.
 - Agoaspirato trans-toracico di lesione patologica endotoracica in eco-guida.
 - Diagnostica toracotomica.
- Procedure terapeutiche di endoscopia bronchiale operativa:
 - Disostruzione tracheale e/o bronchiale (meccanica o con laser).
 - Stenting tracheale e/o bronchiale.
- Interventi di chirurgia toracica maggiore:
 - Resezioni polmonari (complete, lobari e sub-lobari).
 - Trattamento del mesotelioma pleurico (pleurectomia/decorticazione).
 - Toracectomie per neoplasie della parete toracica con ricostruzione protesica.
 - Asportazione di processi espansivi del mediastino.
 - Interventi sull'esofago (in collaborazione con i Chirurghi Generali).
- Chirurgia delle metastasi.
- Diagnostica sui linfonodi del collo, delle ascelle e del mediastino.
- Interventi funzionali (simpaticectomia per iperidrosi mani-ascelle).
- Impianto di dispositivi di accesso vascolare totalmente impiantabile (port-a-cath).



- Procedure terapeutiche di Chirurgia Toracica su patologia pleuro-polmonare non Oncologica nella misura contemplata nelle disposizioni dell'Autorità Sanitaria Regionale (pneumotorace, empiema pleurico, bronchiectasie, ernie diaframmatiche, cisti e ascessi polmonari, cisti mediastiniche, ...).

Attività Ambulatoriali:

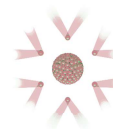
- Ambulatorio diagnostico.
- Ambulatorio per follow-up post-chirurgico.
- Ambulatorio di endoscopia.
- Ambulatorio per il controllo delle tracheostomie.
- Ebus e TBNA.

Degenza Chirurgia Toracica	DIRIGENTI	8
	DIRIGENTE MEDICO	7
	DIRETTORE MEDICO	1
	COMPARTO	16.5
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	4.5
	INFERMIERE	4.5
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	7.5
Degenza Chirurgia Toracica Totale		24.5
Ambulatorio Chirurgia Toracica	COMPARTO	2
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	2
Ambulatorio Chirurgia Toracica Totale		2

3.a.2.3. Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Post-Operatoria.

L'Attività Clinica del Servizio di Anestesia, Rianimazione e TIPO si espleta nella:

- Valutazione preoperatoria in degenza e nell'apposito ambulatorio di valutazione preoperatoria a gestione infermieristica (Ambulatorio Prericovero Chirurgico);
- Anestesia generale e/o blocco neuro-assiale loco-regionale per pazienti ricoverati nelle varie unità operative chirurgiche dell'Istituto sia in elezione che in urgenza.
- Sedo-analgesie e assistenza anestesiológica per pazienti in day-surgery;
- Terapia del dolore postoperatorio con varie metodiche (elastomero, "patient controlled analgesia" antalgica);
- Assistenza anestesiológica per procedure invasive al di fuori delle sale operatorie;
- Posizionamento di cateteri venosi centrali (temporanei, totalmente o parzialmente impiantati) in attività di day service o per pazienti in regime di ricovero;
- Consulenze per pazienti critici in ospedale, interventi per emergenze nei reparti e gestione del paziente, presso la Terapia Intensiva Postoperatoria, del periodo di stabilizzazione fino al superamento dello stato critico;
- Gestione, presso la Terapia Intensiva Postoperatoria, del primo postoperatorio (almeno 48/72 h) dei casi chirurgici più complessi o dei pazienti a maggiore fragilità.
- Corsi di formazione per il personale dell'ospedale in BLS-D, gestione cateteri venosi.



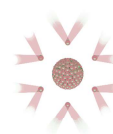
Attività di Sala operatoria Anestesia Rianimazione	DIRIGENTI	18
	DIRIGENTE MEDICO	17
	DIRETTORE MEDICO	1
	COMPARTO	41.66
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	10
	INFERMIERE	2
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	29.66
Attività di Sala operatoria Anestesia Rianimazione Totale		59.66
TIPO	COMPARTO	19.31
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	2
	INFERMIERE	3
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	14.31
TIPO Totale		19.31
Ambulatorio Anestesia Rianimazione	DIRIGENTI	1
	DIRIGENTE MEDICO	1
	COMPARTO	5.33
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	4.33
Ambulatorio Anestesia Rianimazione Totale		6.33

3.a.2.4. Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.

Presso l'Unità Operativa è possibile eseguire in regime di ricovero ordinario, day surgery o day service interventi di:

- Chirurgia ricostruttiva mammaria post-mastectomia immediata e differita con protesi, lembi peduncolati, lembi microchirurgici e tecniche di chirurgia rigenerativa (lipofilling con tessuto adiposo e cellule staminali).
- Chirurgia di adeguamento e rimodellamento mammario della mammella controlaterale in pazienti con esiti di quadrantectomie e mastectomie.
- Ricostruzione complessa areola-capezzolo.
- Trattamento di cicatrici ipertrofiche e cheloidee in pazienti oncologici.
- Chirurgia oncologica demolitiva e ricostruttiva per tumori cutanei benigni e maligni (carcinomi, melanomi) e tumori dei tessuti molli benigni e maligni (sarcomi) con eventuale ricerca del linfonodo sentinella.
- Elettrochemioterapia.
- Collaborazione con le UUOO di Senologia, Ginecologia, Chirurgia Toracica, Chirurgia Addominale e Otorinolaringoiatrica per le ricostruzioni post demolizione oncologica.

Degenza Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	DIRIGENTI	6
	DIRIGENTE MEDICO	5
	DIRETTORE MEDICO	1
	COMPARTO	9.92
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	2.53
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO -	6.71



	INFERMIERE -	
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - FISIOTERAPISTA -	0.68
	Degenza Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Totale	15.92
Ambulatorio Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	COMPARTO	5.01
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0.34
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	3.67
Ambulatorio Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Totale		5.01

3.a.2.5. Struttura Semplice Dipartimentale di Chirurgia Oncologica ad indirizzo Senologico.

Attività svolte:

- Radiologia oncologica della mammella e dell'ascella.
- Radioterapia intraoperatoria (IORT).

Attività di degenza/day hospital:

Presso l'Unità Operativa è possibile seguire un regime di Day Hospital/Day Surgery per esami o interventi di Mastectomia, Quadrantectomia, Dissezione Linfonodale Ascellare, Segmentectomia Mammaria.

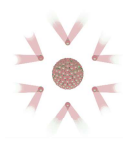
Degenza Chirurgia generale ad indirizzo Senologico	DIRIGENTI	6
	DIRIGENTE MEDICO	6
	COMPARTO	7.17
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	2.49
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	4.02
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - FISIOTERAPISTA -	0.66
Degenza Chirurgia generale ad indirizzo Senologico Totale		13.17
Ambulatorio Chirurgia generale ad indirizzo Senologico	COMPARTO	0.66
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0.33
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	0.33
Ambulatorio Chirurgia generale ad indirizzo Senologico Totale		0.66

3.a.2.6. Struttura Complessa di Ginecologia Oncologica.

Attività Assistenziale:

La Ginecologia Oncologica è una Clinica a Direzione Universitaria che eroga prestazioni in regime di ricovero ordinario, di day service ed ambulatoriali relative alla diagnosi precoce, al trattamento ed al follow up delle neoplasie ginecologiche.

Attività in regime di ricovero: in ambienti ampi e confortevoli ubicati al terzo piano dell'Istituto nel Dipartimento Donna insieme al reparto di senologia e chirurgia plastica.



Vengono eseguiti interventi chirurgici eseguiti per via laparotomica, laparoscopica e vulvo-vaginale per le neoplasie ginecologiche primitive e secondarie, ma anche per la patologia ginecologica “borderline”.

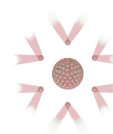
Attività ambulatoriale e in day service: viene svolta negli ambulatori ubicati al terzo piano dell’Istituto. È disponibile ampia sala d’attesa e Centro Unico di Prenotazione decentrato per ridurre i tempi di attesa. L’offerta ambulatoriale prevede:

- visita ginecologica
- ecografia pelvica e tranvaginale
- isteroscopia diagnostica e terapeutica
- colposcopia

Sono stati predisposti ambulatori dedicati alla gestione di peculiari condizioni cliniche di particolare rilevanza in questo Istituto ovvero:

- PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA’ IN ONCOLOGIA: prevenzione, diagnosi e terapia dei danni a carico della fertilità sia maschile che femminile in soggetti oncologici;
- MONITORAGGIO GINECOLOGICO IN PAZIENTI CON NEOPLASIA MAMMARIA (FUMA) diagnosi e cura delle specifiche complicanze ginecologiche (ispessimento endometriale, atrofia genitale etc) che la paziente in trattamento per carcinoma mammario può presentare;
- PATOLOGIA DEL BASSO TRATTO GENITALE (FUGO) diagnosi e terapia delle lesioni preneoplastiche e neoplastiche del basso tratto genitale (vulva, vagina e cervice) in collaborazione con il Progetto Regionale di Screening del Cervicocarcinoma;
- TUMORI GINECOLOGICI EREDO-FAMILIARI (TEFAG) sorveglianza e chirurgia profilattica nei soggetti portatori di mutazioni genetiche che predispongono a neoplasie ginecologiche (Brca e Sindrome di Lynch);
- AMBULATORIO COro dedicato alle prime visite inviate dal centro di orientamento oncologico;
- ISTEROSCOPIA COro dedicato alle procedure isteroscopiche urgenti per le pazienti afferenti tramite COro;
- AMBULATORIO DI II E III LIVELLO SCREENING REGIONALE DEL CERVICOCARCINOMA ovvero un ambulatorio specifico dedicato a colposcopia, biopsia mirata e conizzazione per le pazienti riferite dal Programma Regionale di Screening del Cervicocarcinoma.

Degenza Ginecologica Oncologica Clinicizzata	DIRIGENTI	4
	DIRIGENTE MEDICO	4
	COMPARTO	22.61
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	5.98
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	14.97
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - FISIOTERAPISTA -	0.66
Degenza Ginecologica Oncologica Clinicizzata Totale		26.61
Ambulatorio Ginecologica Oncologica	COMPARTO	3.66



Clinicizzata	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0.33
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	2.33
Ambulatorio Ginecologica Oncologica Clinicizzata Totale		3.66

3.a.2.7. Struttura Semplice Dipartimentale di Urologia.

La SSD di urologia provvede alla diagnosi e alla terapia di tutte le patologie oncologiche inerenti l'apparato uro-genitale. Le chirurgie prevedono tutti i tipi di approccio open o endoscopico dell'apparato uro-genitale: surrene, rene, vescica, prostata, testicolo, linfonodi retroperitoneali.

L'unità operativa è dotata dei seguenti ambulatori:

- Urologia generale
- Uretrocistoscopia
- Biopsie prostatiche anche con tecnica fusion
- Chemio e immunoterapie endovesicali anche con termoterapia
- Ecografie uro-genitali.

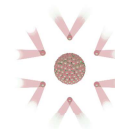
L'attività chirurgica svolta comprende:

- Nefrectomie radicali
- Nefroureterectomia
- Cistectomie radicali
- Prostatectomie radicali
- Orchitectomie radicali
- TURBT (resezioni endoscopiche di neoplasie della vescica)
- TURP (resezione endoscopiche di adenoma prostatico)
- Linfadectomie pelviche e retroperitoneali.

Degenza Urologia	DIRIGENTI	2
	DIRIGENTE MEDICO	2
	COMPARTO	5.92
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1.6
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	4.32
Degenza Urologia Totale		7.92
Ambulatorio Urologia	COMPARTO	3.28
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0.66
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	2.62
Ambulatorio Urologia Totale		3.28

3.a.2.8. Struttura Semplice Dipartimentale di Endoscopia Bronchiale.

Presso l'U.O. di Endoscopia bronchiale è possibile eseguire, nell'ambito del Percorso Diagnostico delle Neoplasie Polmonari:



- Procedure videobroncofibroscopiche con l'ausilio di metodiche quali l'EBUS (Endobronchial Ultrasound) e l'autofluorescenza. Tali metodiche sono particolarmente utili nella diagnosi e stadiazione dei tumori del polmone e la definizione di molte altre patologie polmonari non neoplastiche. Si ricorda che nei pazienti affetti da cancro del polmone, al momento della diagnosi, è presente una diffusione metastatica ai linfonodi mediastinici nel 26-38% dei casi, pertanto, la definizione del parametro N mediastinico è fondamentale per una corretta strategia diagnostica e terapeutica. L'esame Videobroncofibroscopico consente, con l'utilizzo della sonda EBUS, la localizzazione dei siti linfonodali mediastinici con la possibilità di eseguire un prelievo citoistologico utilizzando il TBNA (Trans-Bronchial-Needle-Aspiration).
- Tracheo-broncoscopia operativa (disostruzione tracheo-bronchiale, posizionamento di protesi, rimozione di corpi estranei).
- Toracentesi (aspirazione di liquido pleurico per una definizione cito-istologica di malattie pleuriche e polmonari).
- Iniezione di sostanze in cavità toracica a scopo pleurodesico.
- Consulenze di Chirurgia Toracica.

Ambulatorio Endoscopia Bronchiale	COMPARTO	2.91
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0.66
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	2.25
Ambulatorio Endoscopia Bronchiale Totale		2.91

3.a.2.9. Struttura Semplice di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.

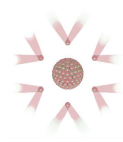
L'Unità Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva eroga le seguenti prestazioni:

- Prestazioni endoscopiche diagnostico-operative del tratto digestivo superiore (EsofagoGastroDuodenoScopia-EGD) ed inferiore (Rettosigmoidoscopia e Colonscopia).
- Visite gastroenterologiche.

Attività di degenza/day hospital:

- Esami di endoscopia digestiva diagnostici e operativi.
- Visite gastroenterologiche.

Ambulatorio Endoscopia Digestiva	DIRIGENTI	5
	DIRIGENTE MEDICO	5
	COMPARTO	11.93
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1.68
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	9.25
Ambulatorio Endoscopia Digestiva Totale		16.93



3.a.2.10. Struttura Semplice di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Maxillo-Facciale.

L'Unità Otorinolaringoiatria e chirurgia cervico-facciale eroga, sia in regime di ricovero ordinario che in Day Hospital / Day Surgery, le seguenti prestazioni:

- Chirurgia della tiroide e delle paratiroidi
- Chirurgia del cavo orale
- Chirurgia della faringe e della laringe
- Chirurgia delle ghiandole salivari
- Chirurgia delle logge laterocervicali
- Procedure chirurgiche mininvasive per le patologie nodulari della tiroide
- Chirurgia naso sinusale

Attività ambulatoriale:

Le attività ambulatoriali si svolgono al primo piano dell'istituto. Vengono assicurate prestazioni di diagnosi clinica e strumentale, di follow-up e di prevenzione anche ai cittadini utenti che, pur in assenza di una malattia manifesta, intendono effettuare una valutazione in senso oncologico dei distretti testa-collo.

Si effettuano inoltre:

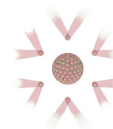
- fibro-rino-faringo-laringoscopia (anche in anestesia locale)
- esame stroboscopico della voce

Nell'ambito della S.S. di Otorinolaringoiatria è attivo il Servizio di Ecografia Diagnostica e Interventistica Cervico Facciale.

La U.O. è dedicata all'indagine ecografica, clinica, strumentale e interventistica ambulatoriale in regime di day hospital. Si eseguono:

- Ecografia con eventuale agobiopsia eco guidata di:
 - Tiroide
 - Paratiroidi
 - Linfonodi latero-cervicali
 - Parotide
 - Ghiandole salivari
 - Collo
- Procedure mininvasive (laser, alcolizzazione) per il trattamento delle patologie tiroidee e paratiroidi.
- Posti letto: n. 2 ordinari e n. 2 day hospital

Degenza Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale	DIRIGENTI	5
	DIRIGENTE MEDICO	5
	COMPARTO	8.5
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1.5
	INFERMIERE	0.5
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	6.5



Degenza Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale Totale		13.5
Ambulatorio Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale	COMPARTO	2
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	2
Ambulatorio Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale Totale		2

3.a.3. Dipartimento Area Medica.

Il continuo e rapido evolvere della conoscenza impone che gli assistiti siano seguiti da medici dedicati a specifiche patologie per garantire loro la costante appropriatezza delle decisioni. Il dipartimento Area Medica aggrega le strutture aziendali, con la finalità generale di ottimizzare i percorsi assistenziali e garantire l'approccio multidisciplinare e la continuità delle cure; la specializzazione è garantita mediante lo sviluppo di competenze specifiche, all'interno del Dipartimento, senza compromettere l'approccio al paziente visto come persona. In virtù della pertinenza clinica e dei modelli sperimentali di interesse ematologico, l'Area di ricerca "Terapie cellulari ed immunologia applicate" viene coordinata dalla SC Ematologia. In forza delle competenze e dei modelli clinici di interesse medico oncologico, l'Area di ricerca "Studi clinici di Fase 1 applicati" viene coordinata dalla SC Oncologia Medica.

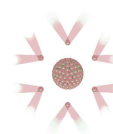
3.a.3.1. Struttura Complessa di Ematologia.

Le attività di diagnosi e terapia effettuate nel setting assistenziale "diurno" sono organizzate in 5 Ambulatori "disease oriented":

- Ambulatori A e B: Neoplasie plasmocellulari.
- Ambulatori C, E e G: Linfomi di Hodgkin e linfomi aggressivi, linfomi indolenti, leucemie linfatiche croniche.
- Ambulatori D, F, e H: Neoplasie mieloproliferative e sindromi dismielopoietiche.
- Ambulatorio Prelievi e Procedure invasive.

Il laboratorio di diagnostica ematologica integrato all'unità operativa complessa di ematologia svolge attività routinaria di supporto alle diagnosi di malattie onco-ematologiche nel campo delle leucemie acute e croniche, dei linfomi e del mieloma multiplo. Gli operatori (medici, biologi, biotecnologi, informatici) svolgono quotidianamente test di diagnostica di primo e secondo livello comprensivi di colorazione e analisi citomorfologica di strisci di sangue periferico e midollare, analisi immunofenotipica citofluorimetrica di sangue periferico e midollare, test citogenetici e di biologia molecolare con finalità diagnostica e prognostica per leucemie (sia acute che croniche), linfomi e mieloma multiplo.

Inoltre, il laboratorio è equipaggiato con strumentazioni all'avanguardia per il sequenziamento di DNA e lo studio della prognosi delle suddette patologie nel rispetto delle attuali raccomandazioni della comunità scientifica internazionale. Il personale di laboratorio, insieme all'intera equipe clinica, è coinvolto in attività di ricerca traslazionale a livello nazionale, attraverso la centralizzazione di materiali e la esecuzione di test ad alto livello tecnologico. Tali



attività sono ricomprese in diversi disegni sperimentali di trial clinici sponsorizzati e/o indipendenti, anche in collaborazione con le principali società scientifiche nazionali come la Fondazione Italiana Linfomi (FIL), il Gruppo Italiano per il Trapianto di Midollo Osseo, Cellule Staminali Emopoietiche e Terapia Cellulare (GITMO), il Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto (GIMEMA), la Società Italiana di Ematologia (SIE) e la Società Italiana di Ematologia Sperimentale (SIES).

Degenza Ematologia	DIRIGENTI	13
	DIRIGENTE MEDICO	11
	DIRIGENTE BIOLOGO	1
	DIRETTORE MEDICO	1
	COMPARTO	29
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	7.5
	INFERMIERE	3
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	18.5
Degenza Ematologia Totale		42
Ambulatorio Ematologia	DIRIGENTI	4
	DIRIGENTE MEDICO	4
	COMPARTO	9
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	2
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	6
Ambulatorio Ematologia Totale		13
Unità trapianti	COMPARTO	2
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0.5
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	1.5
Unità trapianti Totale		2

3.a.3.2. Struttura Complessa di Oncologia Medica.

L'Unità di Oncologia Medica tratta le seguenti patologie:

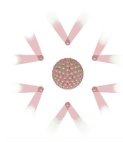
- Carcinoma mammario
- Tutte le neoplasie "solide" escluso i Linfomi

Prestazioni erogate:

- Prima Visita
- Visite di Controllo
- Chemioterapia

Prescrizioni di esami specialistici (TAC, PET etc.)

Degenza Oncologia Medica	DIRIGENTI	16
	DIRIGENTE MEDICO	16
	COMPARTO	24.5
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	7
	INFERMIERE	3
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO -	14.5



	INFERMIERE -	
Degenza Oncologia Medica Totale		40.5
Ambulatorio Oncologia Medica	COMPARTO	10.34
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	9.34
Ambulatorio Oncologia Medica Totale		10.34

3.a.3.3. Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la Patologia Toracica.

L'attività specialistica si realizza con l'effettuazione di prime visite a pazienti affetti da patologia oncologica toracica al primo inquadramento o a fini di definizione diagnostica, visite e terapie antitumorali di tipo infusionale o orale, visite di controllo o di follow-up.

Le attività ambulatoriali prevedono una stretta interazione con il COO (Centro di Orientamento Oncologico) con presa in carico dei pazienti con neoplasia polmonare sospetta o accertata inviati dal medico di medicina generale all'Istituto oncologico o da specialista d'organo. Dal COO per la patologia polmonare, in accordo con il PDTA della Regione Puglia per la patologia polmonare, i pazienti vengono riferiti al Team multidisciplinare di patologia per le scelte condivise.

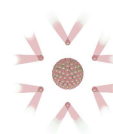
Nell'ambito dell'attività ambulatoriale vengono inoltre effettuate valutazioni finalizzate all'arruolamento in Trials di ricerca clinica, oltre che al monitoraggio di pazienti in trattamento in quanto nell'Unità di Oncologia Toracica viene svolta un'intensa attività di ricerca scientifica clinica, con la partecipazione e il coordinamento di numerosi Trials clinici, la maggior parte dei quali riguardanti nuove schedule di terapia o farmaci innovativi. A tale scopo sarà istituito a breve un ambulatorio esclusivamente dedicato agli studi clinici, unica esperienza di questo genere nel Sud Italia in cui accanto al medico oncologo di riferimento vi sarà un data manager ed un infermiere di ricerca.

Al momento la SSD di Oncologia Medica per la Patologia Toracica conduce circa 30 studi clinici (nazionali ed internazionali) che consentono di aderire a molecole sperimentali molto tempo prima della loro immissione in commercio.

È garantito al paziente un approccio globale e multidisciplinare secondo i più moderni concetti di "patient-centered care" e di reale presa in carico globale, che coinvolga non solo il paziente ma le figure (familiari, caregivers) che condividono il percorso di cura.

Al paziente viene offerto anche un servizio di supporto psiconcologico orientato alla promozione del benessere emotivo in un'ottica bio-psico-sociale e di prevenzione, dove vengono prese in carico anche le componenti psicologiche ed emotive ad insorgenza reattiva. In quest'ottica le attività di accoglienza e supporto hanno lo scopo di potenziare le risorse individuali e familiari promuovendo le capacità di resilienza.

Degenza Oncologia Medica per la Patologia Toracica	DIRIGENTI	8
	DIRIGENTE MEDICO	8



	COMPARTO	1.5
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	0.5
Degenza Oncologia Medica per la Patologia Toracica Totale		9.5
Ambulatorio di Oncologia Medica per la Patologia Toracica	COMPARTO	1.33
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	0.33
Ambulatorio di Oncologia Medica per la Patologia Toracica Totale		1.33

3.a.3.4. Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente.

La Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) di Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente Oncologico si occupa della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle neoplasie.

La SSD è dotata di una Sezione Ambulatoriale e di Day Service a cui si può accedere tramite prenotazione attraverso il cup istituzionale.

Le prestazioni sono le seguenti

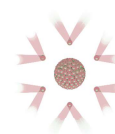
- Prima visita oncologica (paziente senza diagnosi istologica), in accordo con il CORO
- Servizio di psiconcologia in turno antimeridiano.

Ambulatorio Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente oncologico	DIRIGENTI	6
	DIRIGENTE PSICOLOGO	1
	DIRIGENTE MEDICO	5
	COMPARTO	7.5
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	6.5
Ambulatorio Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente oncologico Totale		13.5

3.a.3.5. Struttura Semplice Dipartimentale Tumori rari e melanoma.

La SSD Tumori Rari e Melanoma tratta le seguenti patologie:

- Melanoma
- Tumori cutanei non melanoma (carcinoma cutaneo a cellule squamose, carcinoma basocellulare, carcinoma a cellule di Merkel)
- Sarcomi tessuti molli (liposarcoma, leiomioma, sinovialsarcoma, tumori maligni delle guaine nervose periferiche, emangioendotelioma, angiosarcoma, tumore fibroso solitario, sarcoma epitelioidale, sarcoma alveolare delle parti molli, PEComa, istiocitoma fibroso maligno, rabdomiosarcoma, tumore desmoplastico a cellule rotonde, dermatofibrosarcoma protuberans, ecc.)
- Tumori neuroendocrini



- Tumori stromali gastrointestinali (GIST)
- Osteosarcoma, condrosarcoma e sarcoma di Ewing
- Cordoma
- Fibromatosi aggressiva tipo desmoide
- Tumori ultrarari

Inoltre, la SSD Tumori Rari e Melanoma è membro attivo della Rete Nazionale Tumori Rari e Centro di riferimento regionale per i tumori rari. Dal gennaio 2022 è stata anche accreditata come centro di riferimento europeo ERN-Euracan per i sarcomi dell'adulto.

SS Tumori Rari e Melanoma	DIRIGENTI	2
	DIRIGENTE MEDICO	2
	COMPARTO	1.5
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	0.5
SS Tumori Rari e Melanoma Totale		3.5

3.a.4. Dipartimento Servizi, Diagnostica e Terapia per Immagini.

Tale dipartimento rappresenta un'innovazione organizzativa in quanto aggrega tutte le risorse destinate alla gestione dei servizi diagnostici e terapeutici in una prospettiva volta all'attenzione verso le procedure piuttosto che le tecnologie.

Il Dipartimento è formato da Unità Operative che si articolano con percorsi diagnostici e terapeutici utilizzando sia la scienza delle immagini (sia di tipo radiologico che diretto, per esempio di tipo endoscopico) ed accurate diagnosi isto - citopatologiche, molecolari, di laboratorio, con informazioni di valore prognostico e predittivo che possano essere utilizzare per la migliore gestione clinica dei pazienti, utilizzando sia tecniche convenzionali che innovative.

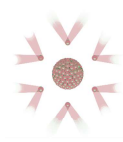
Vengono altresì erogate prestazioni terapeutiche con modalità strumentali mini-invasiva (interventistica/chemioterapie sistemiche e loco regionali integrate con ipertermia/endoscopica) e non invasiva (trattamenti radioterapici). Nell'organizzazione rientra l'attività della U.O. Fisica Sanitaria che per le sue peculiarità ne è strettamente correlata.

Il Dipartimento comprende dotazioni, risorse e strutture nelle quali varie figure professionali di discipline diverse operano con stretta interdisciplinarietà.

La "mission" del Dipartimento è di fornire. servizi per utenti ambulatoriali ed esterni che si rivolgono al Dipartimento oltre che per gli utenti interni delle linee di ricovero.

Le attività che si svolgono presso il Dipartimento s'integrano con quelle della BioBanca Istituzionale dove avviene la raccolta sistematiche di campioni biologici tissutali e di sangue relativi alle varie patologie oncologiche.

Il carattere applicativo di tutte le ricerche laboratoristiche e cliniche si basa sulla gestione coordinata di materiali biologici e informazioni genetico-molecolari che vengono aggregati ed



associati nella data base della Biobanca, ottenendo un valore sinergico ed aggiuntivo. La trasversalità delle ricadute cliniche e la necessità di garantire l'opportunità traslazionale ai modelli della progettualità scientifica pongono la SC Oncologia Sperimentale e Gestione Biobanca quale punto di coordinamento delle attività svolte nelle seguenti Area di ricerca:

- Nanotecnologie applicate;
- Farmacologia clinica e pre-clinica applicata;
- Biomorfologia funzionale applicata.

3.a.4.1. Struttura Complessa di Oncologia Medica Integrata ed Interventistica

Presso la S.C. di oncologia medica integrata è possibile eseguire:

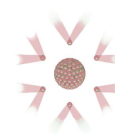
- Prima visita oncologica
- Consulto oncologico
- Visita oncologica di controllo
- Chemioterapia sistemica
- Chemioterapie associate a radioterapia in consulto collegiale con radioterapisti

Degenza Oncologia Medica Interventistica ed Integrata	DIRIGENTI	3
	DIRIGENTE MEDICO	3
	COMPARTO	4
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA -	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	2
Degenza Oncologia Medica Interventistica ed Integrata Totale		7
Ambulatorio Oncologia medica Interventistica ed Integrata	COMPARTO	2
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	2
Ambulatorio Oncologia medica Interventistica ed Integrata Totale		2
Sala ibrida	COMPARTO	8
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA -	3
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	5
Sala ibrida Totale		8

3.a.4.2. Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica

L'Unità Radioterapia Oncologica eroga le seguenti prestazioni:

- Visite (1° visita radioterapica, follow-up, visita pazienti in trattamento)
- Consulenza specialistica (interna all'Istituto o esterna)
- Trattamenti radioterapici relativi alle seguenti patologie:
 - Neoplasie della cute
 - Neoplasie della mammella



- Neoplasie dell'esofago, stomaco, pancreas, retto, canale anale, ano
- Neoplasie del polmone e della pleura
- Neoplasie del rene, vescica e prostata
- Neoplasie del testicolo
- Neoplasie dell'endometrio, cervice e vulva
- Neoplasie dell'asse cranio spinale primitive e secondarie
- Linfomi e sarcomi
- Neoplasie recidive e metastatiche di tutti i distretti corporei
- Ritrattamenti
- Irradiazione emoderivati

I trattamenti vengono eseguiti, previa TC Simulazione, discussione del piano di trattamento personalizzato con l'equipe dei fisici sanitari, con Acceleratori Lineari, con tecnica standard 3D Conformazionale, IMRT (Radioterapia ad Intensità Modulata) mediante arco terapia volumetrica (Rapidarc) e IGRT (Radioterapia Guidata dalle Immagini), Radioterapia Stereotassica per lesioni encefaliche primitive e secondarie.

Ambulatorio Radioterapia Oncologica	DIRIGENTI	10
	DIRIGENTE MEDICO	9
	DIRETTORE MEDICO	1
	COMPARTO	17.14
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA -	13
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	4.14
Ambulatorio Radioterapia Oncologica Totale		27.14

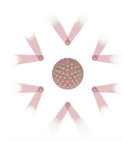
3.a.4.3. Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Diagnostica

L'Unità Operativa si articola in:

- Radiologia tradizionale
- Ecografia
- Tomografia Computerizzata (TAC)
- Risonanza Magnetica (RMN)

Le principali patologie oncologiche per le quali è richiesta una diagnostica per immagini a fini stadiativi e di follow-up sono:

- Neoplasie della cute
- Neoplasie della mammella
- Neoplasie dell'esofago, dello stomaco, del pancreas, del retto, del canale anale e dell'ano
- Neoplasie del polmone e della pleura
- Neoplasie del rene, della vescica e della prostata
- Neoplasie del testicolo



- Neoplasie dell'endometrio, della cervice e della vulva
- Neoplasie dell'asse cranio spinale, primitive e secondarie
- Linfomi e sarcomi
- Neoplasie recidive e metastatiche di tutti i distretti corporei.

Le principali attività di ricerca in cui la SSD è coinvolta riguardano:

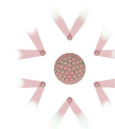
- Follow up e stadiazione di patologie oncologiche in pazienti in terapia con farmaci sperimentali
- Screening del tumore polmonare con TC torace a bassa dose. L'iniziativa in questione, pensata dalla Rete Italiana per lo Screening Polmonare (RISP) muove dalla necessità di promuovere nel nostro Paese, attraverso una rete di 18 centri di riferimento in tutto il territorio italiano, un programma di screening e diagnosi precoce con LDCT che riduca la mortalità per tumore polmonare, e che possa portare un potenziale beneficio nella prevenzione primaria delle patologie legate al fumo, come la bronchite cronica (BPCO) e le altre malattie cardiovascolari.
- Valutazione della cardiotossicità da farmaci con cardio-rm e cardio-tc. L'immunoterapia recentemente è stata associata a cardiomiopatia e miocardite, rendendo l'imaging cardiaco un utile strumento per il suo riconoscimento precoce. In particolare la risonanza magnetica cardiaca offre una valutazione completa per rilevare i segni precoci di disfunzione cardiaca correlata alle terapie oncologiche, tanto che le linee guida stabilite per il monitoraggio della frazione di eiezione ventricolare sinistra per la potenziale cardiotossicità hanno recentemente incorporato la risonanza magnetica cardiaca.

Ambulatorio Radiologia Diagnostica	DIRIGENTI	11
	DIRIGENTE MEDICO	11
	COMPARTO	22.14
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	3
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA -	12
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	5.14
	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	2
Ambulatorio Radiologia Diagnostica Totale		33.14

3.a.4.4. Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Senologica

L'Unità di Radiologia Senologica eroga le seguenti prestazioni:

- Visita senologica
- Ecografia mammaria
- Mammografia (standard e in tomosintesi)
- Microbiopsia stereotassica (mammotome)
- Microbiopsia sotto guida ecografica (trucut)



- Microbiopsia stereotassica sotto guida ecografica
- Elitè
- Microbiopsia sotto guida RMN
- RMN
- CESM
- Duttogalattografia
- Esame citologico

Ambulatorio Radiologia Senologica	DIRIGENTI	5
	DIRIGENTE MEDICO	5
	COMPARTO	9.14
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA -	4
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	5.14
Ambulatorio Radiologia Senologica Totale		14.14

3.a.4.5. Struttura Semplice Dipartimentale Fisica Sanitaria

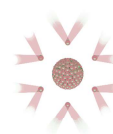
L'Unità di Fisica Sanitaria svolge le seguenti attività specialistiche sanitarie e istituzionali:

Principali prestazioni erogate:

- Pianificazione fisico-dosimetrica paziente-specifica e ottimizzazione di trattamenti radianti convenzionali o trattamenti altamente conformazionali di radioterapia (IMRT, VMAT).
- Pianificazione fisico-dosimetrica paziente-specifica e ottimizzazione dei trattamenti di radioembolizzazione epatica con Itrio-90.
- Elaborazione di pareri tecnici finalizzati alla sicurezza dell'esame di Risonanza Magnetica in pazienti portatori di dispositivi medici.
- Valutazione dell'esposizione del paziente, dell'embrione e del feto in vista o a seguito di procedure radiodiagnostiche.

Altre attività istituzionali:

- Test di accettazione e dosimetria di base sulle nuove installazioni che impiegano radiazioni.
- Monitoraggio dosimetrico dei fasci radianti e delle sorgenti radioattive.
- Gestione tecnica e controlli di qualità delle apparecchiature medico-radiologiche dedicate alla Radioterapia (Acceleratori lineari, Simulatore).
- Verifiche dosimetriche relative a pianificazioni fisico-dosimetriche dei trattamenti radioterapeutici.
- Prevenzione e analisi delle esposizioni accidentali e indebite.
- Sorveglianza sullo smaltimento dei materiali radioattivi secondo la normativa.
- Consulenza per l'impiego in sicurezza di apparecchiature a Risonanza Magnetica e apparecchiature Laser.



- Gestione tecnica e controlli di qualità delle apparecchiature medico-radiologiche dedicate alla diagnostica (radiologia CR e DR, TC, RM).
- Validazione del dato dosimetrico e impiego di livelli diagnostici di riferimento.
- Applicazione dell'informatica in ambito medico e gestione di tecniche avanzate di fusione di immagini di esami radiologici.
- Formazione finalizzata alla protezione del paziente e dei professionisti sanitari coinvolti nelle esposizioni.

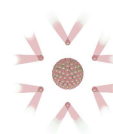
SSD Fisica Sanitaria	DIRIGENTI	5
	DIRIGENTE FISICO	5
	COMPARTO	1
	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	1
SSD Fisica Sanitaria Totale		6

3.a.4.6. Struttura Complessa di Anatomia Patologica

Il laboratorio di Anatomia Patologica dell'IRCCS Istituto Tumori di Bari è dotato di tutte le più moderne attrezzature necessarie alla diagnosi e all'individuazione dei bersagli molecolari che indirizzano il paziente oncologico a terapie personalizzate. Il Servizio si avvale di competenze specifiche per patologia grazie alla presenza di 18 anatomopatologi. Il suo bacino di utenza è l'area provinciale di Bari (circa 1.300.000 abitanti) in virtù di una convenzione con l'ASL Bari, con un numero di 38.000 casi/paziente e per un totale di circa 53.000 prestazioni.

Il servizio eroga prestazioni istologiche, su biopsie e campioni chirurgici, esami intraoperatori, esami citologici, immunoistochimici e molecolari (ibridazione in situ, OSNA per il linfonodo sentinella per le pazienti con carcinoma mammario, studi di clonalità dei linfomi, citogenetica etc.), diagnostica dei trapianti d'organo e consulenza diagnostica dei casi complessi. Il servizio comprende un'Unità Semplice di patologia senologica e un'Unità Semplice di patologia polmonare. Il servizio collabora con l'Università di Bari nell'attività didattica post-laurea (specializzazioni) ed è impegnato nella ricerca clinica e traslazionale con ricercatori interni ed esterni (nazionali ed internazionali). Il suo personale partecipa periodicamente ai Gruppi di studio Multidisciplinari nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici con la finalità di migliorare la qualità dell'assistenza. Inoltre, partecipa agli screening di 2° livello per il carcinoma cervico-vaginale, mammario e del colon-retto.

Ambulatorio Anatomia Patologica	DIRIGENTI	19
	DIRIGENTE MEDICO	16
	DIRIGENTE BIOLOGO	2
	DIRETTORE MEDICO	1
	COMPARTO	28
	TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	6
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1
	COMMESSE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO -	17
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO -	1



	INFERMIERE -	
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	1
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1
Ambulatorio Anatomia Patologica Totale		47

3.a.4.7. Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica

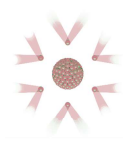
Il Laboratorio di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica si occupa dell'analisi di marcatori genetici di suscettibilità a neoplasie ereditarie, come quelli coinvolti nella sindrome del carcinoma ereditario della mammella e dell'ovaio (HBOC) e il melanoma ereditario. Inoltre, si occupa dello studio di biomarcatori molecolari utili per la prognosi e la predizione della risposta terapeutica nei tumori solidi ed ematologici, nonché della valutazione della tossicità ai farmaci.

Tipologia di prestazioni fornite:

- Analisi dei geni di suscettibilità nelle forme eredo-familiari della sindrome HBOC e nel melanoma familiare.
- Farmacogenetica: valutazione della tossicità alle fluoropirimidine e irinotecano.
- Determinazioni genetiche per setting terapeutico nei tumori solidi.
- Biopsia liquida per setting terapeutico nei tumori solidi.
- Test genetici per carcinoma mammario (es. Endopredict).
- Fattori prognostici nei tumori solidi.
- Determinazioni per la diagnostica ed il follow-up oncoematologico.

Conoscere l'assetto genetico dei pazienti è oggi fondamentale per la definizione della diagnosi e una corretta impostazione terapeutica. Nel Laboratorio di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica vengono effettuate determinazioni molecolari su un ampio numero di geni, utilizzando approcci metodologici e tecnologie innovative. Questo lavoro è supportato dai progetti di ricerca traslazionale svolti nello stesso laboratorio, che si concentrano sull'identificazione di marcatori genetici ed epigenetici da utilizzare, dopo opportuna validazione, nella pratica clinica.

In particolare, il laboratorio è impegnato nella costruzione, test e validazione di pannelli per lo studio di profili genetici, di espressione genica e di miRNA utili per la costruzione di network biologici in grado di classificare i tumori e le risposte alle terapie in patologie quali melanoma, carcinoma polmonare e carcinoma mammario. Ciò è possibile anche grazie agli studi di bioinformatica condotti nello stesso laboratorio. L'elenco delle analisi disponibili è in costante aggiornamento per fornire alla clinica le determinazioni più all'avanguardia per una corretta impostazione terapeutica dei tumori.



La biopsia liquida, analisi su plasma, è possibile anche per pazienti al di fuori dell'Istituto previo accordi telefonici con il personale del laboratorio e consegna di provetta con stabilizzante.

Il servizio offre anche la caratterizzazione molecolare delle neoplasie ematologiche per migliorare la stratificazione dei pazienti, la prognosi e la definizione di nuovi bersagli terapeutici e vulnerabilità selettive ai farmaci.

Il Laboratorio di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica, in collaborazione con il Centro Studi Tumori Eredo Familiari dell'Istituto, si occupa di rilevare l'eventuale presenza di alterazioni genetiche germinali per la valutazione del rischio familiare, che comporta un percorso diagnostico preventivo dedicato.

Il Laboratorio di Genetica Molecolare e Farmacogenetica partecipa a programmi di Valutazione Esterna della Qualità (nazionali ed internazionali) per ogni tipologia di analisi. In particolare, il laboratorio aderisce ai controlli di qualità patrocinati dalle società scientifiche nazionali AIOM e SIAPEC, oltre a controlli di qualità europei (EMQN e ERIC) che valutano la performance dell'intero processo analitico dei più importanti biomarcatori.

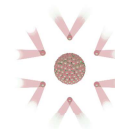
L'attività è rivolta ai clinici che necessitano di approfondimenti diagnostici per pazienti oncologici, al fine di una più efficace personalizzazione delle terapie. Questo servizio viene svolto su richiesta dei medici oncologi e di altri specialisti, sia interni che esterni all'Istituto. Il Laboratorio di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica accetta campioni biologici accompagnati dal modulo "Richiesta Esami" debitamente compilato e firmato dal medico oncologo, impegnative, consenso informato firmato e copia della diagnosi istologica dal lunedì al venerdì, entro le 13.30. N.B. I campioni tissutali sono accettati dall'UO di Anatomia Patologica per la rivalutazione istologica e l'allestimento dei preparati.

Ambulatorio Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica	DIRIGENTI	4
	DIRIGENTE BIOLOGO	4
	COMPARTO	4
	TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO -	2
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	1
	Ambulatorio Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica Totale	8

3.a.4.8. Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Patologia Clinica

La SSD di Patologia Clinica comprende:

- Sala Prelievi con cinque postazioni separate ubicata all'esterno della palazzina
- Accettazione Prelievi
- Segreteria / Front-Office e Registrazione richieste
- Settore Preanalitica



- Settore Analisi Chimico Cliniche
- Settore Marcatori Tumorali e Ricerca
- Settore Microbiologia – Virologia
- Settore Immunologia – Protidologia
- Settore Ematologia – Coagulazione

Ambulatorio Patologia Clinica	DIRIGENTI	3
	DIRIGENTE MEDICO	2
	DIRIGENTE BIOLOGO	1
	COMPARTO	19.15
	TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	1
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO -	10
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	6.15
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	1
Ambulatorio Patologia Clinica Totale		22.15

3.a.4.9. Struttura a Valenza Dipartimentale di Cardiologia Oncologica

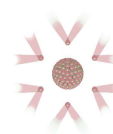
L'unità Operativa di Cardiologia svolge attività ambulatoriale e di consulenza specialistica per i pazienti ricoverati presso l'Istituto, oltre che garantire le medesime prestazioni anche per i pazienti ambulatoriali esterni previa prenotazione presso l'Ufficio CUP dell'Istituto o da postazione periferica.

Le attività assistenziali vengono riservate prioritariamente ai pazienti affetti da patologia tumorale, con particolare attenzione per tutte le problematiche cardiovascolari connesse alla patologia, oltre che garantire il supporto cardiovascolare per i pazienti sottoposti a trattamenti antitumorali potenzialmente cardiotossici. Le attività si svolgono previa programmazione dei controlli periodici prima, durante e dopo le cure antitumorali, in pieno accordo con le linee guida internazionali in materia di "CardiOncologia"

Attività ambulatoriale:

- Monitoraggio ambulatoriale delle 24 ore della pressione arteriosa;
- Test cardiovascolare da sforzo su pedana mobile
- Test cardiovascolare da sforzo al cicloergometro
- Elettrocardiogramma e visita cardiologia
- ECG dinamico della 24 ore secondo Holter
- Ecocardiogramma bidimensionale, doppler e color doppler
- Diagnostica doppler ed ecocolordoppler vascolare (al momento solo per pazienti ricoverati)

Ambulatorio Cardiologia	DIRIGENTI	6
	DIRIGENTE MEDICO	6
	COMPARTO	6.14
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO -	5.14



	INFERMIERE -	
	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	1
Ambulatorio Cardiologia Totale		12.14

3.a.5. Dipartimento di Staff

Il Dipartimento comprende Unità Operative che per le loro funzioni peculiari sono di supporto al Direttore Generale nei processi di pianificazione, programmazione e controllo aziendale ma non direttamente dipendente dallo stesso per ciò che concerne la sua organizzazione e gestione, nel rispetto a quanto sancito all'art. 4 del D.lgs 165/2001 e s.m.i..

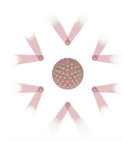
Le principali funzioni del Dipartimento di Staff sono di seguito indicate:

- Pianificazione dei servizi sanitari sulla base di analisi di contenuto interno ed esterno;
- Programmazione e controllo;
- Sicurezza dei pazienti;
- Attività consultiva in materia giuridica;
- Qualità e formazione.

3.a.5.1. Struttura Complessa di Farmacia ed U.MA.CA.

ATTIVITÀ SVOLTE:

- Dispensazione di farmaci, dispositivi medici, nutrizione parenterale e materiali diagnostici alle UUOO dell'Istituto;
- Appropriatezza prescrittiva e uso off label;
- Logistica di magazzino, ordini, acquisti e liquidazione fatture;
- Report dati di spesa e monitoraggio cassette di reparto;
- Ispezioni presso le UU.OO. dell'Istituto (3 ispezioni/anno per ogni reparto);
- Procedure di importazione dei farmaci esteri;
- Gestione dei farmaci stupefacenti;
- Dispensazione farmaci e sacche per nutrizione parenterale a pazienti esterni: primo ciclo di terapia alla dimissione;
- Gestione dei farmaci sperimentali nell'ambito di protocolli clinici ed expanded access programs (EAP): circa 30 trial clinici interventistici/EAP con farmaco all'anno;
- Rapporti con data manager, CRO e Sponsor degli studi clinici sperimentali;
- Riconciliazione Farmacologica;
- Allestimento personalizzato dei farmaci antitumorali ad uso parenterale per pazienti ricoverati ed ambulatoriali (circa 80.000 preparazioni/anno);
- Supporto alle attività di somministrazione dei farmaci antitumorali;
- Attività di estrazione e rielaborazione dati delle terapie antitumorali tramite gestionale;
- Attività di ricerca nei settori della farmaceutica e farmacologia dei farmaci antitumorali;
- Studi di stabilità chimico-fisica dei farmaci antitumorali;



- Attività professionale nei Team Multidisciplinari e nel Molecular Tumor Board istituzionali e regionali;
- Elaborazione Capitolati di Gara, valutazioni di conformità;
- Attività professionale all'interno di Commissioni Tecniche di Gara;
- Segreteria Scientifica del Comitato Etico;
- Segreteria della Commissione Terapeutica Aziendale;
- Elaborazione flussi informativi relativi ai consumi di farmaci, dispositivi medici, ecc.;
- Farmaco- e Dispositivo-Vigilanza;
- Attività di docenza e tutoraggio per la Scuola di Specializzazione di "Farmacia Ospedaliera" e di Short Master dell'Università degli Studi di Bari;
- Applicazione del Sistema di Gestione della Qualità, ai sensi della Normativa Europea ISO9001:2015;
- Attività di ricerca scientifica.

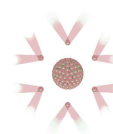
SC Farmacia	DIRIGENTI	8
	DIRIGENTE FARMACISTA	7
	DIRETTORE FARMACISTA	1
	COMPARTO	7.5
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	4.5
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	2
SC Farmacia Totale		15.5
UMACA	COMPARTO	5.5
	INFERMIERE	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	4.5
UMACA Totale		5.5

3.a.5.2. Struttura Complessa Burocratico, Legale, Privacy ed Affari Generali

Struttura Burocratico Legale	DIRIGENTI	1
	DIRIGENTE AVVOCATO	1
	COMPARTO	5
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE ESPERTO	1
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	1
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	2
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1
Struttura Burocratico Legale Totale		6

3.a.5.3. Struttura Complessa Statistica, Epidemiologia e Qualità

SC UOSE, Controllo di gestione e Qualità	DIRIGENTI	3
	DIRIGENTE MEDICO	1
	DIRIG. PROFESS. SANIT. INFERM. TEC. RIABILIL. DELLA PREVENZ. PROF. OSTETRICHE	1
	DIRETTORE MEDICO	1



	COMPARTO	6
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - ASSISTENTE SANITARIO -	1
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	3
	ASSISTENTE TECNICO	1
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1
SC UOSE, Controllo di gestione e Qualità Totale		9

3.a.5.4. Struttura a Valenza Dipartimentale Servizio Professioni Sanitarie

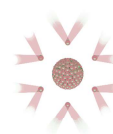
La S.S.D. Servizio delle Professioni Sanitarie ha il fine di coadiuvare e supportare la Direzione Aziendale e:

- Concorrere nell'assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti, promuovendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche;
- Si pone in una prospettiva di sviluppo delle competenze, di valutazione dei processi assistenziali, di innovazione e di sviluppo organizzativo e di ricerca per tutte le professioni sanitarie afferenti all'UO;
- Collabora alla definizione degli obiettivi di pianificazione strategica aziendale, assicurando una gestione integrata delle risorse umane e materiali.

Persegue i seguenti obiettivi:

- **ORGANIZZATIVI:** migliore coordinamento e realizzazione di modelli organizzativi e assistenziali idonei a soddisfare i bisogni e la presa in carico integrata del paziente;
- **CLINICO-ASSISTENZIALI:** miglioramento della qualità dell'assistenza, favorendo le condizioni organizzative necessarie a garantire un'assistenza di elevata qualità alla cittadinanza, anche attraverso l'implementazione delle buone pratiche assistenziali e l'innovazione organizzativa;
- **ECONOMICI:** promuovere la valorizzazione delle singole professionalità e delle specifiche competenze, garantendo una gestione delle risorse più efficiente, tale da porre in rilievo l'adequazione delle assegnazioni del personale e dei relativi compiti;
- **STRATEGICI:** sviluppo e diffusione delle competenze organizzative. Idonea programmazione del fabbisogno, gestione e monitoraggio del personale sulla base degli obiettivi e della mission aziendale.

SSD Servizio delle Professioni Sanitarie	DIRIGENTI	1
	DIRIG. PROFESS. SANIT. INFERM. TEC. RIABILIL. DELLA PREVENZ. PROF. OSTETRICHE	1
	COMPARTO	6.14
	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO ESPERTO	1
	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	3
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	1.14



SSD Servizio delle Professioni Sanitarie Totale	7.14

3.a.5.5. Struttura a Valenza Dipartimentale Clinical Risk Management e Formazione

Clinical Risk Management	DIRIGENTI	1
	DIRIGENTE MEDICO	1
	COMPARTO	1.4
	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO -	1
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	0.4
Clinical Risk Management Totale		2.4
Ufficio Formazione	COMPARTO	1
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1
Ufficio Formazione Totale		1

3.a.5.6. Struttura a Valenza Dipartimentale Controllo di Gestione. Transizione Digitale e Trasferimento Tecnologico

SSD Controllo di Gestione, Transizione Digitale e Trasferimento Tecnologico	DIRIGENTI	1
	INGEGNERE	1
SS Controllo di Gestione, Transizione Digitale e Trasferimento Tecnologico Totale		2

3.a.6. Dipartimento della Gestione

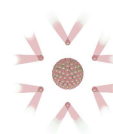
Il Dipartimento della Gestione esercita attività di supporto nei confronti della Direzione Strategica nonché di tutte le altre strutture aziendali, garantendo l'espletamento delle funzioni amministrative e gestionali. Cura inoltre l'integrazione delle risorse professionali, finanziarie e tecnologiche per il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali.

3.a.6.1. Struttura Complessa Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici

SC Area tecnica	DIRIGENTI	2
	DIRIGENTE INGEGNERE	1
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1
	COMPARTO	11
	OPERATORE TECNICO	4
	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	3
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	3
	ASSISTENTE TECNICO	1
SC Area tecnica Totale		13

3.a.6.2. Struttura Complessa Area Gestione Risorse Finanziarie

SC Area Gestione Risorse Finanziarie	DIRIGENTI	2
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	2
	COMPARTO	5
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	3



	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	2
SC Area Gestione Risorse Finanziarie Totale		7

3.a.6.3. Struttura Complessa Area Gestione Risorse Umane

SC Area Gestione Risorse Umane	DIRIGENTI	1
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1
	COMPARTO	13.6
	COMMESSO	1
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE ESPERTO	2
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	7
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	1
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	2.6
SC Area Gestione Risorse Umane Totale		14.6

3.a.6.4. Struttura a Valenza Dipartimentale Area Gestione Patrimonio, Contratti ed Appalti

SSD Patrimonio Appalti e Contratti	DIRIGENTI	1
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1
	COMPARTO	12
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE ESPERTO	1
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	5
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	2
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	4
SSD Patrimonio Appalti e Contratti Totale		13

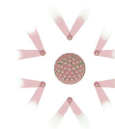
3.b. Sottosezione Organizzazione del Lavoro Agile

3.b.1. Introduzione

La definizione di “lavoro agile” è stata introdotta nel nostro ordinamento dall’art. 18 della Legge n.81 del 22 Maggio 2017 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato” ed è la seguente:

“Modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, nonché con forme di organizzazione per fasi, cicli, obiettivi, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.”.

Essa è stata così, ben individuata, come una delle modalità previste dall’Art. 14, comma 1 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 (le altre sono il “telelavoro” ed “altre forme di lavoro a



distanza", come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite) con cui le PP.AA. *"nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, assicurano nuove modalità spazio-temporali di erogazione delle prestazioni lavorativa da parte del dipendente, tali da permettere ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo altresì che questi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera"*.

E' importante notare che la Legge 81/2017, come riportato nel comma 1 dello stesso art.18, introduce questa modalità di rapporto di lavoro *"allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro"*. In buona sostanza il lavoro agile ha come fine l'obiettivo di identificare e introdurre la possibilità per il lavoratore di svolgere le attività assegnate nelle condizioni ritenute più confortevoli ad esempio:

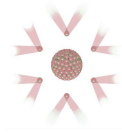
- la scelta del luogo di lavoro presso il quale il lavoratore vorrebbe svolgere la sua mansione, o l'assegnazione di uno spazio in un ambito di coworking, riducendo per quanto possibile, gli spostamenti in entrambi i casi;
- fornendo adeguati strumenti, che dovranno consentire il regolare svolgimento del lavoro nella nuova modalità;
- in merito all'organizzazione, in quanto egli deve raggiungere un obiettivo ma con l'opportunità di concordare i cicli di lavoro, nei tempi e nei modi a lui più consoni, nel rispetto delle scadenze fissate contrattualmente con il datore di lavoro ma senza necessariamente fare riferimento a orari e luoghi predefiniti (quest'ultimo è un aspetto importante che distingue tale modalità dal telelavoro).

Riassumendo, è importante evidenziare che la modalità di lavoro agile concede flessibilità e autonomia al lavoratore nella scelta degli spazi, degli orari e in buona parte anche in merito agli strumenti da utilizzare ma per contro prevede il raggiungimento di obiettivi (a cui ovviamente sarà legata la prestazione del lavoratore stesso) e pertanto anche una responsabilità del lavoratore in merito ai risultati da ottenere.

In buona sostanza le novità che caratterizzano questa modalità di lavoro in piena evoluzione e diffusione sono quattro: la flessibilità degli orari, la diversità dei luoghi di lavoro in cui svolgere la mansione (non più esclusivamente la sede aziendale), il raggiungimento di obiettivi e risultati concordati, una riorganizzazione del lavoro con conseguente diverso approccio dei soggetti coinvolti.

A seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19 poi, il Decreto Legge 17 marzo 2020 n.18 - cosiddetto Decreto "Cura Italia" convertito con modificazioni nella Legge 24 aprile 2020, n° 27, ha stabilito che il "lavoro agile" fosse la modalità ordinaria di erogazione della prestazione lavorativa fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica, limitando così *"la presenza del personale nei luoghi di lavoro per assicurare esclusivamente le attività ritenute indifferibili e che richiedono necessariamente tale presenza, anche in ragione della gestione dell'emergenza"*.

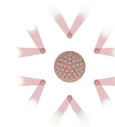
Tale circostanza ha, di fatto, avviato una importante ed "obbligata" sperimentazione della modalità "agile" di fornitura della prestazione lavorativa, al punto che, con l'Art. 263 del D.L.



19 maggio 2020, n. 34, "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con modificazioni in Legge n. 77 del 17 luglio 2020, il legislatore ha stabilito che *"entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. (Piano della Performance n.d.r.). Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano. Il raggiungimento delle predette percentuali è realizzato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente. Le economie derivanti dall'applicazione del POLA restano acquisite al bilancio di ciascuna amministrazione pubblica"*.

Nell'autunno del 2021, con D.M. dell'8 ottobre 2021 - "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni", il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha stabilito che: *"Nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile da definirsi ai sensi dell'art. 6, comma 2, lettera c), del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, nell'ambito del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), e tenuto che a decorrere dalla data di cui al comma 1 (15 ottobre 2021 n.d.r.) il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale modalità, ove consentito a legislazione vigente, potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:*

- a) lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;*
- b) l'amministrazione deve garantire un'adequata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;*
- c) l'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;*
- d) l'amministrazione deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;*

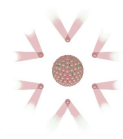


- e) *l'amministrazione, inoltre, mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;*
- f) *l'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire, almeno:*
- 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;*
 - 2) le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità;*
 - 3) le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile;*
- g) *le amministrazioni assicurano il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;*
- h) *le amministrazioni prevedono, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza, nel rispetto di quanto stabilito dal presente articolo.*

Precisando altresì, nei successivi commi 6 e 7, che: *“Ai fini dell'omogenea attuazione delle misure previste dal presente decreto, il Ministro per la pubblica amministrazione adotta specifiche linee guida che, per le misure previste dal comma 3, lettere f) e h), sono oggetto di previo confronto con le organizzazioni sindacali. Gli accordi individuali di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, stipulati in data anteriore a quella di entrata in vigore del presente decreto, restano validi a condizione che siano rispettate le condizionalità introdotte dal presente articolo o che siano ad esse tempestivamente adeguati.”.*

In data 30 novembre 2021 il Dipartimento della Funzione Pubblica ha emesso le predette “Linee Guida” definendo nella loro “Parte Seconda - Le condizioni per l’accesso alla prestazione lavorativa in forma agile” così sintetizzabili:

- Condizioni tecnologiche, privacy e sicurezza che in sintesi riguardano:
 - la dotazione tecnologica che deve essere fornita ad ogni dipendente e le eventuali possibili deroghe;
 - le modalità ed i protocolli di connessione sicura ai sistemi informativi di trattamento dei dati e di telecomunicazione;
- Accesso al Lavoro Agile in termini di:
 - tipologia del personale;
 - esclusioni dall’accordo;
 - finalità e vincoli;
- Accordo individuale, mediante definizione dei suoi elementi essenziali:
 - durata dell’accordo;
 - modalità di svolgimento con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza
 - modalità e motivi di recesso;
 - tempi di riposo del lavoratore;
 - diritto alla disconnessione;



- modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa all'esterno.
- Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione:
 - Insussistenza dei vincoli di orario;
 - Periodi di inoperabilità;
 - Fruizione dei permessi;
 - Incompatibilità di lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio;
 - Rientro in presenza in caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica o di sopravvenute esigenze di servizio.
- Formazione:
 - All'uso delle piattaforme di lavoro agile;
 - All'empowerment organizzativo in tale modalità di lavoro.

Il DM del 9 dicembre 2020 ha infine stabilito che il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale specifica sezione del Piano delle Performance, di cui all'art 10, comma 1, lett. a), D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, è specificatamente *“rivolto a definire i necessari processi di innovazione amministrativa da mettere in atto nelle amministrazioni pubbliche, ai fini della programmazione e gestione del lavoro agile c.d. “temporaneo” della fase emergenziale, alla implementazione stabile del lavoro agile c.d. “ordinario”, così come disciplinato dalla L. n.81/2017 nell'ambito delle PP.AA.”*

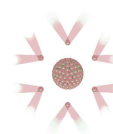
Anche il CCNL Comparto Sanità del 02.11.2022 ha regolamentato il lavoro agile negli artt. 76-80.

E' indirizzata a tutte le amministrazioni la direttiva sul lavoro agile che il ministro per la Pubblica amministrazione, Paolo Zangrillo, ha firmato il 29.12.2023.

Il lavoro agile nel pubblico impiego è regolato – ricorda la direttiva - da accordi individuali, che calano nel dettaglio obiettivi e modalità *ad personam* dello svolgimento della prestazione lavorativa. Per quanto riguarda in particolare i cosiddetti lavoratori “fragili”, l'ormai superata contingenza pandemica, nonché la disciplina contrattuale collettiva consolidata e la padronanza, da parte delle amministrazioni, dello strumento del lavoro agile come volano di flessibilità orientato alla produttività e alle esigenze dei lavoratori, ha fatto ritenere superata l'esigenza di prorogare ulteriormente i termini di legge che stabilivano l'obbligatorietà del lavoro agile.

L'attenzione per i dipendenti più esposti a situazioni di rischio per la salute, tuttavia, non viene meno: la direttiva evidenzia infatti la necessità di garantire ai lavoratori che documentano *“gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari”* la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, *“anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza”*.

Nell'ambito dell'organizzazione di ogni amministrazione, sarà dunque responsabilità di ciascun dirigente individuare le misure organizzative che si rendono necessarie in tal senso, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali.



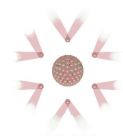
La presente sottosezione, pertanto, intende stabilire le misure organizzative, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, i requisiti tecnologici e di verifica periodica dei risultati conseguiti, in termini di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, secondo le indicazioni delle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di Performance, adottate col D.M. del 9 dicembre 2020, tenendo in debito conto il disposto congiunto di cui all'art 14 "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche", il quale prevede che *"l'adozione delle misure organizzative e il raggiungimento degli obiettivi (...) costituiscono oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale all'interno delle amministrazioni pubbliche. Le amministrazioni pubbliche adeguano altresì i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno, individuando specifici indicatori per la verifica dell'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa, nonché sulla qualità dei servizi erogati, delle misure organizzative adottate in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative."*

3.b.2. Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

Sin dalle prime fasi della pandemia, allorché:

- la direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri — Dipartimento della Funzione Pubblica 25 febbraio 2020, n. 1, con l'art. 3 dava indicazioni affinché le PP.AA., nell'esercizio dei poteri datoriali, privilegiassero modalità flessibili di svolgimento della prestazione lavorativa;
- la circolare n. 1 del 4 marzo 2020 del Dipartimento della Funzione pubblica stabiliva le "Misure incentivanti per il ricorso a modalità flessibili di svolgimento della prestazione lavorativa";
- infine il comma 1 dell'art. 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 8 marzo 2020 prevedeva tra le misure per il contrasto e il contenimento del diffondersi del virus COVID-19, alla lettera r) "la modalità di lavoro agile,, disciplinata dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81, potendo applicarla, per la durata dello stato di emergenza, a ogni rapporto di lavoro subordinato, nel rispetto dei principi dettati dalle menzionate disposizioni, anche in assenza degli accordi individuali ivi previsti,

l'Istituto, con Deliberazione n. 230 dell'11 marzo 2020, approvava il proprio "Regolamento temporaneo per l'adozione del lavoro agile quale misura di contrasto all'emergenza sanitaria COVID-19", stabilendo che, *"al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la continuità delle cure, il ricorso al lavoro agile non potesse essere autorizzato per il personale turnista (Dirigenza e Comparto) e, di norma, per tutto quel personale dei ruoli sanitario e tecnico (Dirigenza e Comparto) impiegato per assicurare detti LEA e la continuità delle cure, che deve assicurare la presenza in Istituto nelle fasce orarie previste dai turni e/o. dall'orario di servizio necessario per assicurare la funzionalità degli uffici e l'erogazione dei servizi "all'utenza"."*



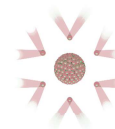
Sebbene la normativa consentisse, in ragione della situazione di emergenza, la possibile deroga dalla sottoscrizione degli accordi individuali, l'art. 9 del citato regolamento ne stabiliva comunque l'obbligo di sottoscrizione. Tale articolo elencava altresì, tutti i contenuti disciplinati dall'accordo individuale:

- a) l'esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori dei locali dell'Amministrazione, con particolare riguardo agli strumenti tecnologici utilizzati e al rispetto del diritto alla disconnessione per il lavoratore;
- b) l'attestazione della presenza in servizio effettuata mediante l'invio di mail, all'indirizzo di posta elettronica istituzionale del Direttore/Dirigente responsabile della Struttura di appartenenza e di quello dedicato dell'Area GRU, all'inizio e alla fine della giornata lavorativa in lavoro agile o, in alternativa, attraverso l'utilizzo di apposite applicazioni web fruibili da qualunque postazione fissa e mobile secondo le indicazioni fornite dall'Amministrazione.
- c) le modalità di monitoraggio della prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali dell'Amministrazione, tenendo conto dell'articolo 4 dello Statuto dei lavoratori (Legge n. 300/1970 e smi.), mediante la produzione di report giornaliero dell'attività svolta da inviare a mezzo posta elettronica, giornalmente, al Direttore/Dirigente responsabile della Struttura di appartenenza e al Direttore Amministrativo;
- d) il diritto alla disconnessione; -
- e) l'indicazione del domicilio presso il quale si svolge la prestazione lavorativa in modalità agile;
- f) l'individuazione delle giornate di lavoro agile nell'arco della settimana lavorativa;
- g) le attività lavorative da espletare in modalità agile;
- h) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo da parte dell'Amministrazione;
- i) le fasce di reperibilità/contattabilità;
- j) gli obblighi di condotta del dipendente connessi all'espletamento di prestazioni di lavoro in modalità agile e gli obblighi di riservatezza posti a suo carico;
- k) i costi a carico del dipendente, direttamente e/o indirettamente collegati allo svolgimento della prestazione lavorativa (elettricità, linea di connessione, spostamenti ecc.), non rimborsabili dall'Amministrazione;
- l) le modalità e i termini del recesso e la disciplina del relativo preavviso.

Sulla base di tale regolamento, ogni Dirigente/Direttore ha proceduto ad organizzare il proprio ufficio in modo da assicurare la percentuale più elevata possibile di lavoro agile, garantendo al contempo la qualità e l'efficacia delle funzioni amministrative, ferma restando la facoltà di richiamare in presenza ogni dipendente assegnato all'ufficio per attività indifferibili.

L'Istituto ha altresì velocemente predisposto gli strumenti tecnologici necessari per lo svolgimento dell'attività ordinaria in modalità agile:

- con periodicità giornaliera, il dipendente ha inserito i propri dati e gli orari dell'attività svolta in smart working, mediante invio di mail all'Ufficio Rilevazione presenze;



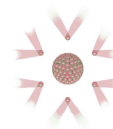
- ha poi inviato un report settimanale delle attività svolte al proprio Dirigente/Direttore.
- sono state introdotte modalità di incontro virtuale in videoconferenza, attraverso le piattaforme MS-Teams o Cisco Webex.

Hanno utilizzato la modalità del lavoro agile il 9 % circa dei dipendenti dell'Istituto.

Avendo poi il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con il D.M. dell'8 ottobre 2021, stabilito che, a partire dal 15 ottobre 2021, "il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale modalità, ove consentito a legislazione vigente, possa essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:

- a) lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;*
- b) l'amministrazione deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;*
- c) l'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;*
- d) l'amministrazione deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;*
- e) l'amministrazione, inoltre, mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;*
- f) l'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire, almeno:*
 - 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;*
 - 2) le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità;*
 - 3) le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile;*
- g) le amministrazioni assicurano il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;*
- h) le amministrazioni prevedono, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza, nel rispetto di quanto stabilito dal presente articolo.*

Terminata la fase dell'emergenza pandemica, deve tenersi ben presente, che l'accesso al lavoro agile non rappresenta più una misura di contrasto e prevenzione alla diffusione del Covid-19 e pertanto, le finalità e presupposti della sua introduzione devono tornare ad essere del tipo "win-win" tra datore di lavoro e dipendente:



- nella prospettiva datoriale, migliorare l'efficienza e/o l'efficacia delle attività e/o dei servizi attraverso l'innovazione organizzativa e la modernizzazione dei processi,
- nella prospettiva del dipendente, agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro
- nella prospettiva comune, implementare misure di benessere organizzativo.

Non vi è dubbio inoltre, che lo sforzo organizzativo prodotto in corso di emergenza pandemica, ha consentito di porre in luce quali siano le criticità, le infrastrutture, i sistemi, le capacità individuali da potenziare e gli ambiti organizzativi in cui poter implementare il lavoro agile con i maggiori ritorni di efficienza ed efficacia.

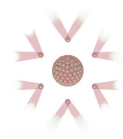
E' così possibile individuare 6 ambiti specifici di intervento entro cui implementare misure correttive e di miglioramento:

- a) Regolamentare ed autorizzativo;
- b) Organizzativo;
- c) Tecnologico;
- d) Formativo;
- e) Sicurezza dei luoghi del lavoro;
- f) Indicatori di performance (sostenibilità economica ed organizzativa).

3.b.3. Modalità attuative

Superata la fase emergenziale, L'IRCCS si prefigge i seguenti obiettivi per il presente Piano di implementazione e sviluppo del lavoro agile:

- a. **Lo sviluppo di capacità di governo dei procedimenti complessi mediante** individuazione delle attività elementari che concorrono al completamento dei processi di erogazione dei servizi intermedi, di supporto e finali e loro organizzazione in procedure e tempistiche che responsabilizzino le risorse umane e consentano la **gestione per obiettivi**;
- b. L'individuazione di **dotazioni tecnologiche individuali, piattaforme telematiche di lavoro cooperativo** utilizzabili indifferentemente in sede ed in remoto, **sistemi informativi accessibili in sicurezza che dematerializzino completamente i processi produttivi**;
- c. L'implementazione di **percorsi formativi dedicati a tutto il personale dipendente, sia della dirigenza che del comparto**, per lo sviluppo delle **capacità operative individuali gestionali e digitali abilitanti la transizione digitale** dei processi in presenza virtuale;
- d. L'individuazione di un **sistema correlato di obiettivi misurabili mediante indicatori di costo, benessere e non discriminazione del personale, efficienza ed efficacia, che confluisca nel Piano della Performance**, per valutare e migliorare costantemente le strategie di implementazione del lavoro agile nell'Istituto;
- e. La **valorizzazione del personale, il miglioramento del benessere organizzativo** correlato al work-life balance e la promozione dell'inclusione lavorativa di quanti si trovino in situazione di fragilità permanente o temporanea;



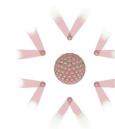
Alla luce dell'esperienza condotta durante la pandemia da Covid-19, è stato possibile osservare che:

1. **Gran parte delle attività amministrative possono essere svolte in modalità "agile"** nonostante sussistano ancora criticità per quanto attiene:
 - alla capacità di gestire efficientemente ed efficacemente la prestazione di lavoro per "obiettivi";
 - alla persistenza di limitate capacità/attitudini di utilizzo delle piattaforme telematiche di lavoro cooperativo;
 - alle dotazioni telematiche individuali ed all'adeguamento dei sistemi informativi per la completa dematerializzazione delle procedure;
2. **Diverse attività tecniche di tipo professionale** possono essere svolte in remoto sebbene in alcuni casi possano sussistere le medesime difficoltà di cui al punto precedente, fatta eccezione per quelle che necessitano di intervento fisico o sopralluoghi su immobili, impianti e sistemi;
3. **Alcune attività tecniche in ambito sanitario** possono essere eseguite in remoto ma necessitano di un'adeguata verifica preliminare di sostenibilità, efficienza ed efficacia;
4. **Limitate attività mediche potranno essere erogabili in modalità "agile" laddove sussistano i requisiti per la loro erogazione secondo le previsioni delle Linee Guida per la Telemedicina al fine del loro accreditamento.** Alla stregua delle attività tecniche in ambito sanitario di cui al punto precedente, potrebbero essere eseguite in remoto alcune **attività di studio, aggiornamento e ricerca, nonché la partecipazione ai Team Multidisciplinari** laddove le piattaforme di interazione consentano l'idonea valutazione della documentazione medica dei pazienti e siano opportunamente certificate.

3.b.3.1. Modalità attuative: ambito regolamentare ed autorizzativo

Alla luce della vigente normativa, l'adibilità del lavoro agile nell'Istituto richiede due importanti interventi preliminari:

1. L'adozione di un Regolamento aziendale coerente con l'evoluzione normativa rispetto a quello già adottato con la Deliberazione n. 230 dell'11 marzo 2020;
2. La revisione dello schema di accordo individuale, effettuata tenendo ben presente l'indispensabile presenza delle seguenti componenti:
 - a. Eventuale sussistenza di condizioni complessive di fragilità del soggetto e/o del nucleo familiare di appartenenza;
 - b. Durata dell'accordo, sede, giornate ed orari in cui effettuare di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità "agile" che rispettino i criteri normativi vigenti e che garantiscano comunque il benessere psico-fisico del personale dipendente;
 - c. Modalità di attivazione e recesso;
 - d. Fasce di contattabilità, modalità di monitoraggio e diritto alla disconnessione;
 - e. Condotte sanzionabili;



- f. Attività di competenza eseguibili in modalità “agile”, metodi di individuazione delle scadenze e degli obiettivi, nonché di esecuzione delle verifiche da parte del Dirigente/Responsabile delegato;
- g. Autocertificazione della sussistenza dei requisiti ambientali e tecnologici per l'erogazione in sicurezza della prestazione lavorativa attraverso Postazione di Lavoro (PdL) munita di videoterminale;
- h. Dotazioni tecnologiche individuali messe a disposizione del lavoratore ed eventuali possibilità di deroga, nonché dichiarazione di consapevolezza delle misure di sicurezza da osservare per il lavoro su PdL remota.

3.b.3.2. Modalità attuative: ambito organizzativo

Come evidenziato nel precedente paragrafo, l'accordo individuale con il dipendente prevede la definizione chiara ed inequivocabile di:

- a. Attività di competenza eseguibili in modalità “agile”;
- b. Metodi di determinazione, per ciascuna di esse, di scadenze, obiettivi e verifica della loro esecuzione da parte del Dirigente/Responsabile delegato;

A tale scopo si procederà alla mappatura dei processi di erogazione delle prestazioni di lavoro da parte delle seguenti categorie di dipendenti

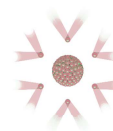
- Dirigenti;
- Posizioni Organizzative e Coordinatori;
- Comparto,

per ciascuno dei seguenti ambiti:

- Prestazioni Amministrative;
- Prestazioni tecniche;
- Prestazioni professionali;
- Prestazioni sanitarie.

Andando a verificare - per ciascuna di esse - la possibilità tecnica di loro erogazione, tenendo conto de:

- la loro natura;
- le dotazioni tecnologiche individuali disponibili al dipendente;
- le piattaforme telematiche di lavoro cooperativo disponibili per la loro esecuzione;
- la sicurezza del trattamento dei dati in modalità agile;
- La sostenibilità in termini di efficacia, (qualità pari o superiore dell'attività resa);
- La sostenibilità in termini di efficienza, (tempi e risorse necessarie non superiori per prestazioni di pari efficacia);
- La sostenibilità in termini di costi (costi complessivi diretti, indiretti ed “overheads” non superiori).



Tale “mappatura”, redatta sulla base delle ricognizioni dei processi eseguita da parte dei dirigenti responsabili delle strutture organizzative presso le quali è attestato il personale potenzialmente in grado di eseguire la propria prestazione lavorativa in modalità “agile”, potrà essere progressivamente aggiornata sulla base di esigenze promosse dal CUG e prioritizzate dalla Direzione Strategica.

Tale mappatura dovrà essere sottoposta ad un “assessment” di idoneità, sicurezza, e sostenibilità organizzativa (efficacia, efficienza, costi), da parte delle seguenti strutture, ciascuna per la parte di propria competenza:

- Area Gestione Risorse Umane;
- Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici;
- Responsabile della Transizione Digitale;
- Data Protection Officer;
- Servizio Prevenzione e Protezione;

I processi sottoposti a verifica saranno classificati nel seguente modo:

- Immediatamente disponibili;
- Disponibili previo adattamento;
- Parzialmente adatti;
- Non adatti.

Gli accordi individuali potranno essere attivati per i processi:

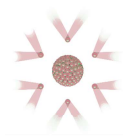
- a. “immediatamente disponibili”: purché l’allocazione e capienza delle giornate e degli orari non generi inefficienze;
- b. “disponibili previo adattamento”: a seguito di introduzione delle raccomandazioni emesse dalle strutture che abbiano condotto l’assessment e nel rispetto dei vincoli di cui al punto a.;
- c. “parzialmente adatti”: solo per quelle attività del processo che per loro natura siano remotizzabili nel rispetto dei vincoli di cui al punto b.;
- d. “non adatti”: non attivabili.

3.b.3.3. Modalità attuative: ambito tecnologico

L’attivazione del lavoro agile è intrinsecamente legata alla digitalizzazione generale delle attività aziendali.

Difatti, le tecnologie digitali debbono essere considerate il “driver” fondamentale per introdurre nuove modalità di lavoro che possano, alla volta o complessivamente migliorare l’efficacia, l’efficienza, i costi aziendali e sociali ed il benessere organizzativo, tra cui quelle del lavoro agile.

La digitalizzazione delle attività permette così di creare spazi di lavoro digitali virtuali “asincroni” nei quali la comunicazione, la collaborazione e la socializzazione non dipendono da



orari e luoghi di lavoro o “sincroni” in cui il telelavoro garantisce comunque adeguati livelli di produttività.

Il D. Lgs 7 marzo 2005, n 82, recante “Codice dell'amministrazione digitale” all'art 12, comma 1, stabilisce difatti che: *“Le pubbliche amministrazioni, nell'organizzare autonomamente la propria attività, utilizzano le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per la realizzazione degli obiettivi di efficienza, efficacia, economicità, imparzialità, trasparenza, semplificazione e partecipazione, nel rispetto dei principi di uguaglianza, nonché per l'effettivo riconoscimento dei diritti dei cittadini e delle imprese di cui al presente Codice, in conformità agli obiettivi indicati nel Piano Triennale per l'informatica nella p.a. di cui all'art.14-bis, comma 2, lettera b”.*

Le tecnologie digitali abilitanti il lavoro “agile” possono essere raggruppate in tre ambiti specifici ed interagenti:

- a. Dotazioni hardware individuali e piattaforme hardware per la “virtualizzazione” delle Postazioni di Lavoro;
- b. Piattaforme abilitanti il lavoro cooperativo ed operabili sia nella modalità “in presenza” che “agile”;
- c. Disponibilità di Sistemi Informatici con caratteristiche di sicurezza, resilienza, prestazionali idonee allo svolgimento della prestazione in modalità “agile”.

3.b.3.3.1. Dotazioni hardware individuali e piattaforme hardware per la “virtualizzazione” delle Postazioni di Lavoro.

La dotazione individuale sarà costituita da dispositivi costituiti da:

- Elaboratore/terminale costituito da dispositivo del tipo “Raspberry PI”, con S.O. Linux (Raspbian, Ubuntu o Debian);
- Disco fisso su micro SD Card della dimensione di 128 GB;
- Display HD di risoluzione non inferiore a 1920x1080 pixel;
- Mouse e tastiera.

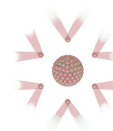
Il costo di tale dotazione, altamente standardizzata non dovrebbe superare i 200,00 € IVA inclusa, ammortizzabili in capo anche a 5 anni, con un ammortamento di 40,00 € annui che dovranno essere recuperati da incrementi di produttività nel corso dell’esercizio alla luce della persistente previsione di legge per cui il lavoro agile non deve essere foriero di costi aggiuntivi.

Nelle more di:

- dimensionare il fabbisogno complessivo di tali dotazioni;
- eseguire le procedure ad evidenza pubblica per la loro acquisizione,

e nell’ipotesi in cui esistano:

- accordi individuali già firmati;



- disponibilità del dipendente all'impiego di dotazioni informatiche personali,

con vincolo di durata:

- per il tempo strettamente necessario ad approvvigionare e configurare in maniera sicura tali dotazioni individuali presso la sede remota della prestazione lavorativa,

potrà essere autorizzato **l'uso di dotazioni informatiche personali** laddove sia superata la verifica dell'idoneità delle stesse per l'erogazione della prestazione di lavoro sotto il profilo installativo, ergonomico, di sicurezza fisica ed informatica e di performance sia del dispositivo che della connettività.

L'idoneità all'uso della dotazione informatica individuale fornita al dipendente o di suo possesso deve consentire il collegamento mediante protocolli "sicuri" (tunneling VPN) e trasmissione criptata dei dati, da e verso la Postazione di Lavoro del dipendente collocata "on premise" o in una piattaforma "cloud" ad essa sincronizzata, per l'erogazione della prestazione.

La PdL cui collegarsi può essere:

- "fisica", ed in particolare quella su cui il lavoratore opera nella sede dell'Istituto e di cui il lavoratore prende il controllo mediante strumenti di Desktop Remote Control
- "virtualizzata" ed installata su server, la quale viene attivata in occasione della richiesta di collegamento previa con autenticazione a due fattori),

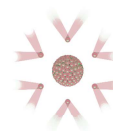
in ogni caso previa verifica di identità del dipendente mediante autenticazione a due fattori.

3.b.3.3.2. Piattaforme abilitanti il lavoro cooperativo ed operabili sia nella modalità "in presenza" che "agile".

Una delle misure essenziali per rendere il lavoro agile efficiente è quella di continuare a garantire al dipendente operante su postazione di lavoro remota e pertanto isolata, ancora integrato nel lavoro cooperativo con i colleghi mediante piattaforme informatiche integrate e flessibili per:

- Attribuire/ricevere compiti con le relative scadenze;
- Verificare/comunicare l'avanzamento di attività;
- Chiedere/fornire informazioni ed indicazioni;
- Condividere files ed informazioni.

La scelta dell'Istituto, in tal senso, è stata quella di limitare il più possibile l'impatto dell'apprendimento individuale, scegliendo la piattaforma di lavoro cooperativo della Microsoft, essendo estremamente diffuso, nell'organizzazione, l'uso della suite "Microsoft Office", di impiegare la suite che si basa sul prodotto "MS- Teams" per la creazione di Gruppi di Lavoro "Teams" e canali di comunicazioni in ciascuno di essi, con apposite "chat", notificazioni, condivisione files, gestione di workflow lavorativi con strumenti di planning.



Nonostante tali strumenti siano intuitivi e ben integrati alle applicazioni normalmente utilizzate: editore di testi, foglio elettronico, ecc., si rende comunque necessaria una formazione almeno per le funzioni più utili ad efficientare il lavoro cooperativo.

Attraverso le proprie credenziali, il dipendente accederà a tutte le funzioni della “suite” indipendentemente dal fatto che si trovi in lavoro agile o in presenza fisica.

3.b.3.3.3. Adeguamento dei sistemi informativi al lavoro “agile”.

Ultimo importante adempimento al fine di garantire un “sicuro”, “efficiente” ed “efficace” espletamento del lavoro agile, è quello di utilizzare sistemi informativi le cui funzioni possano comunque essere adeguatamente eseguite in modalità remota. Solo per esemplificare, il sistema di protocollo o quello di gestione degli atti (determinazioni e deliberazioni), devono garantire una modalità completamente dematerializzata, con integrazione della firma digitale, di cui dovrà disporre ogni dipendente che lavori in modalità agile, evitando così di porre limiti all'utilizzo nell'organizzazione.

A tale scopo, laddove i sistemi informativi lo consentano, in termini di sicurezza ed adeguata valutazione delle informazioni necessarie ad effettuare la prestazione, anche alcune specifiche attività sanitarie, ad esempio nel caso della refertazione d'urgenza del personale medico e biologo dei laboratori in pronta disponibilità, potranno essere eseguite in modalità agile.

3.b.3.4. Modalità attuative: ambito formativo

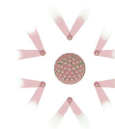
Se nel periodo di emergenza pandemica, l'esecuzione delle attività lavorative in modalità agile ha rappresentato la modalità più “sicura” di espletamento delle prestazioni lavorative “remotizzabili”, escludendo quindi quelle:

- articolate in turni a diretto contatto con i pazienti (sportelli al pubblico, manutenzioni, guardie mediche ecc.);
- sanitarie non eseguibili in telemedicina;
- di direzione o coordinamento di altro personale, non eseguibili mediante strumenti telematici o connotate da gravi rischi di sicurezza o inaccettabili inefficienze laddove erogate a distanza,

con la fuoriuscita dalle condizioni di emergenza, si rende necessario che anche il lavoro reso da remoto, sia connotato da elevata “efficienza” delle prestazioni ed almeno dalla medesima “efficacia”.

Alla luce delle criticità che l'esperienza pandemica ha reso palesi, quindi, oltre a quelle previsioni regolamentari, organizzative e tecnologiche, che sono già state rassegnate nei precedenti paragrafi, affinché si possa proficuamente lavorare in modalità agile, il personale dipendente deve ricevere adeguata formazione in almeno quattro ambiti:

- Formazione sui presupposti normativi dell'organizzazione del lavoro agile: nelle PP.AA e nell'Istituto;



- Formazione digitale di base: volta a fornire al dipendente una autonoma capacità di gestione della propria postazione di lavoro e degli strumenti informatici di base;
- Formazione digitale specifica: per garantire l'apprendimento delle piattaforme di lavoro cooperativo e delle funzionalità abilitanti i sistemi informativi in modalità remota;
- Formazione alla gestione del lavoro per obiettivi: sia per le attività precipue della dirigenza e comunque delle posizioni di responsabilità che per le attività eseguite dal personale dipendente ad essi sub-ordinato.

Il primo ambito di formazione specifica è volto a garantire al personale dipendente un'adeguata comprensione di cos'è il lavoro agile, delle sue differenze con il telelavoro ed il coworking, ecc., nonché fornire una chiara rappresentazione dei diritti e doveri del lavoratore che intende prestare la propria prestazione in tale forma. Completano tale primo modulo:

- Privacy e trattamento dei dati, ai sensi del nuovo Regolamento UE 2016/679-GDPR e al D.Lgs. 196/03 e ss.mm. ed elemento di cyber security;
- Salute e sicurezza sul lavoro nella modalità agile, ai sensi del D.Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e della Legge n. 81 del 22 maggio 2017

Per quanto attiene poi la formazione digitale di base, essa riguarda tutti quegli aspetti di corretta e sicura gestione della postazione di lavoro, quali:

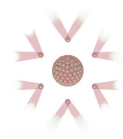
- Impostazioni di Windows per la configurazione delle periferiche: input/output audio e video, stampanti, ecc.
- Endpoint protection: antivirus, firewall, ecc,
- Configurazione dell'account di posta elettronica;
- Firma digitale ed app per la sua gestione;
- Configurazione della rete (configurazione dell'indirizzo, maschera di sottorete, gateway, DNS e proxy Server);
- Connessione di VPN;
- Strumenti per attivare l'assistenza remota;
- Regole di utilizzo della Postazione di Lavoro.

Per quanto attiene la formazione digitale specifica, essa riguarda in particolare due ambiti:

- Le piattaforme di abituale utilizzo per il lavoro cooperativo;
- Le modalità peculiari dell'utilizzo dei sistemi informativi da remoto.

Come già detto, la piattaforma standard di lavoro cooperativo scelta dall'Istituto è quella di MS-Teams. La formazione specifica pertanto prevede l'acquisizione delle seguenti capacità:

- L'applicazione MS-Teams: i Team, i canali e le loro funzionalità (chat, files ed altre app);
- La gestione "sicura" di MS-Teams;
- Le sessioni di videoconferenza: partecipare, convocare una riunione;
- La gestione del calendario di MS-Outlook;
- L'integrazione di MS-Teams con Office 365: il lavoro in contemporanea su documenti;



- Archiviazione dei documenti e ricerca degli stessi (Share point);
- L'app di gestione delle annotazioni (OneNote);
- L'app di gestione delle attività (Planner – ToDo);

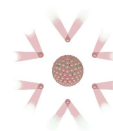
Accanto a tale formazione che riguarda la piattaforma di lavoro cooperativo prescelta, si colloca la formazione specifica su quelle funzionalità dei sistemi informativi che hanno un impatto rilevante nell'utilizzo da remoto: ad esempio l'avanzamento di un workflow degli Atti, l'apposizione della firma digitale CADES e PADES, la refertazione a distanza, ecc.

Infine, la formazione alla gestione del lavoro per obiettivi.

Vi è una notevole differenza tra telelavoro e lavoro agile, ed è quella della gestione degli orari di lavoro e degli obiettivi concordati secondo le modalità del contratto di lavoro. Il telelavoro prevede infatti semplicemente lo spostamento, in tutto o in parte, della sede di lavoro dai locali aziendali ad altra sede (solitamente l'abitazione del lavoratore), ma il dipendente è vincolato comunque a lavorare da una postazione fissa e prestabilita, con gli stessi limiti di orario che avrebbe in ufficio o comunque specificandolo nell'accordo tra le parti senza cambiamenti di durata salvo modifiche specifiche del contratto. Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, insomma, devono essere equivalenti a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno del posto di lavoro.

Al contrario il lavoro agile prevede completa autonomia per il lavoratore compresa la libertà di svolgere la propria attività/mansione in orari a sua scelta ma anche di eseguirla in parte all'interno di locali aziendali e in parte (o totalmente) all'esterno, ma senza stabilire una postazione fissa. Pertanto non ci sono vincoli di spazio e di tempo, salvo i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva. Si può lavorare da qualsiasi luogo (dentro e fuori l'azienda), non si timbra un cartellino, non si fanno pause in orari predefiniti. L'azienda e il dipendente ridefiniscono in maniera flessibile le modalità di lavoro. Nel caso dello smart working è pertanto evidente soprattutto la notevole flessibilità.

Infine la differenza maggiore risiede in una proprietà del lavoro agile che non si riscontra assolutamente nel telelavoro. Mentre infatti la modalità lavoro agile prevede la determinazione e la condivisione di obiettivi precisi, nel telelavoro non vi è traccia di questo aspetto. Questo significa che i lavoratori in smart working una volta stabilita la durata e la dead line (scadenza) di un obiettivo di risultato nella propria attività, ovviamente oggetto di confronto e accordo preventivo con la dirigenza aziendale e per tale motivo traccia evidente di una riorganizzazione aziendale in continuo, potrebbero gestire in autonomia la propria mansione e nel caso la stessa venga sviluppata in maniera ottimale potrebbero non solo variare in completa libertà le fasce orarie di impegno lavorativo ma anche diminuire le ore lavorate. In definitiva è evidente che in questo caso ci si focalizza sul raggiungimento di obiettivi e risultati.



E' un cambiamento radicale nella gestione delle attività rispetto all'abituale organizzazione del lavoro che necessità della formazione differenziata di due tipologie di personale:

- quanti hanno la responsabilità del completamento di un processo o sub-processo;
- quanti sono esecutori sub-ordinati nell'esecuzione del processo/sub-processo.

Tale formazione riguarderà sia gli aspetti peculiari e gestionali del project-management, quali:

- La scomposizione dei processi in attività elementari;
- La costruzione delle linee di attività previa individuazione delle attività pre-ordinate e sub-ordinate;
- L'individuazione dei "deliverables" intermedi e finali;
- La determinazione delle scadenze intermedie in funzione della scadenza dell'obiettivo finale;
- L'allocazione delle attività alle risorse o gruppi di risorse
- La gestione delle criticità,

nonché le specifiche caratteristiche del "project-management" quando le risorse operano in lavoro agile, individuando:

- quali attività siano gestibili in remoto (completamente o parzialmente);
- quali siano le scadenze e le modalità di interoperabilità asincrona con le altre attività che costituiscono il processo o sub-processo.

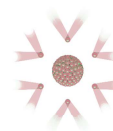
Tale formazione, eseguita dapprima in comune tra le due categorie di personale (responsabili e sub-ordinati), si differenzierà successivamente tra quanti sono responsabile dei processi e sub-processi ed il personale esecutore delle attività elementari.

Dopo questo primo modulo teorico-metodologico, il successivo riguarderà invece lo sviluppo delle capacità di implementazione del project management con gli strumenti della piattaforma di lavoro cooperativo MS-Teams.

Infine l'ultimo modulo sarà costituito da un laboratorio di approfondimento degli strumenti motivazionali del personale gestito in modalità remota che la stessa piattaforma MS-Teams mette a disposizione degli utenti e dei responsabili della gestione del personale: MS-Viva ed in particolare i moduli "Learning" ed "Insights".

3.b.3.5. Modalità attuative: ambito sicurezza del luogo di lavoro

Oltre all'obbligo di fornire ai lavoratori le attrezzature e i dispositivi necessari per lo svolgimento dell'attività lavorativa, l'Istituto è responsabile di valutare tutti gli aspetti legati alla sicurezza e alla salute del lavoratore agile, come previsto dal D. Lgs. 81/08 e quindi, con l'ausilio del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, procedere alla individuazione valutazione dei rischi "generali" e "specifici" connessi all'esecuzione della prestazione lavorativa e nel caso del lavoro agile in ambienti di lavoro diversi da quelli abituali, individuando idonee misure per la loro gestione e prevenzione.



Lo smart working è inteso come un'attività lavorativa resa al di fuori del consueto posto di lavoro dove il datore di lavoro è comunque obbligato a garantire al lavoratore la tutela della salute e sicurezza ai sensi del D.Lgs. 81/08 proprio come se il lavoratore si trovasse nei locali aziendali.

Diverse attività lavorative già contemplano la loro esecuzione in luoghi diversi dalla sede aziendale: trasferte, missioni e telelavoro ne sono un esempio. Pertanto, il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato che ha molte similitudini con alcune delle situazioni di lavoro che già conosciamo.

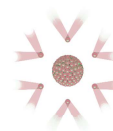
Ciò che caratterizza tali prestazioni è il loro svolgimento *“in parte all'interno dei locali aziendali ed in parte all'esterno, senza una postazione fissa ed entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge o dalla contrattazione collettiva”*.

Sebbene l'art. 62, comma 1, d.lgs. 9 aprile 2008, n.81 (T.U. sulla sicurezza del lavoro) ad oggi non preveda nulla di specifico relativamente allo smart working, l'articolo 22 della pluricitata legge n. 81/2017 stabilisce che:

- *“Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro”*.
- *“Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali”*.

L'informativa necessaria dovrà quindi fornire al lavoratore tutti gli elementi conoscitivi, non solo e non tanto sui rischi connessi all'uso degli strumenti necessari all'esecuzione dell'attività in quanto questa continuerà avvalendosi praticamente dello stesso strumento informatico, quanto piuttosto sulla variazione dei rischi connessi al differente ambiente e collocazione della Postazione di Lavoro, quali:

- Disturbi muscolo-scheletrici connessi alla ergonomia;
- Elettrico;
- Rumore;
- Sostanze presenti;
- Incendio ed esplosione;
- Disturbi derivanti dal microclima;
- Psicosociali connessi alla situazione di maggiore isolamento, alla presenza di estranei ad esempio familiari, allo stress lavoro-correlato, ecc.;
- Visione del display;
- Campi elettromagnetici



- Sicurezza delle informazioni gestite;
- Ecc.

A tale scopo gli uffici competenti: Area Gestione Tecnica e RSPP, provvederanno alla redazione della seguente documentazione:

- Informativa sui rischi generali e specifici connessi alla prestazione di lavoro in modalità agile;
- Check-list per il self-assessment della conformità dell'ambiente/i di lavoro agile in cui opererà il lavoratore e modello per l'auto-certificazione della conformità, in particolare avvalendosi delle "Linee di indirizzo per la gestione dei rischi in modalità smart working" edita nel maggio 2021 da parte dell'Ordine degli Ingegneri.

3.b.4. Lavoro agile e performance organizzativa/individuale

Come già chiarito più volte nel presente documento, in questa fase di uscita dall'emergenza Covid, si rende necessario garantire che il lavoro agile reso da ciascun dipendente, possa – in virtù della flessibilità lavorativa e maggiore autonomia - favorire nei lavoratori una percezione positiva dell'equilibrio personale tra vita lavorativa e vita privata, anche in ragione di una maggiore responsabilizzazione derivante dalla diversa organizzazione del lavoro e da una riduzione dei livelli di stress, favorita dalla possibilità di lavorare in luoghi diversi dall'ufficio e di gestire al meglio il tempo libero, consentendo di ottimizzare contemporaneamente:

- il tempo dedicato al lavoro;
- la produttività a favore dell'amministrazione.

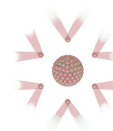
A fronte di questi potenziali benefici è però necessario monitorare l'effetto del lavoro agile sulle performance dei singoli dipendenti in modo da valutare eventuali azioni di supporto (aumento o riduzione dei giorni di lavoro agile, formazione necessaria, modifica dei processi organizzativi, ecc.).

Rispetto ai risultati pertanto, sarà necessario mutare soprattutto l'attitudine del dirigente/responsabile individuando:

- quelle attività dei processi e sub-processi gestionali che siano eseguibili in remoto;
- le risorse che abbiano competenze professionali e capacità informatiche idonee al loro assolvimento;
- i criteri, vincoli e scadenze per il loro completamento;
- le modalità di monitoraggio dell'avanzamento dell'attività,

in modo da favorire la responsabilizzazione di tutto il team in ordine al raggiungimento degli obiettivi che vanno sottoposti ad un processo di monitoraggio e continuo eventuale riallineamento.

Per tale ragione, sia da parte del dirigente/funziionario responsabile che da parte del dipendente, si rende necessario operare costantemente attraverso la piattaforma di lavoro



cooperativo nell'assegnazione/assolvimento delle attività e nel rispetto di scadenze funzionali all'efficiente espletamento dei processi aziendali. Tale piattaforma consente di misurare sia il grado di conseguimento degli obiettivi (percentuale di task completati/assegnati e per i task completati la percentuale di scadenze rispettate), ma anche di monitoraggio della compatibilità dell'attitudine lavorativa dei singoli con il lavoro agile.

Sicché, le componenti della misurazione e della valutazione della performance individuale rimangono le medesime e devono fare riferimento a risultati e comportamenti, così come indicato dalle Linee Guida 2/2017 e 5/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica. Infatti, il dipendente in lavoro agile ordinario lavorerà da remoto solo una quota del proprio tempo continuando a svolgere in presenza parte delle proprie attività.

E' opportuno sottolineare che in tale prospettiva, l'uso della piattaforma di lavoro cooperativo e delle nuove funzionalità dei sistemi informativi abilitanti il lavoro agile, divengono la modalità ordinaria di erogazione della prestazione lavorativa sia in presenza che da remoto, pertanto, la misurazione degli indicatori di performance individuale in modalità agile sarà effettuata dal dirigente/funziionario responsabile avvalendosi dei dati e informazioni resi disponibili dai sistemi informativi in uso per la gestione delle attività lavorative, al fine di monitorare e verificare le attività svolte dal dipendente, comprese quelle in lavoro agile.

L'utilizzo poi degli strumenti di rilevazione automatica MS-Viva Insights consentirà il miglioramento Infine, gli esiti del monitoraggio devono essere oggetto di momenti di incontro e riscontro, formali e informali, tra il dirigente/ funzionario responsabile e il dipendente soprattutto al crescere del numero di giornate di lavoro agile.

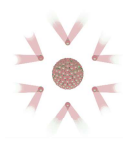
L'occasione dell'aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione (Linee guida Funzione Pubblica n.2/2017), può essere il momento di una revisione che tenga conto del cambiamento organizzativo in atto, soprattutto a seguito dell'entrata in vigore del nuovo articolo 14 della legge n. 124/2015. Tale aggiornamento può portare anche alla richiamata evoluzione del catalogo delle competenze che tenga conto delle caratteristiche proprie del lavoro agile.

3.b.5. Obiettivi specifici del POLA dell'Istituto e relative fasi di attuazione

3.b.5.1. Anno 2023

Obiettivi del POLA per il 2023 saranno quelli di:

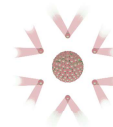
- Approvare il presente regolamento dell'Istituto per il lavoro agile;
- Approvare lo schema tipo di accordo individuale;
- Redigere la mappatura dei processi
- Assicurare la disponibilità del training formativo al Project Management per tutto il personale dirigente e responsabile e sub-ordinato, per il quale si sia stabilito di attivare processi in modalità agile;



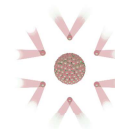
- Assicurare la disponibilità del training formativo sulla Piattaforma di Lavoro Cooperativo per tutto il personale dirigente e responsabile e sub-ordinato, per il quale si sia stabilito di attivare processi in modalità agile;
- Garantire la disponibilità di “training pills” di formazione informatica di base per tutto il personale dell’Azienda e della formazione alla normativa sul lavoro agile;
- Attivare l’infrastruttura di virtualizzazione delle PdL sul cloud IAAS di InnovaPuglia;
- Avviare in modalità agile almeno 5 processi di lavoro:
 - Protocollo di documenti.
 - Redazione di un atto fino alla sua approvazione;
 - Gestione del ciclo passivo delle fatture;
 - Esecuzione di una gara dalla redazione delle specifiche tecniche fino all’immissione della stessa in piattaforma;
 - Svolgimento di un Team Multidisciplinare;
- Avvio di un sistema di monitoraggio (su base volontaria), del benessere psichico del personale operante in modalità agile.

Le **fasì di attuazione** di tale programma saranno le seguenti:

Azione	Titolare	Obiettivo	Indicatore	Target
Modalità attuative: ambito regolamentare ed autorizzativo				
Nuovo Regolamento aziendale	Area Gestione Risorse Umane	Adozione con deliberazione del presente POLA nell’ambito del PIAO	Rispetto scadenza	31 maggio 2024
Revisione dello schema di accordo individuale	Area Gestione Risorse Umane, Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, Responsabile della Transizione Digitale	Redazione del nuovo schema di accordo individuale	Rispetto scadenza	30 giugno 2024
Modalità attuative: ambito organizzativo				
Mappatura dei processi e sub-processi	Direttori/dirigenti responsabili	Analisi dei processi e sub-processi sulla base dei requisiti indicati nell’apposito paragrafo indicando quali siano: • Immediatamente disponibili; • Disponibili previo adattamento; • Parzialmente adatti; • Non adatti; ed indicazione degli adattamenti / formazione necessari	Completamento classificazione ed analisi	30 giugno 2024
Verifica mappatura	Area Gestione Risorse Umane, Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici, Responsabile della Transizione Digitale, Data Protection Officer, Servizio Prevenzione e Protezione	Esecuzione di “assessment” di idoneità, sicurezza, e sostenibilità organizzativa (efficacia, efficienza, costi)	Completamento verifica sul 100% dei processi immediatamente disponibili, validazione degli adattamenti e necessità formative	30 giugno 2024



Modalità attuative: ambito tecnologico				
Determinazione delle specifiche tecniche della dotazione tecnologica individuale	Responsabile della Transizione Digitale	Redazione delle specifiche tecniche	Redazione specifica tecnica lettera di invito (necessaria individuazione fabbisogno da risultato mappatura processi)	30 giugno 2024
Individuazione del dimensionamento dell'infrastruttura di virtualizzazione delle PdL su cloud regionale e delle licenze necessarie	Responsabile della Transizione Digitale	Dimensionamento ed approntamento richiesta IAAS presso InnovaPuglia e redazione del piano dei fabbisogni per le licenze di virtualizzazione VMWare-Citrix	Completamento requisiti e predisposizione documentazione alla firma del rappresentante legale (necessaria individuazione fabbisogno da risultato mappatura processi)	15 luglio 2024
Attivazione degli accessori necessari al lavoro cooperativo con colleghi in remoto	Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Approvvigionamento webcams e earphones per installazione su PdL	Completamento delle dotazioni informatiche delle PdL in sede	31 luglio 2024
Attivazione piattaforme di lavoro cooperativo	Responsabile della Transizione Digitale	Attivazione dei Team per i processi e sub-processi immediatamente attivabili	Creazione Teams	31 luglio 2024
Introduzione nuove funzionalità Sistemi Informativi	Responsabile della Transizione Digitale	Introduzione SS.II. per la gestione degli Atti e nuovo Protocollo, Firma digitale	Collaudo nuovi sistemi: atti entro il 31 luglio, protocollo entro il 30 settembre	31 luglio 2024
Avvio di un sistema stabile e tracciabile si assistenza ICT remota	Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Attivazione di un sistema di richiesta di assistenza tecnica mediante apertura di ticket e tracciabilità degli esiti con strumenti di assistenza remota qualificati in termini di sicurezza informatica	Avvio del sistema e diffusione dell'informazione	31 luglio 2024
Modalità attuative: ambito formativo				
Formazione sul quadro normativo del lavoro agile	Responsabile della Formazione	Set-up di offerta FAD per 2 h di corso	Disponibilità del corso per tutto il personale	31 luglio 2024
Formazione digitale di base	Responsabile della Transizione Digitale	Set-up di offerta "Training pills" obbligatorie per tutto il personale sui seguenti argomenti: • Configurazione periferiche: su Windows • Endpoint protection; • E-mail; • Firma digital; • Configurazione della rete; • Connessione di VPN; • Strumenti per assistenza remota;	Disponibilità del corso per tutto il personale	31 luglio 2024



		• Regole di utilizzo della Postazione di Lavoro.		
Formazione piattaforma lavoro cooperativo	Responsabile della Transizione Digitale	Set-up di offerta FAD per utilizzo piattaforma MS-Teams e Planner	Disponibilità del corso per tutto il personale	31 luglio 2024
Formazione al Project Management	Responsabile della Transizione Digitale, Responsabile della Formazione	Approntamento corso in modalità mista FAD + presenza – ciclo di n. 3 lezioni teoriche e 6 laboratori di pratica con lo strumento del planner	Disponibilità del corso per tutto il personale	31 luglio 2024

3.b.5.2. Indicatori di monitoraggio

Gli **indicatori di monitoraggio del livello di attuazione complessivo del POLA** per il triennio sono i seguenti:

- % mappatura dei processi;
- % copertura dei processi/sub-processi individuati come “immediatamente implementabili”;
- % dei processi/sub-processi individuati come “implementabili con modifiche” per cui siano state implementate le modifiche necessarie;
- % dei processi/sub-processi mappati come “implementabili con modifiche” per cui siano state avviate le modifiche necessarie;
- % personale formato ai concetti del lavoro agile;
- % personale con formazione informatica di base;
- % personale con formazione informatica sulla piattaforma di lavoro cooperativo;
- % personale dirigente e responsabile che ha ricevuto formazione al Project Management;
- % personale sub-ordinato che ha ricevuto formazione al Project Management.

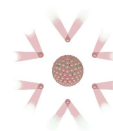
Gli **indicatori del mantenimento di idonei livelli di efficienza ed efficacia** vengono individuati a seguito dell’avvenuta mappatura dei processi ed a titolo esemplificativo potranno essere:

- Tempi di risposta a richieste da parte delle strutture in sede;
- Rapporto tra i tempi medi di esecuzione delle attività in modalità agile e non;
- Rapporto tra i tempi medi di completamento dei processi in modalità agile e non;
- Rapporto tra il numero di processi completati in modalità agile e non.

Gli **indicatori del mantenimento di idonei livelli qualitativi** dei servizi erogati vengono anch’essi individuati a seguito dell’avvenuta mappatura dei processi ed a titolo esemplificativo potranno essere degli audit di soddisfazione del cliente, condotti in maniera massiva o con selezione randomica degli stessi.

Gli **indicatori del benessere individuale** saranno desunti da interviste pre e post avvio della modalità agile di lavoro che verteranno su:

- Percentuale assenze;
- Motivazioni della richiesta di lavoro agile e livelli di soddisfazione delle aspettative;



- Rilevazione degli orari di connessione e loro distribuzione;
- Rilevazione delle modalità di relazione con i colleghi;
- Esiti, opportunamente anonimizzato delle visite psicologiche.

3.b.5.3. Obiettivi POLA Anno 2024

Obiettivi del POLA per il 2024 saranno quelli di:

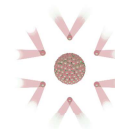
- Verificare il regolamento dell'Istituto per il lavoro agile in modo da tener conto delle criticità emerse;
- Verificare lo schema tipo di accordo individuale e riproporre l'informativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro;
- Verificare/aggiornare la mappatura dei processi;
- Assicurare una copertura del training formativo al Project Management per tutto il personale che potrebbe essere coinvolto in modalità di lavoro agile non inferiore al 50%;
- Assicurare una copertura del training formativo sulla piattaforma di lavoro cooperativi per tutto il personale che potrebbe essere coinvolto in modalità di lavoro agile non inferiore al 50%;
- Assicurare che il 50% del personale tutto dell'Azienda abbia frequentato con successo la FAD di "training pills" di formazione informatica;
- Attivare il 10%% delle PdL del personale che opera in lavoro agile sul cloud IAAS di InnovaPuglia;
- Avviare tutti i processi di lavoro immediatamente implementabili e determinare ed avviare le modifiche di quei processi che possono esserlo in caso di loro attuazione;
- Messa a regime del sistema e degli indicatori di monitoraggio dell'efficienza, dell'efficacia e dei livelli di soddisfazione del personale.

Le **fasi di attuazione** di tale programma per il 2024 verranno definite in fase di aggiornamento annuale del presente documento

3.b.5.4. Obiettivi POLA Anno 2025

Obiettivi del POLA per il 2025 saranno quelli di:

- Riproporre l'informativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro;
- Verificare/aggiornare la mappatura dei processi;
- Assicurare una copertura del training formativo al Project Management per tutto il personale che potrebbe essere coinvolto in modalità di lavoro agile non inferiore al 90%;
- Assicurare una copertura del training formativo sulla piattaforma di lavoro cooperativi per tutto il personale che potrebbe essere coinvolto in modalità di lavoro agile non inferiore al 90%;



- Assicurare che il 100% del personale tutto dell'Istituto abbia frequentato con successo la FAD di "training pills" di formazione informatica;
- Attivare il 100% delle PdL del personale che opera in lavoro agile sul cloud IAAS di InnovaPuglia;
- Garantire l'attivazione di tutti i processi di lavoro che erano stati classificati nel 2022 come immediatamente implementabili o implementabili con modifiche;
- Analisi e miglioramento del sistema di monitoraggio dell'attuazione del POLA.

Le **fasi di attuazione** di tale programma per il 2024 verranno definite in fase di aggiornamento annuale del presente documento.

Gli **indicatori di monitoraggio del livello di attuazione complessivo del POLA** per il triennio sono i seguenti:

- % mappatura dei processi;
- % copertura dei processi/sub-processi individuati come "immediatamente implementabili";
- % dei processi/sub-processi individuati come "implementabili con modifiche" per cui siano state implementate le modifiche necessarie;
- % dei processi/sub-processi mappati come "implementabili con modifiche" per cui siano state avviate le modifiche necessarie;
- % personale formato ai concetti del lavoro agile;
- % personale con formazione informatica di base;
- % personale con formazione informatica sulla piattaforma di lavoro cooperativo;
- % personale dirigente e responsabile che ha ricevuto formazione al Project Management;
- % personale sub-ordinato che ha ricevuto formazione al Project Management.

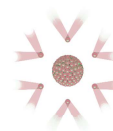
Gli **indicatori del mantenimento di idonei livelli di efficienza ed efficacia** vengono individuati a seguito dell'avvenuta mappatura dei processi ed a titolo esemplificativo potranno essere:

- Tempi di risposta a richieste da parte delle strutture in sede;
- Rapporto tra i tempi medi di esecuzione delle attività in modalità agile e non;
- Rapporto tra i tempi medi di completamento dei processi in modalità agile e non;
- Rapporto tra il numero di processi completati in modalità agile e non.

Gli **indicatori del mantenimento di idonei livelli qualitativi** dei servizi erogati vengono anch'essi individuati a seguito dell'avvenuta mappatura dei processi ed a titolo esemplificativo potranno essere degli audit di soddisfazione del cliente, condotti in maniera massiva o con selezione randomica degli stessi.

Gli **indicatori del benessere individuale** saranno desunti da interviste pre e post avvio della modalità agile di lavoro che verteranno su:

- Percentuale assenze;
- Motivazioni della richiesta di lavoro agile e livelli di soddisfazione delle aspettative;



- Rilevazione degli orari di connessione e loro distribuzione;
- Rilevazione delle modalità di relazione con i colleghi;
- Esiti, opportunamente anonimizzato delle visite psicologiche.

3.b.6. I soggetti coinvolti

Dato atto delle modalità attuative di cui al precedente paragrafo, ne deriva chiara evidenza dell'insieme dei soggetti coinvolti dalle azioni previste dal presente Piano, i rispettivi ruoli e le responsabilità connesse.

Alla **Direzione Strategica** per il tramite del suo Direttore Generale e legale rappresentante dell'IRCCS, è affidata l'adozione del presente piano e l'alto controllo sulla sua attuazione con l'ausilio delle diverse direzioni da essa dipendenti.

Alla **Direzione dell'Area Gestione delle Risorse Umane** sono affidati i compiti connessi con l'attuazione delle modalità attuative in ambito regolamentare ed autorizzativo descritte nel presente documento, ossia:

- L'adozione di nuovo Regolamento per l'erogazione della prestazione lavorativa in modalità agile;
- La revisione dello schema di accordo individuale, con l'ausilio per le parti di competenza della Direzione dell'Area Gestione Tecnica, del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Responsabile della Transizione Digitale.

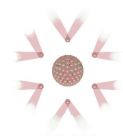
A ciascuna delle **Direzioni di struttura apicale** (complessa o semplice a valenza dipartimentale) competerà il compito di mappare i processi organizzativi, le cui attività siano completamente o limitatamente erogabili da remoto, e pertanto eleggibili ad essere eseguiti, almeno parzialmente, in modalità agile ed alle seguenti strutture:

- Area Gestione Risorse Umane;
- Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici;
- Responsabile della Transizione Digitale;
- Data Protection Officer;
- Servizio Prevenzione e Protezione,

ciascuna per la propria competenza, effettuare la necessaria verifica tecnico-organizzativa e classificazione in termini di praticabilità.

Al **Responsabile della Transizione Digitale** con l'ausilio della **Direzione dell'Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici** spetta il compito di:

- Definire le dotazioni informatiche individuali e la loro "security" ed i contenuti della formazione al loro utilizzo;
- Definire l'infrastruttura "on premise" abilitante la virtualizzazione delle Postazioni di Lavoro individuali le modalità ed i protocolli sicuri di connessione;



- Definire le piattaforme abilitanti il lavoro cooperativo ed i contenuti della formazione specifica al loro utilizzo.

Alla **Direzione dell'Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici** con l'ausilio del **Responsabile della Transizione Digitale** spetta il compito di:

- Presiedere alle operazioni di configurazione e formazione all'uso delle dotazioni informatiche individuali e loro "security", nonché gestione della relativa assistenza tecnica;
- Fornire il necessario supporto consulenziale in sede di esecuzione della gara per l'acquisizione dell'infrastruttura "on premise", dirigere le attività di installazione e collaudo e configurazione delle singole PdL virtualizzate, nonché formare all'attivazione ed utilizzo di protocolli sicuri di connessione.

Al **Controllo di Gestione**, nell'ambito delle proprie competenze, spetta l'attività di armonizzazione degli obiettivi strategici fissati dalla Direzione con quelli specifici di attuazione del presente piano al livello delle singole strutture e la valutazione complessiva degli indicatori di performance e maturità organizzativa del lavoro agile via via che il presente POLA viene implementato rispetto ai risultati attesi nel triennio.

Al **Comitato Unico di Garanzia (CUG)**, in coerenza con le indicazioni rivenienti dalla Direttiva n.2/2019, spetta la collaborazione con le strutture e i soggetti chiamati all'attuazione della programmazione del lavoro agile proponendo auspicabili soluzioni di miglioramento.

Il contributo delle **Organizzazioni sindacali (OO.SS.)** è quello della rappresentazione di possibili criticità del piano sotto il profilo dell'organizzazione del lavoro e dell'erogazione della prestazione dei singoli, attraverso la periodica informazione ed il confronto sullo stato di implementazione del POLA.

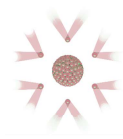
L'**Organismo Indipendente di Valutazione** è chiamato ad esprimere il proprio parere sull'adeguatezza metodologica e compatibilità del Sistema di Valutazione Individuale ed Organizzativa derivante dall'introduzione del POLA e della rappresentatività del set di indicatori assunti per la misurazione dell'impatto del lavoro agile.

Tutti i **Direttori**, i **Dirigenti**, i **Coordinatori** e gli **Incarichi di Funzione**, sono chiamati a formarsi adeguatamente e svolgere la propria funzione secondo le nuove modalità organizzative e di gestione del lavoro agile.

Tutti i **Lavoratori dipendenti a tempo indeterminato e determinato** sono chiamati a garantire l'impegno nelle attività formative previste e fornire il proprio contributo nell'implementazione delle strategie di lavoro agile.

3.b.7. Conclusioni

Da quanto finora esposto, si possono trarre indicazioni generali circa gli aspetti da presidiare per il monitoraggio delle politiche di lavoro agile nell'IRCCS.



L'aspetto più evidente da sottolineare consiste nello stretto collegamento tra condizioni abilitanti, performance organizzativa, performance individuale e impatti interni ed esterni.

Infatti, essendo il lavoro agile non un obiettivo in sé, ma una politica di "change management", lo stesso interviene sulle risorse (processi, persone e infrastrutture) per ottenere un miglioramento in termini di efficacia ed efficienza dei servizi alla collettività.

Nel corso del 2020, in applicazione dell'articolo 87 del D.L. 18/2020, e, quindi, nella prima fase emergenziale da Covid Sars 19 è stato consentito a tutto il personale di usufruire della modalità di lavoro agile. Nella seconda fase, in applicazione dell'articolo 263 del D.L. 34/2020, l'organizzazione del lavoro agile ha consentito al 50% del personale di svolgere la propria attività in smart working anche facendo ricorso alla rotazione.

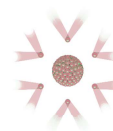
Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non ha modificato in alcun modo la situazione giuridica del rapporto di lavoro, quanto ad inquadramento e al profilo, e non ha inciso sull'orario di lavoro contrattualmente previsto e tantomeno ha modificato il potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro.

L'attuazione del lavoro agile all'interno dell'IRCCS, ha risposto alla finalità di permettere al personale dipendente di avvalersi di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione professionale conciliando la vita lavorativa e la vita privata, con la garanzia di non subire penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, in modo da:

- a. introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, orientata a un incremento di produttività;
- b. creare le condizioni effettive per una maggiore autonomia e responsabilità dei lavoratori nella gestione dei tempi di lavoro e nel raggiungimento dei risultati;
- c. razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro a seguito dell'introduzione delle nuove tecnologie e reti di comunicazione pubblica, realizzando economie di gestione;
- d. rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita, lavoro e famiglia in modo da realizzare un miglioramento della qualità del rapporto tra sfera professionale, personale e familiare;
- e. promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti lavoro- casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è stata consentita a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale, con contratto a tempo indeterminato o determinato.

L'accesso al lavoro agile è avvenuta su richiesta individuale del dipendente, quando tra le mansioni svolte fossero presenti attività smartabili. L'attività svolta è stata oggetto di



rendicontazione, monitoraggio e valutazione anche nell'ambito del ciclo della performance definito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

La prestazione lavorativa in smart working nell'ultimo periodo è stata consentita per un massimo di due giorni a settimana, sino al termine dell'emergenza da pandemia del Covid Sars 19.

Il presente Programma Operativo del Lavoro Agile (POLA) è coerente con quanto disciplinato in materia di lavoro agile dall'art. 14, comma 1, della Legge 7 agosto 2015, n. 124, così come modificato dall'art. 263 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 e, da ultimo, secondo quanto previsto dal Decreto Legge n. 56 del 30 aprile 2021 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" (c.d. Decreto Proroghe) e ss.mm.ii., nonché le Linee Guida pubblicate dal Dipartimento della Funzione Pubblica nel dicembre 2020-versione1.0.

Esso è stato approvato dalle Organizzazioni Sindacali, in data 6 luglio 2022 (OO.SS. Comparto e OO.SS. Area Funzioni Locali) e in data 3 agosto 2022 (OO.SS. Area Sanità), e potrà essere oggetto di revisione, anche a seguito di eventuali proposte del CUG ed in applicazione della sopravvenuta disciplina sul lavoro agile di cui agli articoli 76 e ss. del CCNL del personale del Comparto Sanità, triennio 2019-2021, sottoscritto il 2 novembre 2022.

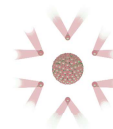
3.c. Sottosezione Piano Triennale dei fabbisogni del personale

3.c.1. Generalità

Il Piano triennale dei fabbisogni del personale (PTFP) è lo strumento strategico e programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa di personale.

L'articolo 6, comma 2, del D.Lgs. 165/2001, come sostituito dall'articolo 4 del D.Lgs. 75/2017, stabilisce l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'articolo 6-ter dello stesso D.Lgs. 165/2001.

Il Decreto 8 maggio 2018 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – avente ad oggetto "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche", dispone che i Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia, anche tenuto conto della riorganizzazione della rete ospedaliera effettuata ai sensi del D.M. 70/2015 e successivamente adottati in via definitiva dalle Aziende ed Enti stessi.



Per quanto riguarda la normativa in materia di fabbisogno di personale emanata dalla Regione Puglia, è rilevante la DGR Puglia n. 2416 del 21.12.2018 che riporta l'approvazione delle "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt.6 e 6-ter D. Lgs. 165/2001 s.m.i. e delle Linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. dell'8/5/2018 nelle quali, sinteticamente si prevede che:

- il fabbisogno di personale delle Aziende ed Enti del S.S.R., come espressamente previsto dalle Linee di indirizzo ministeriali allegate al Decreto ministeriale del 8.5.2018, deve essere espresso in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE) secondo le regole indicate dal medesimo atto deliberativo n. 2416/2018 (Ore lavorate all'anno per la dirigenza medica pari a 1.454; Ore lavorate all'anno per il personale del comparto pari a 1.418);
- ove presente, il personale medico universitario conferito all'assistenza, il cui impegno orario per l'assistenza è pari a 22 ore settimanali (stante la compresenza della didattica e ricerca), va computato - ai fini della trasformazione in FTE - in misura pari al 50%;
- per la determinazione del fabbisogno di specialisti ambulatoriali occorre convertire le ore di specialistica ambulatoriale assegnate in FTE.

Il Piano triennale del fabbisogno di personale deve peraltro essere compatibile con la cornice finanziaria per il S.S.R. e deve essere redatto nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale e dunque, nello specifico, nel rispetto dei seguenti tetti di spesa:

- 1) limite di spesa ex art. 2, comma 71, L. 191/2009 (spesa sostenuta per il personale nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%), come disaggregato per Azienda con Deliberazione di Giunta regionale n. 2293 dell'11/12/2018;
- 2) limite di spesa ex art. 9, co. 28, D.L. 78/2010, convertito in L. 122/2010 (50% spesa di personale a tempo determinato sostenuta nell'anno 2009).

Il predetto Piano dovrà indicare le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso distinguendo, per ogni anno:

- i costi del personale a tempo indeterminato (in tale voce va indicata distintamente anche quella sostenuta per il personale in comando, o altro istituto analogo);
- i costi del personale con contratto a tempo determinato o ulteriori tipologie di contratto di lavoro flessibile;
- i costi delle categorie protette, pur considerando che - nei limiti della quota d'obbligo - queste non rientrano nel limite di spesa complessivo.

3.c.2. Analisi del fabbisogno di personale

Negli ultimi anni è stato registrato un discreto aumento del costo del personale, conseguenza dei profondi cambiamenti del triennio 2021-2023, i cui effetti saranno ulteriormente attivi nell'anno 2024, come si evince dalla seguente tabella:

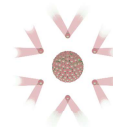
	Preventivo 2024	Preconsuntivo 2023	Bilancio 2022	Variazione BDG 2024 - PRC 2023		Variazione BDG. 2024 - CNS. 2022	
				Importo	%	Importo	%
6) Costi del personale	40.648	40.418	39.368	230	1%	1.280	3%
a) Personale dirigente medico	16.605	16.692	16.260	-87	-1%	345	2%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	1.944	2.032	2.261	-88	-4%	-317	-14%
c) Personale comparto ruolo sanitario	15.720	17.472	14.738	-1.752	-10%	982	7%
d) Personale dirigente altri ruoli	903	949	974	-46	-5%	-71	-7%
e) Personale comparto altri ruoli	5.476	3.273	5.135	2.203	67%	341	7%

Sin dal 2016 difatti, la Regione Puglia con Deliberazione della Giunta Regionale n. 895 del 22 giugno stabiliva di trasferire alcune funzioni di competenza oncologica e le relative Unità Operative (Anatomia Patologica e Chirurgia Toracica dell'Ospedale San Paolo, Oncologia Medica dell'Ospedale Di Venere) dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, affinché potesse assumere il ruolo di HUB oncologico nel contesto assistenziale dell'Area Metropolitana di Bari.

Una decisione strategica che veniva confermata dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 221 del 28 febbraio 2017 avente ad oggetto *"Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato-Regioni concernente il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro anni 2014-2016"*, nonché con Deliberazione della Giunta Regionale n. 192/2018 con cui l'IRCCS "Giovanni Paolo II" di Bari veniva individuato quale HUB della Rete Oncologica Pugliese riconoscendo quindi il ruolo centrale assunto dall'Istituto nel contesto regionale.

Inoltre, con Deliberazione della Giunta Regionale del 3 luglio 2019, n. 1195 avente ad oggetto *"Approvazione provvedimento unico – Proposta di Regolamento regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione delle DD.GG.RR. n. 1095/2017 e n. 53/2018. Abrogazione Regolamenti regionali in materia di riordino ospedaliero"*, pubblicata sul BUR n. 83 del 23 luglio 2019, la Regione Puglia confermava per l'IRCCS "Giovanni Paolo II" il riconoscimento di n. 166 posti letto.

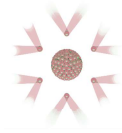
Come ampiamente relazionato nella Sezione Valore Pubblico, Performance, Anticorruzione e Trasparenza di questo PIAO, l'Istituto ha accresciuto nel corso del 2022 la propria dotazione di posti letto dai precedenti 109 posti letto (di cui 97 ordinari e 12 in DH come attestato dalla deliberazione del Direttore Generale n. 270 del 30 marzo 2018 avente ad oggetto *"Assetto*



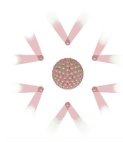
posti letto Istituto Tumori Giovanni Paolo II – Atto ricognitivo”) agli attuali 125 come riportato nel paragrafo 2.b.4.1 del PIAO in cui si presenta la parte infrastrutturale del Piano di Rilancio dell’Istituto.

Tale Piano di Rilancio inizialmente trasmesso alla Regione Puglia con Nota Prot. n. 7595 del 1° aprile 2022, prevedeva l’attivazione di nuove strutture ed il potenziamento di strutture esistenti e, conseguentemente, la Direzione Strategica, comunicava che: *“L’attuazione di un siffatto mutamento richiede naturalmente un incremento delle dotazioni di personale già descritto nella nota Prot.1938 del 27 gennaio 2022, inviata all’attenzione del Direttore del Dipartimento di Promozione della Salute:*

- *Clinicizzazione della U.O. di Ginecologia: che consentirà, attraverso l’incremento del personale medico (6 medici di cui 1 direttore) ed infermieristico (2 unità), per il potenziamento dell’offerta in regime di ricovero, ed un’idonea occupazione dei posti letto.*
- *Disciplina di Otorinolaringoiatria: l’attuale dotazione organica necessita dell’incremento di n. 5 dirigenti medici di cui n.1 direttore medico;*
- *Potenziamento dell’attività operatoria di Sala e di ambulatorio chirurgico: Il potenziamento ed efficientamento del blocco operatorio mediante l’utilizzo di tutte le attuali sale operatorie utili allo smaltimento delle liste di attesa, nonché anche allo scopo di attivare percorsi separati in setting assistenziali di day service separati dal blocco operatorio, come pure al fine di strutturare le funzioni relative alla terapia del dolore necessita di un incremento della dotazione di n. 3 dirigenti medici di disciplina di Anestesia e n. 6 CPS Infermieri.*
- *Potenziamento del C.Or.O.: Il Centro di Orientamento Oncologico dell’IRCCS, secondo le intese formalizzate dall’uCoor, deve essere funzionalmente predisposto ad una capacità gestionale intraprovinciale per la presa in carico anche dell’utenza oncologica proveniente dall’IRCCS De Bellis, nonché, dal P.O. San Paolo e dal P.O. Di Venere. A tale scopo si rende indispensabile e quanto mai urgente prevedere l’assunzione di n. 4 dirigenti medici della disciplina di Oncologia per coprire le differenti turnazioni, oltre a n. 2 Infermieri e n. 1 collaboratore amministrativo. Ritenendo, inoltre, fondamentale procedere ad una revisione del percorso di accoglienza anche in virtù di quanto previsto dalle Linee guida regionali "Hospitality" si necessita di un incremento della dotazione organica di n. 4 unità di dirigente di Psicologia Clinica.*
- *Attività conseguenti alla presa in carico: Si rende necessario prevedere l’assunzione di n. 3 CPS-Fisioterapisti e di n. 1 Dirigente Medico della disciplina di Fisiatria. Tale previsione risulta di fondamentale supporto per innalzare la qualità e l’"appeal" delle attività di chirurgia oncologica, al fine di garantire un continuum assistenziale appropriato attivando un percorso riabilitativo sin dal momento della degenza e finanche al post dimissione. Si rende necessaria altresì la dotazione di un dietista e n. 1 assistente sociali.*
- *Potenziamento delle attività diagnostiche:*



- *Laboratori Diagnostici: Analoga necessità di potenziamento, susseguente all'attivazione dei PDTA da prima visita emerge nell'ambito dei Laboratori Diagnostici che dovrà prevedere l'incremento per di n. 1 unità di dirigente medico. Per la Patologia Clinica si rende necessario l'incremento, per le attività diagnostiche di supporto alle procedure analitiche propedeutiche alle chemioterapie n. 1 tecnico di laboratorio Tanto al fine di ottimizzare i percorsi pre-analitici ed analitici, attraverso l'impiego a pieno regime dell'attuale strumentazione tecnologica oggi sottoimpiegata rispetto alle potenzialità produttive. Anche al fine dell'allestimento del nuovo laboratorio di citogenetica realizzato con fondi POR, ma principalmente per garantire il supporto alle attività di screening, previste dalla DGR n. 2198 del 22 dicembre 2021 - Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, si rende indispensabile implementare la dotazione dell'Anatomia Patologica con almeno n. 2 medici e n. 4 tecnici di Laboratorio. Tenuto conto della prossima individuazione del Laboratorio di diagnostica molecolare e farmaco genetica quale centro di riferimento dei test genomici del carcinoma mammario in fase precoce, è necessario prevedere un incremento della dotazione della U.O. di Diagnostica Molecolare e Farmaco-Genetica con n. 1 dirigente biologo e n. 1 tecnico di laboratorio per le attività correlate alle tecniche di sequenziamento.*
- *Radiologia diagnostica e senologica: L'attuale incremento della dotazione strumentale della U.O. di Radiologia Diagnostica che, a partire da metà gennaio, ha visto l'attivazione di un nuovo tomografo computerizzato a 128 slices rende necessario un potenziamento della dotazione organica con n. 3 dirigenti medici afferenti la medesima disciplina. Si ritiene opportuno evidenziare come già fatto in diversi atti ufficiali che la diagnostica TC rappresenta un punto fondamentale degli accertamenti sui sospetti diagnostici che rischia di divenire un critico collo di bottiglia dei PDTA. Tale necessità di potenziamento investe, inoltre, anche la dotazione organica della U.O. di Radiologia Senologica che dovrà necessariamente arricchirsi con n. 2 unità di dirigenti medici di radiodiagnostica senologica, in quanto attualmente insufficiente a gestire la crescente domanda assistenziale inerente le attività di screening di II livello dei tumori mammari, nonché di follow up. E' indispensabile anche il potenziamento con un tecnico di radiologia.*
- *Potenziamento della piastra ambulatoriale e dell'attività di chemioterapia: Il descritto potenziamento dell'attività chemioterapica e l'estensione delle somministrazioni anche al pomeriggio richiede una dotazione organica aggiuntiva dell'unità di U.Ma.C.A. di n. 2 dirigenti farmacisti e di n. 12 unità di personale infermieristico per il potenziamento delle attività ambulatoriali, n. 4 commessi per l'orientamento e l'assistenza ai pazienti e di n. 5 Operatori Socio Sanitari per attività di supporto assistenziale.*
- *La dotazione organica relativa al personale di comparto dovrà inoltre prevedere un incremento complessivo di terapia e cura, oltre che di n. 4 unità di personale del ruolo tecnico sanitario (n. 1 Dietista, n. 2 Assistente sociale,). Al fine di garantire la continuità assistenziale post dimissione con l'avvio delle attività di assistenza domiciliare, nonché per*

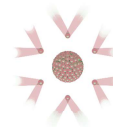


potenziare gli aspetti relativi alla control room, è opportuno prevedere l'incremento del personale di dotazione complessiva con n. 4 autisti e n. 6 infermieri.

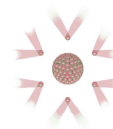
- *Potenziamento a seguito di incremento delle attività di screening del Colon-Retto: le attività diagnostiche conseguenti alla prima fase degli screening comporterà un incremento degli esami endoscopici che comportano un'accresciuta esigenza di n. 4 unità di personale medico per la struttura dell'Endoscopia Digestiva.*
- *Potenziamento dell'attività domiciliare: l'avvenuto avvio della centrale operativa regionale di telemedicina consente di erogare prestazioni sanitarie di televisita e telemedicina con il supporto di personale infermieristico in attività territoriale e/o autisti: si prevede un fabbisogno di n. 4 autisti e n. 6 CPS infermieri.*
- *Ematologia: per tale unità deve prevedersi l'adeguamento al disposto normativo di cui alla DGR n. 1107 del 16 luglio 2020 con l'incremento della dotazione organica di n. 5 dirigenti medici, n. 2 dirigenti biologi, n. 4 tecnici di laboratorio e n. 5 infermieri.*
- *Da ultimo le complementari esigenze di correlato personale tecnico ed amministrativo:*
 - *N. 1 dirigente ingegnere per l'ingegneria Clinica;*
 - *N. 1 Dirigente analista per gli uffici informatici;*
 - *N. 1 Dirigente amministrativo per l'URP;*
 - *N. 4 Dirigenti Amministrativi per il supporto alle Direzioni;*
 - *N. 1 Dirigente Tecnico Giornalista per l'ufficio Comunicazione;*
 - *N. 1 Dirigente Professionale Avvocato in staff alla Direzione Strategica*
 - *N. 1 Collaboratore Tecnico Professionale Informatico (cat D.);*
 - *N. 1 Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere (cat D.);*
 - *N. 1 Collaboratore Amministrativo Anticorruzione e Privacy (cat D.);*
 - *N. 4 Collaboratori Amministrativi (cat. D);*
 - *N. 4 Assistenti Amministrativi (cat. C);*

Richieste che conducevano al seguente prospetto riassuntivo da attivarsi progressivamente via via che le Fasi 1° e 2° del Piano di Rilancio vengono attuate:

POTENZIAMENTO UNITA' OPERATIVA	N.	Profilo professionale	Costo annuo
U.O.C. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA (12 posti letto)	1	Direttore Medico	€ 120.000.00
	5	Dirigente Medico	€ 475.000.00
	2	CPS - Infermere (cat. D)	€ 83.500.00
	8	TOTALE	€ 678.500.00
U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA (per screening)	2	Direttore Medico	€ 190.000.00
	4	CPS- Tecnico di Laboratorio Biomedico	€ 160.000.00
	6	TOTALE	€ 350.000.00
U.O.C. EMATOLOGIA - Adeguamento della dotazione organica ai sensi della D.G.R. n. 1107 del 16.07.2020	5	Dirigente Medico	€ 475.000.00
	2	Dirigente Biologo	€ 170.000.00
	4	CPS- Tecnico di Laboratorio Biomedico	€ 160.000.00
	5	CPS - Infermere (cat. D)	€ 208.750.00
	16	TOTALE	€ 1.013.750.00



MEDICINA NUCLEARE	4	Dirigente Medico	€ 380.000.00
	1	Dirigente Fisico	€ 85.000.00
	6	CPS - Tecnico di Radiologia (cat.D)	€ 240.000.00
	6	CPS - Infermere (cat. D)	€ 250.500.00
	17	TOTALE	€ 955.500.00
POTENZIAMENTO ONCOLOGIA MEDICA PER PAZIENTI FRAGILI	2	Dirigente Medico Oncologo	€ 190.000.00
	2	CPS - Infermere (cat. D)	€ 83.500.00
	4	TOTALE	€ 273.500.00
ALTRI PROFILI	N.	Profilo professionale	Costo annuo
Dirigente Medico per potenziamento attività di Sala Operatoria	3	Dirigente Medico disciplina anestesia e rianimazione	€ 285.000.00
Dirigente Medico per l'attività della Rete Oncologica Pugliese nell'ambito del C.O.R.O.	4	Dirigente Medico disciplina Oncologia	€ 380.000.00
CPS- Infermiere per l'attività della Rete Oncologica Pugliese nell'ambito del C.O.R.O.	2	CPS - Infermere (cat. D)	€ 83.500.00
Collaboratore amministrativo per l'attività della Rete Oncologica Pugliese nell'ambito del C.O.R.O.	1	Collaboratore amministrativo	€ 33.000.00
Dirigente Medico per potenziamento attività UOSD Radiologia Diagnostica e UOSD Radiologia Senologica	5	Dirigente Medico disciplina Radiodiagnostica	€ 475.000.00
Dirigente Medico per potenziamento attività UO Otorinolaringoiatria	5	Dirigente Medico disciplina Otorinolaringoiatria	€ 475.000.00
Dirigente Medico per potenziamento attività UOSD Endoscopia Digestiva	4	Dirigente Medico disciplina Gastroenterologia	€ 380.000.00
Dirigente Medico per potenziamento attività UOC Chirurgia Plastica	1	Dirigente Medico disciplina Chirurgia Plastica	€ 95.000.00
Dirigente Medico per potenziamento attività Laboratorio di analisi	1	Dirigente Medico disciplina Patologia Clinica	€ 95.000.00
Dirigente Sanitario Non Medico	4	Dirigente Psicologia Clinica	€ 340.000.00
Dirigente Sanitario Non Medico	2	Dirigente Farmacista per UMACA	€ 170.000.00
Dirigente Sanitario Non Medico	1	Dirigente Biologo	€ 85.000.00
Dirigente Ruolo Professionale	1	Dirigente Ingegneria Clinica	€ 80.000.00
Dirigente Ruolo Tecnico	2	Dirigente Analista	€ 160.000.00
Dirigente per Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)	1	Dirigente Amministrativo	€ 80.000.00
Personale Amministrativo	4	Dirigente Amministrativo	€ 320.000.00
Responsabile Comunicazione e Ufficio Stampa - Giornalista	1	Dirigente Amministrativo	€ 80.000.00
Dirigente Avvocato da assegnare in staff alla Direzione Strategica	1	Dirigente Avvocato	€ 80.000.00
Dirigente medico disciplina Fisiatria	1	Dirigente Medico	95.000.00 €
Personale della Riabilitazione	3	CPS - Fisioterapista (cat. D)	€ 120.000.00
Personale Infermieristico per potenziamento attività Sala Operatoria	6	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 250.500.00
Personale Infermieristico per potenziamento attività ambulatoriali	12	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 501.000.00



Personale Tecnico Sanitario	7	CPS (cat. D) - n.1 Dietista, n. 1 Assistente sociale, n.2 Tecnico di laboratorio, n.3 Tecnico di radiologia	€ 280.000.00
Personale Tecnico per l'attività di Assistenza Domiciliare	4	Autisti	€ 120.000.00
CPS- Infermiere per l'attività di Assistenza Domiciliare	6	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 250.500.00
Personale Tecnico	1	Collaboratore tecnico professionale - Informatico (cat. D)	€ 33.000.00
Personale Tecnico	1	Collaboratore tecnico professionale - Ingegnere (cat. D)	€ 33.000.00
Personale Amministrativo	1	Collaboratore amministrativo (cat. D) - Anticorruzione e Privacy	€ 33.000.00
Personale Amministrativo	4	Collaboratore amministrativo (cat. D)	€ 132.000.00
Personale Amministrativo	4	Assistente amministrativo (cat. C)	€ 120.000.00
Personale Tecnico	5	Operatore Socio-sanitario	€ 147.920.00
Personale Amministrativo	4	Commessi	€ 132.000.00
TOTALE ALTRI PROFILI	102	TOTALE	€ 5.944.420.00
TOTALE INCREMENTO PERSONALE	153	TOTALE INCREMENTO COSTO ANNUO	€ 9.215.670.00

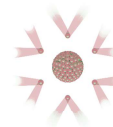
La Regione Puglia accoglieva parzialmente detta richiesta e, con Deliberazione della Giunta Regionale n.1818 del 12 dicembre 2022, ha rideterminato e ripartito il tetto di spesa annuale del personale delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale, ex art. 2, comma 71, legge191/2009 e s.m.i., riconoscendo all'Istituto il nuovo tetto di spesa di € 35.152.116,00 - a valere dall'anno 2022 - rispetto al precedente di € 31.173.942,00 con un incremento di circa 4 milioni di euro.

3.c.3. Il Piano del fabbisogno di personale

Nel rispetto del nuovo tetto di spesa di € 35.152.116,00, questo Istituto ha adottato il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021-2023 in via definitiva, con deliberazione del Direttore Generale n. 894 del 09.11.2023, ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., in recepimento della D.G.R. Puglia n. 1210 del 08.08.2023, sinteticamente riportato nelle seguenti tabelle:

PTFP 2021-2023 IRCCS G. PAOLO II_ FABBISOGNO PERSONALE MEDICO OSPEDALIERO (D.G.R. Puglia n. 1210/2023)

DISCIPLINA	FABBISOGNO 2021	FABBISOGNO 2022	FABBISOGNO 2023
Cardiologia	6,0	6,0	6,0
Chirurgia generale	18,0	22,0	22,0
Chirurgia plastica	9,0	9,0	9,0
Chirurgia toracica	9,0	9,0	9,0
Ematologia	11,0	16,0	16,0
Ostetricia e Ginecologia	4,0	6,5	6,5
Otorinolaringoiatria	5,0	5,0	6,0
Urologia	3,0	4,0	4,0
Terapia intensiva-Sale operatorie-Altre degenze intensive a supporto	17,0	19,0	19,0
Genetica medica	1,0	1,0	1,0
Oncologia (con posti letto)	33,0	36,0	35,0
Anatomia e istologia patologica	18,0	20,0	20,0

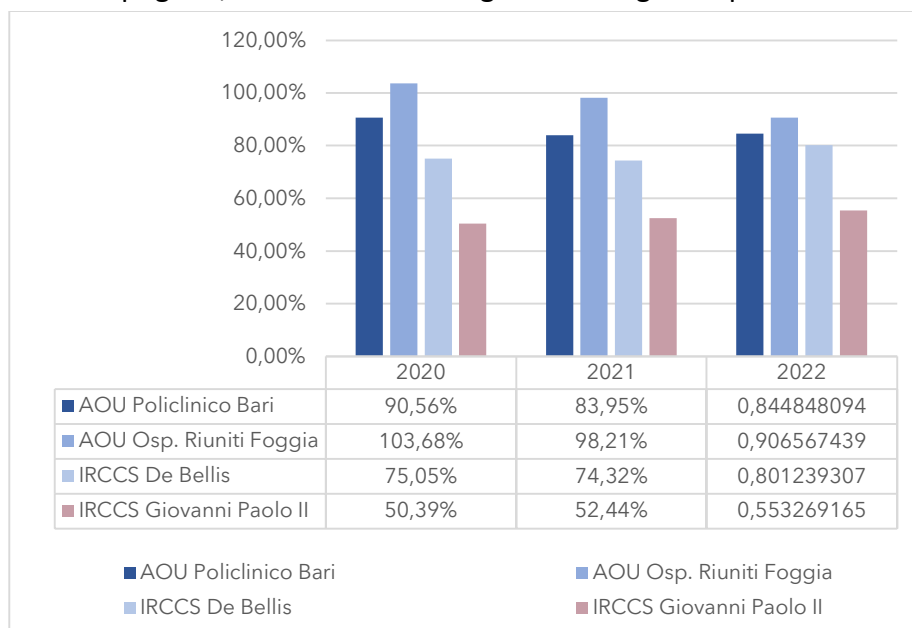


Laboratorio d'analisi	2,0	2,0	2,0
Radiologia	18,0	22,0	21,0
Radioterapia	9,0	9,0	10,0
Direzione sanitaria	4,0	4,0	3,0
Igiene	4,0	4,0	4,0
Dermatologia	-	-	1,0
Endocrinologia	-	1,0	1,0
Medicina Fisica e Riabilitazione	-	1,0	1,0
Malattie Apparato respiratorio (Pneumologia)	-	1,0	1,0
Totale complessivo	171,0	197,5	197,5

PTFP 2021-2023 IRCCS G. PAOLO II_ FABBISOGNO ALTRO PERSONALE OSPEDALIERO (D.G.R. Puglia n. 1210/2023)

PROFILO PROFESSIONALE	FABBISOGNO 2021	FABBISOGNO 2022	FABBISOGNO 2023
Infermieri	262	278	278
Personale ostetrico	-	-	-
O.S.S.	69	65	65
DIRIGENTE SANITARIO	24	29	29
DIRIGENTE TECNICO	-	-	1
DIRIGENTE PROFESSIONALE	3	6	5
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	4	6	6
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	1	2	2
PERSONALE TECNICO SANITARIO	85	81	81
AUSILIARIO	6	6	6
PERSONALE COMPARTO AMMINISTRATIVO	62	63	63
PERSONALE COMPARTO TECNICO-PROFESSIONALE	22	22	22
Totale complessivo	538	558	558

E' proprio il caso di segnalare tuttavia, che la spesa del personale in servizio incide, in termini percentuali, sul valore della produzione, nella misura più bassa rispetto alle altre Aziende Ospedaliere e IRCCS pugliesi, come si evince dal grafico di seguito riportato:



Corre l'obbligo di sottolineare altresì, che il Piano di rilancio dell'Istituto ha subito una battuta d'arresto nel corso dell'anno 2023, a seguito dell'adozione delle Deliberazione della Giunta Regionale n. 412 del 28 marzo 2023 e n. 640 del 10 maggio 2023, con le quali la Regione

Puglia ha adottato una serie di azioni finalizzate alla razionalizzazione e qualificazione della spesa di personale.

All'esito di varie interlocuzioni tra il Dipartimento Promozione della Salute della Regione e le aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale, è stata adottata, tra le altre, la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1434 del 19 ottobre 2023 avente ad oggetto *“Autorizzazione alla spesa e approvazione del Piano assunzionale dell'IRCCS Giovanni Paolo II 2023-2024 ex Deliberazione di Giunta Regionale n. 640 del 10 maggio 2023. Ulteriori disposizioni in materia di personale del S.S.R.”*.

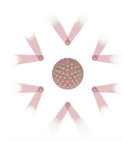
Il piano assunzionale è molto riduttivo rispetto all'esigenze dell'Istituto che però si è dovuto adeguare alle esigenze regionali di razionalizzazione della spesa. In particolare la Regione Puglia ha fornito le indicazioni metodologiche relative alla predisposizione dei piani assunzionali che hanno previsto:

- copertura finanziaria riveniente in via esclusiva dalle cessazioni a vario titolo del personale dipendente nel periodo: 01/09/2023 – 31/12/2023 e intero anno 2024;
- individuazione delle esigenze assistenziali, dando priorità ai dirigenti medici.

Le assunzioni a tempo indeterminato e determinato autorizzate dalla Regione con la sopracitata Deliberazione della Giunta Regionale n. 1434 del 19 ottobre 2023 (Tabella B – Procedure previste), non completate nell'anno 2023 e programmate per l'anno 2024, sono riportate di seguito:

Assunzioni a tempo indeterminato anni 2023-2024 (DGR Puglia n. 1434/2023 – Tabella B)

Profilo Professionale	Disciplina	Unità Operativa di Assegnazione	Periodo 1° settembre - 31 dicembre 2023	Proiezione al 2024		Assunzioni 2024		TOTALE	
			Valore Economico	N.	Valore Economico	N.	Valore Economico	N.	Valore Economico
Dirigente Medico	Ginecologia	SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	26.917,00 €	1	95.000,00 €			1	121.917,00 €
Dirigente Medico	Radiodiagnostica	SSD Radiologia Diagnostica / SSD Radiologia Senologica	95.000,00 €	4	380.000,00 €			4	475.000,00 €
Tecnico di Laboratorio		SC Anatomia Patologica, SSD Patologia Clinica, SSD Diagnostica Molecolare	36.667,00 €	3	120.000,00 €			3	156.667,00 €
Dirigente Medico	Fisica e Riabilitativa	SSD C.Or.O.	27.708,00 €	1	95.000,00 €			1	122.708,00 €
Dirigente Medico	Chirurgia Toracica	SC Chirurgia Toracica	7.917,00 €	1	95.000,00 €			1	102.917,00 €
Dirigente Medico	Dermatologia	Direzione Sanitaria	7.917,00 €	1	95.000,00 €			1	102.917,00 €
Dirigente Medico	Radiodiagnostica	SSD Radiologia Diagnostica	7.917,00 €	1	95.000,00 €			1	102.917,00 €
Dirigente Medico	Ematologia	SC Ematologia				2	190.000,00 €	2	190.000,00 €
Dirigente Medico	Ginecologia	SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata				1	95.000,00 €	1	95.000,00 €
Infermiere		SC Ematologia				1	41.750,00 €	1	41.750,00 €
Totale			210.043,00 €	12	975.000,00 €	4	326.750,00 €	16	1.511.793,00 €



A partire dal mese di dicembre 2023 sono state programmate inoltre n. 25 assunzioni a tempo indeterminato di personale in possesso dei requisiti per la stabilizzazione, ai sensi dell'art. 1, comma 268 della legge n. 234 del 30.12.2021 e s.m.i., come autorizzate dalla Regione con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1434 del 19 ottobre 2023 (Tabella C – Piano stabilizzazioni) di seguito riportate:

TABELLA C - PIANO STABILIZZAZIONI

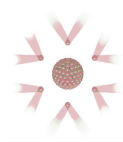
PROFILO PROFESSIONALE	REQUISITO EX ART. 20 D.LGS 75/2017		REQUISITO EX ART. 1, CO. 268 L. 234/2021 e ss.mm.ii (comprensivo milleproroghe)		N. UNITA' CHE MATURERANNO REQUISITI AL 31.12.2023	N. UNITA' CHE MATURERANNO REQUISITI AL 31.12.2024	TOTALE UNITA' CERTE DA STABILIZZARE [A1+A2]
	A1	B1	A2	B2			
	N. COMPLESSIVO UNITA' CHE HANNO MATURATO IL REQUISITO	N. UNITA' IN SERVIZIO CHE HANNO MATURATO IL REQUISITO (di cui colonna A1)	N. COMPLESSIVO UNITA' CHE HANNO MATURATO IL REQUISITO	N. UNITA' IN SERVIZIO CHE HANNO MATURATO IL REQUISITO (di cui colonna A2)			
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE			1	1	1		1
OPERATORE SOCIO SANITARIO					2		0
INFERMIERE			13	12	6		13
TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO			1	1	1		1
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE INGEGNERE			1	1			1
COLLABORATORE PROFESSIONALE SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA			1	1			1
TOTALE	0	0	17	16	10	0	17

Ciò comporterà, nell'esercizio 2024, una consistente diminuzione della spesa di personale a tempo determinato e, pertanto, si prevede di rispettare il vincolo di spesa di cui all'art. 9, comma 28 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

3.c.4. La pianificazione del fabbisogno

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 679 del 9 agosto 2023, questo Istituto ha adottato il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024, in fase di approvazione da parte della Regione Puglia.

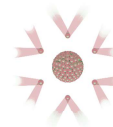
Il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024 ha tenuto principalmente conto delle indicazioni contenute nella deliberazione di Giunta Regionale n. 261 del 06/03/2023 con cui sono state approvate le nuove Linee guida per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP), finalizzate ad acquisire, con elevato grado di dettaglio, informazioni in merito al fabbisogno di personale previsto per l'assistenza



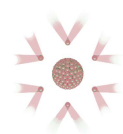
ospedaliera e territoriale, nonché in merito alla quantificazione dei relativi costi relativamente al costo complessivo del fabbisogno di personale, nonché ai costi da escludere ai fini del vincolo di spesa 2004 - 1,4% secondo le previsioni di cui alla Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006, ivi compresi i costi derivanti da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004.

Di rilevante importanza nella predisposizione del PTFP 2022-2024 è stata la D.G.R. Puglia n. 640 del 10/05/2023, che ha previsto che in fase di definizione dei Piani del Fabbisogno di Personale relativi al triennio 2022-2024, le Aziende dovessero calcolare una quota pari al 20,80% quale percentuale standard che deve essere applicata in detrazione rispetto al costo complessivo del fabbisogno di personale del Comparto, e una quota pari al 17,72% quale percentuale standard che deve essere applicata in detrazione rispetto al costo complessivo del fabbisogno di personale dei ruoli dirigenziali. Si riporta nella seguente tabella il PTFP 2022-2024 adottato con la sopracitata deliberazione del Direttore Generale n. 679 del 9 agosto 2023.

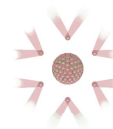
DENOMINAZIONE STRUTTURA OPERATIVA /DETTAGLIO ATTIVITA'	PROFILO PROFESSIONALE	CONSISTENZA PERSONALE T.I. AL 01/01/2023	FABBISOGNO TOTALE 2022 [R+S+T+U]	COSTO (T.I.+T.D+UNIV.) 2022	FABBISOGNO TOTALE 2023 [X+Y+Z+AA]	COSTO (T.I.+T.D+UNIV.) 2023	FABBISOGNO TOTALE 2024 [AD+AE+AF+AG]	COSTO (T.I.+T.D+UNIV.) 2024
ANATOMIA PATOLOGICA	Direttore Medico	1	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €
ANATOMIA PATOLOGICA	Assistente Amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
ANATOMIA PATOLOGICA	Dirigente Medico	14	17,0	1.520.000,00 €	17,0	1.520.000,00 €	17,0	1.520.000,00 €
ANATOMIA PATOLOGICA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	1	41.750,00 €	1,0	41.750,00 €	1,0	41.750,00 €
ANATOMIA PATOLOGICA	Coadiutore Amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
ANATOMIA PATOLOGICA	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	19	27	1.080.000,00 €	27,0	1.080.000,00 €	27,0	1.080.000,00 €
ANATOMIA PATOLOGICA	Commesso	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
ANATOMIA PATOLOGICA	Dirigente Sanitario Biologo	2	3	255.000,00 €	3,0	255.000,00 €	3,0	255.000,00 €
ANATOMIA PATOLOGICA-DIAGNOSTICA POLMONARE	Dirigente Medico	1	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €
ANATOMIA PATOLOGICA-DIAGNOSTICA SENOLOGICA	Dirigente Medico	1	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €
ANESTESIA, RIANIMAZIONE E T.I.P.O.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	49	50	2.087.500,00 €	50,0	2.087.500,00 €	50,0	2.087.500,00 €
ANESTESIA, RIANIMAZIONE E T.I.P.O.	Operatore Socio Sanitario	13	13	384.592,00 €	13,0	384.592,00 €	13,0	384.592,00 €



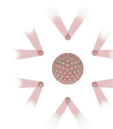
ANESTESIA, RIANIMAZIONE E T.I.P.O.	Direttore Medico	1	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €
ANESTESIA, RIANIMAZIONE E T.I.P.O.	Dirigente Medico	18	18,0	1.710.000,00 €	18,0	1.710.000,00 €	18,0	1.710.000,00 €
BUROCRATICO LEGALE, PRIVACY E AFFARI GENERALI	Assistente Amministrativo	2	2	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €
BUROCRATICO LEGALE, PRIVACY E AFFARI GENERALI	coadiutore amministrativo	2	2	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €
BUROCRATICO LEGALE, PRIVACY E AFFARI GENERALI	collaboratore amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
BUROCRATICO LEGALE, PRIVACY E AFFARI GENERALI	Direttore Avvocato / Procuratore Legale Strutt Complessa	1	1	110.000,00 €	1,0	110.000,00 €	1,0	110.000,00 €
CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	5	5	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €
CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	Ausiliario Specializzato	1	1	26.000,00 €	1,0	26.000,00 €	1,0	26.000,00 €
CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	Dirigente Medico	6	6,0	570.000,00 €	6,0	570.000,00 €	6,0	570.000,00 €
CHIRURGIA GENERALE A INDIRIZZO ONCOLOGICO	Dirigente Medico	7	9,0	855.000,00 €	9,0	855.000,00 €	9,0	855.000,00 €
CHIRURGIA GENERALE A INDIRIZZO ONCOLOGICO	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	19	26	1.085.500,00 €	26,0	1.085.500,00 €	26,0	1.085.500,00 €
CHIRURGIA GENERALE A INDIRIZZO ONCOLOGICO	Operatore Socio Sanitario	7	7	207.088,00 €	7,0	207.088,00 €	7,0	207.088,00 €
CHIRURGIA GENERALE A INDIRIZZO ONCOLOGICO	Direttore Medico	0	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €
CHIRURGIA GENERALE A INDIRIZZO SENOLOGICO	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	8	10	417.500,00 €	10,0	417.500,00 €	10,0	417.500,00 €
CHIRURGIA GENERALE A INDIRIZZO SENOLOGICO	Operatore Socio Sanitario	1	1	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €
CHIRURGIA GENERALE A INDIRIZZO SENOLOGICO	Dirigente Medico	6	6,0	570.000,00 €	6,0	570.000,00 €	6,0	570.000,00 €
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	16	15	626.250,00 €	15,0	626.250,00 €	15,0	626.250,00 €
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	Operatore Socio Sanitario	4	4	118.336,00 €	4,0	118.336,00 €	4,0	118.336,00 €



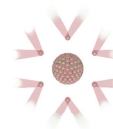
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	Direttore Medico	1	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	Dirigente Medico	5	7,0	570.000,00 €	7,0	570.000,00 €	7,0	570.000,00 €
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	Dirigente Medico		1,0	- €	1,0	- €	1,0	- €
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	Ausiliario Specializzato	1	1	26.000,00 €	1,0	26.000,00 €	1,0	26.000,00 €
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista	2	2	80.000,00 €	2,0	80.000,00 €	2,0	80.000,00 €
CHIRURGIA TORACICA	Direttore Medico	1	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €
CHIRURGIA TORACICA	Dirigente Medico	6	7,0	665.000,00 €	7,0	665.000,00 €	7,0	665.000,00 €
CHIRURGIA TORACICA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	13	16	668.000,00 €	16,0	668.000,00 €	16,0	668.000,00 €
CHIRURGIA TORACICA	Operatore Socio Sanitario	4	6	177.504,00 €	6,0	177.504,00 €	6,0	177.504,00 €
CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	assistente amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Dirigente Medico	1	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €
CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1	1	40.000,00 €	1,0	40.000,00 €	1,0	40.000,00 €
CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	collaboratore amministrativo	0	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
CONTROLLO DI GESTIONE	Dirigente Ingegnere	1	1	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €
DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	1	41.750,00 €	1,0	41.750,00 €	1,0	41.750,00 €
DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	2	3	120.000,00 €	3,0	120.000,00 €	3,0	120.000,00 €
DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	Dirigente Sanitario Biologo	4	4	340.000,00 €	4,0	340.000,00 €	4,0	340.000,00 €
DIAGNOSTICA POLMONARE	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1	0	- €	0,0	- €	0,0	- €
DIAGNOSTICA SENOLOGICA	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1	0	- €	0,0	- €	0,0	- €
DIREZIONE GENERALE	Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	0	1	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €



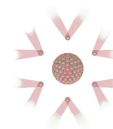
DIREZIONE GENERALE	Collaboratore Amministrativo	2	4	132.000,00 €	4,0	132.000,00 €	4,0	132.000,00 €
DIREZIONE GENERALE	Collaboratore Professionale Spec. Comunicazione Istituz.	1	2	60.000,00 €	2,0	60.000,00 €	2,0	60.000,00 €
DIREZIONE GENERALE	coadiutore amministrativo	0	2	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €
DIREZIONE GENERALE	Assistente amministrativo	0	0	- €	0,0	- €	1,0	33.000,00 €
DIREZIONE GENERALE	dirigente amministrativo	0	0		0,0		1,0	80.000,00 €
DIREZIONE SANITARIA	Collaboratore Amministrativo Esperto	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
DIREZIONE SANITARIA	Dirigente Medico	4	4,0	380.000,00 €	3,0	285.000,00 €	3,0	285.000,00 €
DIREZIONE SANITARIA	Collaboratore Professionale Sanitario Dietista	1	1	40.000,00 €	1,0	40.000,00 €	1,0	40.000,00 €
DIREZIONE SANITARIA	Dirigente Professioni Sanitarie	0	1	85.000,00 €	1,0	85.000,00 €	1,0	85.000,00 €
DIREZIONE SANITARIA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	0	- €	0,0	- €	0,0	- €
DIREZIONE SANITARIA	Operatore Socio Sanitario	1	1	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €
DIREZIONE SANITARIA	Dirigente Sanitario Psicologo	0	3	- €	3,0	- €	3,0	- €
DIREZIONE SANITARIA - CORO	Dirigente Medico		0,0		1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €
DIREZIONE SANITARIA - CORO	Dirigente Medico		1,0		1,0		1,0	
DIREZIONE SANITARIA - CORO	Dirigente Medico		1,0		1,0		1,0	
DIREZIONE SANITARIA - CORO	Dirigente Medico		0,0		0,0		1,0	95.000,00 €
DIREZIONE SANITARIA - CORO	Dirigente Medico	0	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €
DIREZIONE SANITARIA - CORO	Dirigente Medico	0	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €
DIREZIONE SANITARIA - CORO	Dirigente Medico	0	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €
DIREZIONE SCIENTIFICA	Assistente Amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €



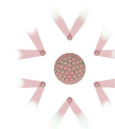
DIREZIONE SCIENTIFICA	Coadiutore Amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
DIREZIONE SCIENTIFICA	Collaboratore Amministrativo	2	2	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €
DIREZIONE SCIENTIFICA	dirigente amministrativo	1	1	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €
DIREZIONE SCIENTIFICA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	1	41.750,00 €	1,0	41.750,00 €	1,0	41.750,00 €
EMATOLOGIA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	26	31	1.294.250,00 €	31,0	1.294.250,00 €	31,0	1.294.250,00 €
EMATOLOGIA	Operatore Socio Sanitario	8	8	236.672,00 €	8,0	236.672,00 €	8,0	236.672,00 €
EMATOLOGIA	Direttore Medico	1	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €
EMATOLOGIA	Dirigente Sanitario Biologo	1	2	170.000,00 €	2,0	170.000,00 €	2,0	170.000,00 €
EMATOLOGIA	Dirigente Medico	10	15,0	1.425.000,00 €	15,0	1.425.000,00 €	15,0	1.425.000,00 €
ENDOSCOPIA BRONCHIALE	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	3	3	125.250,00 €	3,0	125.250,00 €	3,0	125.250,00 €
ENDOSCOPIA BRONCHIALE	Dirigente Medico	1	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €
FARMACIA E UMACA	assistente amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
FARMACIA E UMACA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	9	9	375.750,00 €	9,0	375.750,00 €	9,0	375.750,00 €
FARMACIA E UMACA	collaboratore amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
FARMACIA E UMACA	Direttore Sanitario Farmacista	1	1	115.000,00 €	1,0	115.000,00 €	1,0	115.000,00 €
FARMACIA E UMACA	Dirigente Sanitario Farmacista	4	6	510.000,00 €	6,0	510.000,00 €	7,0	595.000,00 €
FISICA SANITARIA	collaboratore tecnico professionale	1	1	30.000,00 €	1,0	30.000,00 €	1,0	30.000,00 €
FISICA SANITARIA	Dirigente Sanitario Fisico	5	5	425.000,00 €	5,0	425.000,00 €	5,0	425.000,00 €
GASTROENTEROLOGIA ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Dirigente Medico	5	6,0	570.000,00 €	6,0	570.000,00 €	6,0	570.000,00 €



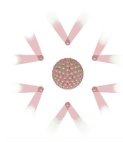
GASTROENTEROLOG IA ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Operatore Socio Sanitario	2	3	88.752,00 €	3,0	88.752,00 €	3,0	88.752,00 €
GASTROENTEROLOG IA ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	7	9	375.750,00 €	9,0	375.750,00 €	9,0	375.750,00 €
GESTIONE PATRIMONIO, APPALTI E CONTRATTI	Assistente amministrativo	4	4	132.000,00 €	4,0	132.000,00 €	4,0	132.000,00 €
GESTIONE PATRIMONIO, APPALTI E CONTRATTI	Coadiutore Amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
GESTIONE PATRIMONIO, APPALTI E CONTRATTI	Collaboratore Amministrativo	5	5	165.000,00 €	5,0	165.000,00 €	5,0	165.000,00 €
GESTIONE PATRIMONIO, APPALTI E CONTRATTI	Collaboratore Amministrativo Esperto	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
GESTIONE PATRIMONIO, APPALTI E CONTRATTI	dirigente amministrativo	1	1	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €
GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	coadiutore amministrativo	0	0	- €	0,0	- €	0,0	- €
GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	Assistente Amministrativo	1	2	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €
GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	Collaboratore Amministrativo	4	5	165.000,00 €	5,0	165.000,00 €	5,0	165.000,00 €
GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	Direttore Amministrativo Strutt Complessa	1	1	110.000,00 €	1,0	110.000,00 €	1,0	110.000,00 €
GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	dirigente amministrativo	1	1	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €
GESTIONE RISORSE UMANE	Assistente Amministrativo	4	4	132.000,00 €	4,0	132.000,00 €	4,0	132.000,00 €
GESTIONE RISORSE UMANE	coadiutore amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
GESTIONE RISORSE UMANE	Collaboratore Amministrativo	5	6	198.000,00 €	6,0	198.000,00 €	6,0	198.000,00 €
GESTIONE RISORSE UMANE	Collaboratore Amministrativo Esperto	2	2	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €
GESTIONE RISORSE UMANE	commesso	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
GESTIONE RISORSE UMANE	Direttore Amministrativo Strutt Complessa	1	1	110.000,00 €	1,0	110.000,00 €	1,0	110.000,00 €
GESTIONE TECNICA E SISTEMI INFORMATICI	assistente tecnico	1	3	90.000,00 €	3,0	90.000,00 €	3,0	90.000,00 €
GESTIONE TECNICA E SISTEMI INFORMATICI	Assistente Amministrativo	1	1	30.000,00 €	1,0	30.000,00 €	1,0	30.000,00 €
GESTIONE TECNICA E SISTEMI INFORMATICI	collaboratore amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
GESTIONE TECNICA E SISTEMI INFORMATICI	collaboratore tecnico professionale	2	5	150.000,00 €	5,0	150.000,00 €	5,0	150.000,00 €
GESTIONE TECNICA E SISTEMI INFORMATICI	Direttore Ingegnere Strutt Complessa	1	1	110.000,00 €	1,0	110.000,00 €	1,0	110.000,00 €



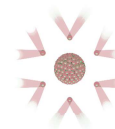
GESTIONE TECNICA E SISTEMI INFORMATICI	dirigente amministrativo	1	1	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €
GESTIONE TECNICA E SISTEMI INFORMATICI	operatore tecnico	4	5	150.000,00 €	5,0	150.000,00 €	5,0	150.000,00 €
GESTIONE TECNICA E SISTEMI INFORMATICI	Dirigente Ingegnere	0	1	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €
GESTIONE TECNICA E SISTEMI INFORMATICI	Dirigente Analista	0	1	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €	1,0	80.000,00 €
GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	Dirigente Medico	3	6,5	522.500,00 €	6,5	522.500,00 €	6,5	522.500,00 €
GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	18	751.500,00 €	18,0	751.500,00 €	18,0	751.500,00 €
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	13	1	41.750,00 €	1,0	41.750,00 €	1,0	41.750,00 €
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	Dirigente Medico	3	4,0	380.000,00 €	4,0	380.000,00 €	4,0	380.000,00 €
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	Operatore Socio Sanitario	6	6	177.504,00 €	6,0	177.504,00 €	6,0	177.504,00 €
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	1	1	40.000,00 €	1,0	40.000,00 €	1,0	40.000,00 €
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	Direttore Medico	0	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA (SALA IBRIDA)	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	6	6	250.500,00 €	6,0	250.500,00 €	6,0	250.500,00 €
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA (SALA IBRIDA)	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	3	3	120.000,00 €	3,0	120.000,00 €	3,0	120.000,00 €
ONCOLOGIA MEDICA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	22	26	1.085.500,00 €	26,0	1.085.500,00 €	26,0	1.085.500,00 €
ONCOLOGIA MEDICA	Dirigente Medico	9	11,0	950.000,00 €	10,0	855.000,00 €	10,0	855.000,00 €
ONCOLOGIA MEDICA	Operatore Socio Sanitario	8	8	236.672,00 €	8,0	236.672,00 €	8,0	236.672,00 €
ONCOLOGIA MEDICA	Ausiliario Specializzato	0	1	26.000,00 €	1,0	26.000,00 €	1,0	26.000,00 €
ONCOLOGIA MEDICA	Direttore Medico	1	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €
ONCOLOGIA MEDICA INTEGRATA	Dirigente Medico	5	5,0	475.000,00 €	5,0	475.000,00 €	5,0	475.000,00 €



ONCOLOGIA MEDICA INTEGRATA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	4	4	167.000,00 €	4,0	167.000,00 €	4,0	167.000,00 €
ONCOLOGIA MEDICA INTEGRATA	Operatore Socio Sanitario	1	1	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	Dirigente Medico	8	8,0	760.000,00 €	8,0	760.000,00 €	8,0	760.000,00 €
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE DEL PAZIENTE	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	9	9	375.750,00 €	9,0	375.750,00 €	9,0	375.750,00 €
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE DEL PAZIENTE	Dirigente Medico	6	8,0	760.000,00 €	8,0	760.000,00 €	8,0	760.000,00 €
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE DEL PAZIENTE	Operatore Socio Sanitario	1	1	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE DEL PAZIENTE	Dirigente Sanitario Psicologo	1	1	85.000,00 €	1,0	85.000,00 €	1,0	85.000,00 €
ONCOLOGIA SPERIMENTALE E BIOBANCA	Direttore Medico	0	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €
ONCOLOGIA SPERIMENTALE E BIOBANCA	Dirigente Medico	1	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €	1,0	95.000,00 €
ONCOLOGIA SPERIMENTALE E BIOBANCA	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1	1	40.000,00 €	1,0	40.000,00 €	1,0	40.000,00 €
OTORINOLARINGOI ATRIA E CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	Dirigente Medico	5	5,0	475.000,00 €	6,0	570.000,00 €	6,0	570.000,00 €
OTORINOLARINGOI ATRIA E CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	2	3	125.250,00 €	3,0	125.250,00 €	3,0	125.250,00 €
PATOLOGIA CLINICA	Dirigente Medico	2	2,0	190.000,00 €	2,0	190.000,00 €	2,0	190.000,00 €
PATOLOGIA CLINICA	Coadiutore Amministrativo	2	2	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €	2,0	66.000,00 €
PATOLOGIA CLINICA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	5	5	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €
PATOLOGIA CLINICA	Operatore Socio Sanitario	1	1	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €
PATOLOGIA CLINICA	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	11	11	440.000,00 €	11,0	440.000,00 €	12,0	480.000,00 €
PATOLOGIA CLINICA	Dirigente Sanitario Biologo	1	2	170.000,00 €	2,0	170.000,00 €	2,0	170.000,00 €
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	Dirigente Medico	9	12,0	1.140.000,00 €	11,0	1.045.000,00 €	11,0	1.045.000,00 €
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	Ausiliario Specializzato	1	1	26.000,00 €	1,0	26.000,00 €	1,0	26.000,00 €
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	Operatore Socio Sanitario	3	3	88.752,00 €	3,0	88.752,00 €	3,0	88.752,00 €
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	Collaboratore Professionale Sanitario	4	5	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €



	Infermiere							
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	13	14	560.000,00 €	14,0	560.000,00 €	15,0	600.000,00 €
RADIOLOGIA SENOLOGICA	Dirigente Medico	3	5,0	475.000,00 €	5,0	475.000,00 €	5,0	475.000,00 €
RADIOLOGIA SENOLOGICA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	5	5	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €
RADIOLOGIA SENOLOGICA	Operatore Socio Sanitario	1	1	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €
RADIOLOGIA SENOLOGICA	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	3	4	160.000,00 €	4,0	160.000,00 €	5,0	200.000,00 €
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	Dirigente Medico	7	8,0	760.000,00 €	9,0	855.000,00 €	9,0	855.000,00 €
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	Direttore Medico	1	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	5	5	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	13	14	560.000,00 €	14,0	560.000,00 €	14,0	560.000,00 €
SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	Ausiliario Specializzato	2	2	52.000,00 €	2,0	52.000,00 €	1,0	26.000,00 €
SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	Collaboratore Professionale Assistente Sociale	1	1	40.000,00 €	1,0	40.000,00 €	2,0	80.000,00 €
SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	4	5	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €	5,0	208.750,00 €
SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	operatore socio sanitario	1	1	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €	1,0	29.584,00 €
SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	Dirigente Professioni Sanitarie	1	1	85.000,00 €	1,0	85.000,00 €	1,0	85.000,00 €
SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	operatore tecnico specializzato	4	5	150.000,00 €	5,0	150.000,00 €	5,0	150.000,00 €
SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE (SERVIZIO PRE RICOVERO)	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	4	4	167.000,00 €	4,0	167.000,00 €	4,0	167.000,00 €
STATISTICA, EPIDEMIOLOGIA E QUALITA'	Direttore Medico	1	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €	1,0	120.000,00 €
STATISTICA, EPIDEMIOLOGIA E QUALITA'	Assistente Amministrativo	1	1	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €	1,0	33.000,00 €
STATISTICA, EPIDEMIOLOGIA E QUALITA'	assistente tecnico	1	1	30.000,00 €	1,0	30.000,00 €	1,0	30.000,00 €
STATISTICA, EPIDEMIOLOGIA E QUALITA'	collaboratore amministrativo	3	3	99.000,00 €	3,0	99.000,00 €	3,0	99.000,00 €
STATISTICA, EPIDEMIOLOGIA E QUALITA'	Collaboratore Professionale Sanitario Assistente Sanitario	1	1,0	41.750,00 €	1,0	41.750,00 €	1,0	41.750,00 €



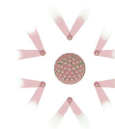
TUMORI RARI E MELANOMA	Dirigente Medico	2	2,0	190.000,00 €	2,0	190.000,00 €	2,0	190.000,00 €
UROLOGIA	Dirigente Medico	3	4,0	380.000,00 €	4,0	380.000,00 €	4,0	380.000,00 €
UROLOGIA	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	4	167.000,00 €	4,0	167.000,00 €	4,0	167.000,00 €
TOTALE		642	755,50	41.433.960 €	755,50	41.433.960 €	762,50	41.860.960 €

E' necessario ribadire che il PTFP 2022-2024 è attualmente in fase di approvazione regionale e soddisfa - solo in parte - il contenuto del "Piano di Rilancio" di cui alla sopra citata nota prot. n. 7595 del 4 aprile 2022, con cui la Direzione Strategica dell'Istituto ha presentato all'Assessorato e al Dipartimento della Salute della Regione Puglia una relazione relativa al progetto di potenziamento e rivalutazione dell'IRCCS Giovanni Paolo II di Bari, con la quale è stato richiesto un incremento di personale pari a n. 153 unità con un aumento della spesa di personale pari a € 9.215.670,00.

La Regione Puglia ad oggi ha accolto parzialmente detta richiesta e, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1818 del 12 dicembre 2022, ha rideterminato e ripartito il tetto di spesa annuale del personale delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale, ex art. 2, comma 71, legge 191/2009 e s.m.i., riconoscendo all'Istituto il nuovo tetto di spesa di € 35.152.116,00 - a valere dall'anno 2022 - rispetto al precedente di € 31.173.942,00 con un incremento di circa 4 milioni di euro.

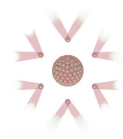
La Direzione Strategica ad oggi è fortemente impegnata nel volere dare seguito al Piano di Rilancio ed è in costante interlocuzione con i competenti organi regionali per ottenere il finanziamento totale richiesto pari a circa 9 milioni di euro, finalizzato a incrementare la dotazione organica dell'Istituto e permettere il conseguente aumento di produzione con particolare riferimento ai seguenti settori di attività:

- Potenziamento dell'attività operatoria di Sala e di ambulatorio chirurgico finalizzati all'utilizzo di tutte le attuali sale operatorie utili allo smaltimento delle liste di attesa, nonché anche allo scopo di attivare percorsi separati in setting assistenziali di day service separati dal blocco operatorio, come pure al fine di strutturare le funzioni relative alla terapia del dolore e della lungodegenza.
- Ematologia: per tale unità deve prevedersi l'adeguamento al disposto normativo di cui alla DGR n. 1107 del 16 luglio 2020 (Rete Ematologica Pugliese) con l'incremento della dotazione organica di dirigenti medici, biologi, tecnici di laboratorio e infermieri, anche alla luce del notevole aumento della domanda di trapianto di midollo osseo, consentito dall'aumento dei P.L. di cui alla DGR n. 919 del 03.07.2023.
- Potenziamento della unità operativa di Urologia, di recente depotenziata di unità e che se non incrementata, non potrà continuare a mantenere gli attuali standard di produzione e



sicurezza che, comunque, non sono ancora rivolti alla gestione degli screening urologici di primo livello (vescica e prostata).

- Potenziamento del C.Or.O. Il Centro di Orientamento Oncologico dell'IRCCS, secondo le intese formalizzate dall'uCoor, deve essere funzionalmente predisposto ad una capacità gestionale intraprovinciale per la presa in carico anche dell'utenza oncologica proveniente dall'IRCCS De Bellis, nonché, dal P.O. San Paolo e dal P.O. Di Venere. A tale scopo si rende indispensabile e quanto mai urgente prevedere l'assunzione di ulteriori dirigenti medici e personale del Comparto. Ritenendo, inoltre, fondamentale procedere ad una revisione del percorso di accoglienza anche in virtù di quanto previsto dalle Linee guida regionali "Hospitality", si necessita di un incremento della dotazione organica di unità di dirigente di Psicologia Clinica. Il Centro di Orientamento Oncologico (CoRO), coerentemente con il modello organizzativo della ROP rappresenta la porta di accesso per la presa in carico del paziente con sospetto diagnostico o con accertata patologia oncologica erogando prestazioni che definiscono i corrispondenti PDTA. Considerato che nell'anno in corso il C.Or.O ha raggiunto circa n. 2000 accessi è ipotizzabile un crescente ricorso a tale organizzazione da parte dell'utenza che non è possibile soddisfare con l'attuale dotazione pari a n.1 dirigente medico.
- Potenziamento delle attività dei Laboratori Diagnostici susseguenti all'attivazione dei PDTA da prima visita emerge nell'ambito dei Laboratori Diagnostici che dovranno prevedere l'incremento di unità di dirigente medico. Per la Patologia Clinica si rende necessario l'incremento, di risorse umane per le attività diagnostiche di supporto alle procedure analitiche propedeutiche alle chemioterapie. Tanto al fine di ottimizzare i percorsi pre-analitici ed analitici, attraverso l'impiego a pieno regime dell'attuale strumentazione tecnologica oggi sottoimpiegata rispetto alle potenzialità produttive.
- Relativamente all'Anatomia Patologica si rende indispensabile implementare la dotazione, anche al fine di garantire il supporto alle attività di screening, anche in favore della Asl Bari, previste dalla DGR n. 2198 del 22 dicembre 2021 - Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025. Si rappresenta inoltre che le attività diagnostiche dell'Anatomia Patologica che attualmente vengono concentrate presso questo Istituto sono destinate anche a soddisfare le richieste provenienti dall'AOU Policlinico di Bari e dall'Ospedale Miulli di Acquaviva delle Fonti, le cui Unità Operative di riferimento sono attualmente caratterizzate da persistenti criticità funzionali.
- Tenuto conto della prossima individuazione del Laboratorio di diagnostica molecolare e farmaco genetica quale centro di riferimento dei test genomici del carcinoma mammario in fase precoce, è necessario prevedere un incremento anche della dotazione della U.O. di Diagnostica Molecolare e Farmaco-Genetica per le attività correlate alle tecniche di sequenziamento.
- Potenziamento a seguito di incremento delle attività di screening del Colon-Retto: le attività diagnostiche conseguenti alla prima fase degli screening comporterà un



incremento degli esami endoscopici che comportano un'accresciuta esigenza di personale medico per la struttura dell'Endoscopia Digestiva.

- Potenziamento dell'attività domiciliare: l'avvenuto avvio della centrale operativa regionale di telemedicina consente di erogare prestazioni sanitarie di televisita e telemedicina con il supporto di personale infermieristico in attività territoriale.

Le predette richieste di assunzione rappresentano solo uno stralcio del "Piano di Rilancio" dell'Istituto e sono necessarie a consentire l'ottemperanza di indisponibili e cogenti disposizioni di legge in tema di esecuzione del Piano Oncologico Nazionale e regionale e di erogazione di prestazioni oncologiche rientranti nei LEA, come i programmi di screening oncologici o i piani di abbattimenti delle liste di attesa varati dalla Giunta Regionale con provvedimenti normativi emessi con la finalità di garantire una corretta presa in carico di pazienti oncologici e di evitare fenomeni di mobilità passiva extraregionale.

3.c.5. Il fabbisogno formativo

Trovano adeguata collocazione strategica nel PIAO, come ovvio, le strategie formative delle risorse umane. La formazione continua è difatti volta a migliorare il livello di qualificazione e di sviluppo professionale dei lavoratori, assicurando capacità competitiva e dunque adattabilità ai cambiamenti tecnologici ed organizzativi.

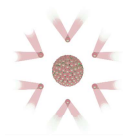
In particolare, la formazione continua del personale sanitario risponde al fondamentale obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale e, pertanto, la partecipazione degli operatori alle qualificate iniziative di formazione previste dall'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii., è finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali, e ad adeguare i comportamenti al progresso scientifico e tecnologico.

Alle attività formative, mediante la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 748 del 30.12.2022, relativa al "Bilancio Pluriennale di Previsione 2023-2025 - Bilancio Preventivo Economico Annuale 2023", sono state ufficialmente allocate le risorse di cui alla voce 3) Acquisti di servizi non sanitari, lettera c) "Formazione" pari ad € 161.000,00, da imputare al conto economico 71210000005 costi da privato

I costi per la formazione dei dipendenti sono stati determinati nella misura del 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 ai sensi dell'articolo 6, comma 13, del Decreto Legge n. 31 maggio 2010, n. 78 (€ 121.891) incrementati delle spese per corsi obbligatori ai sensi del Decreto Legislativo n. 81/2008 in materia di sicurezza sul lavoro e di formazione necessaria a corrispondere specifici obblighi normativi (€ 39.109).

Non ricade naturalmente in tale attività formativa quella per Ricerca Corrente, pari ad € 100.000,00 stanziata nell'apposita voce di bilancio.

Naturalmente l'impianto complessivo del Piano di Formazione, approvato per l'anno 2022 con Deliberazione n. 72 del 31 marzo 2022, è rispondente alla disciplina de:



- i vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dirigente dell'Area Sanità, della Dirigenza dei ruoli Professionale, Tecnico ed Amministrativo, nonché dell'Area del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale, disciplinano la formazione e l'aggiornamento dei dipendenti;
- gli Accordi Stato-Regioni in materia di educazione continua del 2007 e del 2009 in cui sono state delineate le nuove regole per il sistema di accreditamento della formazione continua e definiti i requisiti minimi richiesti per l'accREDITamento dei Provider, cioè dei soggetti che sono abilitati ad erogare formazione ai fini ECM individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti;

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza individua nelle persone, prima ancora che nelle tecnologie, il motore del cambiamento e dell'innovazione nella Pubblica amministrazione. Lo sviluppo delle competenze dei dipendenti pubblici rappresenta, insieme al reclutamento, alla semplificazione e alla digitalizzazione, una delle principali direttrici dell'impianto riformatore avviato con il decreto-legge 80/2021. Le transizioni amministrativa, digitale ed ecologica sono possibili soltanto attraverso un grande investimento sul capitale umano. La valenza della formazione è duplice: rafforza le competenze individuali dei singoli, in linea con gli standard europei e internazionali, e potenzia strutturalmente la capacità amministrativa, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi a cittadini e imprese.

Sono previste attività formative obbligatorie per tutto il personale nei seguenti tre ambiti strategici:

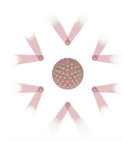
- Sicurezza sul lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008;
- Anticorruzione e Trasparenza ai sensi della Legge n. 190/2012;
- Alfabetizzazione e sicurezza informatica ai sensi dell'Art. 13 del Codice dell'Amministrazione Digitale.

Tra le strategie di formazione di tutto il personale dell'Istituto, per ogni ruolo e grado, si punta principalmente sulla formazione digitale e l'asserto: "la formazione aziendale e la trasformazione digitale vanno a braccetto" è il paradigma cui l'Istituto intende ispirarsi.

Il nostro Istituto ha già iniziato a mettere in atto processi di trasformazione digitale ovvero modelli organizzativi, pertanto la formazione digitale deve essere effettuata in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze suddivise per livello e per area professionale assegnata.

E' in fase di implementazione una piattaforma digitale dell'Istituto per la Formazione, la quale integrata a quella di gestione del Personale consentirà:

- gestire l'anagrafica dei corsi e dei discenti/docenti, con le funzionalità di iscrizione e di accettazione dei ruoli;
- gestire e pianificare i corsi ed i relativi calendari potendo altresì programmare ogni attività attraverso i principali canali di comunicazione e tecnologie correlate: webinar, FAD, blended e lezione in aula;



- gestire il calendario corsi con notifiche push integrate ai principali calendari in cloud
- consultare un catalogo corsi e scegliere il percorso da inserire nel programma formativo
- caricare contenuti multimediali relativi ad un corso
- certificare la presenza dei discenti ai corsi in vari scenari
- garantire la sicurezza sugli accessi con uno strong authentication o two factor authentication
- gestire la componente amministrativa e contabile dai progetti emanati da enti di formazione
- garantire la FAD con gestione open dei contenuti multi piattaforma;
- gestione della piattaforma anche con App

La piattaforma consentirà altresì la registrazione delle formazioni fruite da parte del personale dipendente ai fini della trasparenza e documentazione della formazione acquisita da parte dei dipendenti.

Nel corso del 2024 l'Istituto punta ad erogare una formazione digitale di base diffusa a tutti i dipendenti per omogeneizzare il più possibile i livelli di digital capability degli stessi e garantire l'introduzione sicura ed efficiente delle soluzioni digitali di workflow documentali, dematerializzazione delle informazioni e dei loro flussi sia amministrativi che clinici.

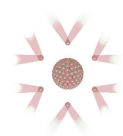
La formazione digitale è fondamentale per il rispetto del GDPR e per incrementare la produttività per addetto dell'assistenza, tramite corsi e-learning e di prove pratiche in modo che i dipendenti acquisiscano le *digital skills* e tutte le altre competenze in grado di aiutare un'organizzazione aziendale a crescere e progredire.

E' prevista anche formazione specifica per

- il personale amministrativo che usa le diverse piattaforme come il Protocollo istituzionale, la formazione sulla Privacy, Anticorruzione e Trasparenza
- i diversi software relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico e alla Cartella Clinica Elettronica, LIS.

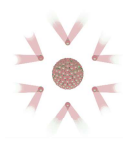
Sono previsti anche i seguenti corsi inseriti nel Piano Formativo Aziendale:

UNITA' OPETATIVA PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO/EVENTO	RESPONSABILE SCIENTIFICO	PROFILI PROFESSIONALI DESTINATARI DELL'EVENTO	SEDE E CARATTERISTICHE DEL CORSO/EVENTO
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	PROGETTO DI FORMAZIONE : "GLI ISTITUTI CONTRATTUALI, GIURIDICI ED ECONOMICI CONNESSI ALLE POLITICHE DI SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE"	CENTRO DI FORMAZIONE IN CORSO DI AGGIUDICAZIONE GARA	PROGETTO DI FORMAZIONE DI SUPPORTO AREA GESTIONE RISORSE UMANE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI DURATA TRIENNALE 2023- 2026
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	BLS-D GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA: ARRESTO CARDIORESPIRATORIO CORSI ECM	CENTRO DI FORMAZIONE IRC "BARICENTRO"	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 5 ORE
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	ALS GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA: ARRESTO CARDIORESPIRATORIO CORSI ECM	CENTRO DI FORMAZIONE IRC	PROGETTO DI FORMAZIONE A SUPPORTO DEGLI STUDI CLINICI DI "FASE 1"	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 16 ORE
U.O.S.D. CLINICAL RISK	CORSI ECM DI FORMAZIONE	UOSD CLINICAL RISK	PROGETTO PER TUTTE LE	IRCCS ISTITUTO

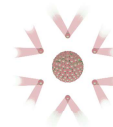


MANAGEMENT E FORMAZIONE	REMINDER DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI IMPLEMENTATE NELL'ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI	MANAGEMENT E FORMAZIONE	PROFESSIONI	TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024/2025
U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA	TEAM MULTIDISCIPLINARE BREAST UNIT 2024 CORSI ECM	TEAM MULTIDISCIPLINARE BREAST UNIT	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE ALLA BREAST UNIT	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2 ORE CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO A DICEMBRE 2024
U.O.S.D ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	TEAM MULTIDISCIPLINARE ONCOLOGIA POLMONARE CORSI ECM	TEAM MULTIDISCIPLINARE ONCOLOGIA POLMONARE	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL TEAM DELLA ONCOLOGIA POMONARE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2 ORE CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO A DICEMBRE 2024
U.O.S.D GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	TEAM MULTIDISCIPLINARE URO GINECOLOGICI CORSI ECM	TEAM MULTIDISCIPLINARE URO GINECOLOGICI	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL TEAM DELLA PATOLOGIA URO GINECOLOGICA	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2 ORE CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO A DICEMBRE 2024
U.O.S.D GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	CORSO DI ECOGRAFIA GINECOLOGICA WORKSHOP "INFERMIERE DI RICERCA" HOT TOPICS IN PATOLOGIA VULVARE	PROF.SSA VERA LOIZZI/DOTT.SSA FRANCESCA AREZZO DOTT. GIUSEPPE COLONNA DOTT.SALVATORE LOPEZ	DIRIGENTI MEDICI GINECOLOGI E RADIOLOGI INFERMIERI E DATA MANAGER DIRIGENTI MEDICI TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI
U.O.S.D. TUMORI RARI E MELANOMA	TEAM MULTIDISCIPLINARE TUMORI RARI E MELANOMA CORSI ECM	TEAM MULTIDISCIPLINARE TUMORI RARI E MELANOMA	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL TEAM DEI RUMORI RARI E MELANOMI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 4 ORE CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO A DICEMBRE 2024
U.O.S.D. TUMORI RARI E MELANOMA	LA GESTIONE DEL PAZIENTE ARRUOLATO NEI TRIALS CLINICI CORSO ECM	DOTT. MICHELE GUIDA	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.C. EMATOLOGIA	TEAM MULTIDISCIPLINARE PER LE DISCRASIE PLASMACELLULARI CORSI ECM	TEAM MULTIDISCIPLINARE PER LE DISCRASIE PLASMACELLULARI	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL TEAM PER LE DISCRASIE PLASMACELLULARI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI CORSI CON CADENZA MENSILE DAGENNAIO A DICEMBRE 2024
U.O.S.D DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	TEAM MULTIDISCIPLINARE MOLECULAR TUMOR BOARD CORSI ECM	TEAM MULTIDISCIPLINARE MOLECULAR TUMOR BOARD	PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL TEAM MOLECULAR TUMOR BOARD	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI CORSI CON CADENZA MENSILE DA GENNAIO A DICEMBRE 2024
U.O.C. CHIRURGIA TORACICA	GIORNATE DI PATOLOGIA TORACO POLMONARE CORSI ECM	DOTT. GAETANO NAPOLI	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI
U.O.C. EMATOLOGIA	L'IMPORTANZA DEL SUPPORTO PSICOLOGICO ALL'ACCOGLIENZA	DOTT.GIUSEPPE OTTAVIANI	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI

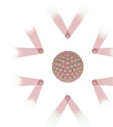
	DEL PAZIENTE INSERITO NEI SETTING ONCO-EMATOLOGICI CORSO ECM	DOTT. ROCCO TEO VERTONE		100 PARTECIPANTI
U.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	CORSO ECM DI NURSING DELL'ACCESSO VENOSO CENTRALE "indicazioni, gestione e prevenzione delle complicanze"	Dott.ssa DOMENICA GAROFALO DOTT.SSA ANNARITA FRANCHINI	PROGETTO PER IL PERSONALE SANITARIO INFERMIERISTICO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 3 EDIZIONI 2024
U.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO U.O.C. EMATOLOGIA	COMPLICANZE E TRATTAMENTO DEL TRAPIANTO DI MIDOLLO ETEROLOGO CORSO ECM	DOTT. GIUSEPPE CARRAVETTA DOTT. ATTILIO GUARINI	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO U.O.C. CHIRURGIA TORACICA	GESTIONE DELL'EQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO E ACIDO-BASICO	DOTT. GIUSEPPE CARRAVETTA DOTT. GAETANO NAPOLI	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	FORMAZIONE ALL'ASSISTENZA ALLE MANOVRE ANESTESIOLOGICHE CORSO ECM	DOTT. GIUSEPPE CARRAVETTA	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	FORMAZIONE PER LA GESTIONE DELLO STRUMENTARIO CHIRURGICO NEL PERIOPERATORIO	DOTT. GIUSEPPE CARRAVETTA	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.C.. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	FORMAZIONE PER IL CORRETTO POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE SUL LETTO OPERATORIO CORSO ECM	DOTT. GIUSEPPE CARRAVETTA	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.C. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	LA CORRETTA GESTIONE DELLE FERITE DIFFICILI LA CORRETTA GESTIONE DEGLI ESPANSORI MAMMARI	DOTT. COSMO MAURIZIO RESSA DOTT. ANDREA ARMENIO	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.C. CHIRURGIA GENERALE AD INDIRIZZO ONCOLOGICO	CORRETTA GESTIONE DELLE ENTEROSTOMIE CORRETTA GESTIONE DELL'INGRESSO NEL BLOCCO OPERATORIO CON RISPETTO DEL PERCORSO PULITO-SPORCO VERIFICA DEI CORRETTI TEMPI INTRAOPERATORI TRA LA FASE PULITA E LA FASE PULITA-CONTAMINATA	DOTT. AURELIO COSTA	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA	ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A TERAPIE SPERIMENTALI IMPIEGO DEL CASCO "DIGNICAP E PAXMAN – ASPETTI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI" UTILIZZO DELL'IPERTERMIA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHEMIOTERAPIA CORSI ECM	DOTT. FRANCESCO GIOTTA DOTT. CATALDO PETRAROTA DOTT.SSA GIACOMINA UNGARO DOTT.SSA ANGELICA MASTRANDREA	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.S.D. CARDIOLOGIA	LA GESTIONE CARDIOLOGICA PERIOPERATORIA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO CORSO ECM	DOTT. STEFANO OLIVA	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024



U.O.S.D. CARDIOLOGIA U.O.C. RADIOTERAPIA	LA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI DEVICES CARDIACI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO	DOTT. STEFANO OLIVA DOTT. MARCO LIOCE	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.S.D. UROLOGIA	GESTIONE DEGLI "INCIDENTI" IN CORSO DI TERAPIA ENDOVESICIALE CON BCG E MITOMICINA C GESTIONE DELLO STRUMENTARIO ENDOUROLOGICO AMBULATORIALE CORSI ECM	DOTT. VITO DI LORENZO DOTT.SSA ROSA PACIFICO	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
S.S. OTORINOLARINGOIATRI A	LA CORRETTA GESTIONE DELLA CANNULA TRACHEALE CORSO ECM	DOTT.SSA ALESSANDRA DI LAURO	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.S.D. CHIRURGIA GENERALE AD INDIRIZZO SENOLOGICO	CORRETTA GESTIONE DEI DRENAGGI NELLA CHIRURGIA SENOLOGICA ANALISIE GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE E DEGLI ASPETTI PSICO-ONCOLOGICI NELLA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE DELLA MAMMELLA	DOTT. SERGIO DIOTAIUTI	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	RUOLO STRATEGICO DELL'INFERMIERE CASE-MANAGER CORSO ECM	DOTT. DOMENICO GALETTA	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	RESPONSABILITA' DEL MEDICO E DELLA STRUTTURA SANITARIA ALLA LUCE DELLA LEGGE GELLI NELL'AMBITO DELL'AGGIORNAMENTO DELLE LINEE GUIDA CORSI ECM	DOTT.SSA ANTONIA PECE	PROGETTO PER TUTTE TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE E AVVOCATI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 4 ORE – 4 INCONTRI 2024 100 PARTECIPANTI
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	"LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLA BREAST UNIT DELL'ISTITUTO TUMORI" CORSO ECM	DOTT.SSA ANTONIA PECE	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
SERVIZIO DI PSICONCOLOGIA	PROGETTO FORMATIVO SULL'ACCOGLIENZA "Hospitality" CORSO ECM	UNITA' OPERATIVA DI PSICONCOLOGIA	OPERATORI CON MANSIONI DIRETTE ALL'ACCOGLIENZA E AL RAPPORTO CON IL PUBBLICO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 3 ORE – 4 INCONTRI 2024-2025
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	CORSO DI FORMAZIONE AGLI OPERATORI SANITARI COME FACILITATORI INTERNI ALL'AZIENDA CORSO ECM	DOTT.SSA ANTONIA PECE	PROGETTO PER DIPENDENTI DELL'ISTITUTO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 4 ORE 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	CORSO DI FORMAZIONE OBBLIGATORIO "IL SISTEMA SDO-DRG: CORSO ECM	DOTT. VINCENZO PIGNATELLI	PROGETTO PER DIRETTORI/RESPONSABILI UU.OO. CON POSTI LETTO MEDICI OSPEDALIERI/UNIVERSITA RI, COORDINATORI INFERMIERISTICI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI Giugno 2024



U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	CORSO DI FORMAZIONE LA CORRETTA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA DAL RICOVERO ALLA POST-DIMISSIONE	DOTT. VINCENZO PIGNATELLI	PROGETTO PER MEDICI E INFERMIERI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI SETTEMBRE 2024
U.O.S.D. CARDIOLOGIA	IL COMITATO UNICO DI GARANZIA – PARI OPPORTUNITA', BENESSERE DI CHI LAVORA CONTRO LE DISCRIMINAZIONI CORSO ECM	DOTT.SSA AGNESE FIORETTI	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 100 PARTECIPANTI
U.O.S.D. FISICA SANITARIA	LA RADIOPROTEZIONE DEI LAVORATORI E DEI PAZIENTI CORSO DI AGGIORNAMENTO AI SENSI DELL'ART.7-D.Lgs. 230/1995	DOTT. VITTORIO DI DONNA	35 PARTECIPANTI MEDICI,INFERMIERI, TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA 1 EDIZIONE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 8 ORE 2024
U.O.S.D. SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARTIE	ASSISTENZA INFERMIERISTICA E DOCUMENTAZIONE: BINOMIO INDISSOLUBILE – FOCUS SU PROTOCOLLI PROCEDURE E ISTRUZIONI OPERATIVE CORSO ECM	DOTT.SSA ANNA COLANTONI	PROGETTO PER INFERMIERI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.C. AREA GESTIONE RISORSE UMANE	TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE: ETICA PUBBLICA E COMPORTAMENTO ETICO CORSO ECM	DOTT. DONATO MADARO	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.C. AREA GESTIONE RISORSE UMANE U.O.C. AREA GESTIONE TECNICA E SERVIZI INFORMATICI	IMPLEMENTAZIONE E CONSOLIDAMENTO DELLE COMPETENZE DIGITALI: INFORMATICA E DIGITALIZZAZIONE NELLA P.A. CORSO ECM	ING. GIANCARLO SALOMONE DOTT. DONATO MADARO	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.C. AREA GESTIONE RISORSE UMANE	DIVERSITY MANAGEMENT EQUALITY POLITICHE DI INCLUSIONE E BILANCIO DI GENERE TECNICHE DI COSTITUZIONE DEI FONDI TECNICHE DI COSTITUZIONE E DISTRIBUZIONE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE SECONDO LOGICHE DI PROCESSI E FUNZIONI, NONCHE' DI EQUI CARICHI DI LAVORO CORSI ECM	DOTT. DONATO MADARO	PROGETTI PER TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	"CORSO DI BASE: LA LEGISLAZIONE IN MATERIA DI SICUREZZA E RISCHI GENERALI DEL LUOGO DI LAVORO" Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO 25 PARTECIPANTI TUTTE LE PROFESSIONI Nuovi assunti OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 4 ORE Secondo D.lg 81 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	"CORSO PREVENZIONE RISCHIO LEGIONELLA": SICUREZZA E RISCHI GENERALI DEL LUOGO DI LAVORO" Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO 25 PARTECIPANTI TUTTE LE PROFESSIONI CORSI REMINDER Nuovi assunti OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 4 ORE Secondo D.lg 81 2024



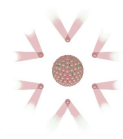
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	CORSO DI FORMAZIONE PER DIRIGENTI Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO corso per DIRIGENTI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 16 ORE Secondo D.lg 81 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	CORSO DI FORMAZIONE PER PREPOSTI EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO corso per PREPOSTI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 16 ORE Secondo D.lg 81 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	CORSO DI FORMAZIONE PER RLS EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO corso per RLS OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 32 ORE Secondo D.lg 81 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI 25 PARTECIPANTI INFERMIERI 4 EDIZIONI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 12 ORE secondo D.lg 81 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI 25 PARTECIPANTI PERS. AMM.VO 4 EDIZIONI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 12 ORE secondo D.lg 81 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI 25 PARTECIPANTI MEDICI E DIRIGENTI SANITARI 4 EDIZIONI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 12 ORE secondo D.lg 81 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI 25 PARTECIPANTI TECNICI DI RADIOLOGIA E FISICI 2 EDIZIONI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 12 ORE secondo D.lg 81 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI 25 PARTECIPANTI MEDICI E RADIOTERAPISTI E TSRM 2 EDIZIONI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 12 ORE secondo D.lg 81 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO FORMAZIONE RISCHI SPECIFICI 25 PARTECIPANTI TECNICI DI LABORATORIO BIOLOGI 2 EDIZIONI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 12 ORE secondo D.lg 81 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	CORSO ADDETTI ANTICENDIO	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI secondo D.lg 81 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	CORSO PER ADDETTI DI PRIMO SOCCORSO	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L.	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 12 ORE

RSPPA				secondo D.lg 81 2023
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	CORSO FORMATIVO SUL RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
UOSD CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	CORSO DI FORMAZIONE "LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI" EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L	PROGETTO FORMATIVO TEORICO-PRATICO PER INFERMIERI E OSS	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
UOSD CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	CORSO DI FORMAZIONE "LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI" EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L	PROGETTO FORMATIVO TEORICO-PRATICO PER INFERMIERI E OSS	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
UOSD CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE RSPPA	CORSO DI FORMAZIONE "LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI" EX Dlg.81/2008	CONVENZIONE CONSIP CONSILIA CFO S.R.L	PROGETTO FORMATIVO TEORICO-PRATICO PER INFERMIERI E OSS	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2023
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE SC STRUTTURA BUROCRATICO LEGALE PRIVACY E AFFARI GENERALI	CORSO OBBLIGATORIO IN "MATERIA ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA E PRIVACY"	FORMAZIONE ENTI PUBBLICI - FORMEL	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI OBBLIGATORIO	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI IN AMBITO OSPEDALIERO SECONDO LA NORMATIVA VIGENTE CORSO ECM	DOTT. SSA ANTONIA PECE	PROGETTO TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2023/2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	CORSO DI FORMAZIONE GESTIONE DEI CONFLITTI ED AGGRESSIONE CORSO ECM	UOSD CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	PROGETTO PER TUTTE LE PROFESSIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024/2025
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	CORSO DI FORMAZIONE PER LA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA	EXPRIVIA	PROGETTO FORMATIVO OBBLIGATORIO PER MEDICI E INFERMIERI 10 EDIZIONI	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	CORSO DI FORMAZIONE GESTIONE RICOVERI SISTEMA "EDOTTO"	EXPRIVIA	PROGETTO FORMATIVO OBBLIGATORIO PER MEDICI E INFERMIERI 1 EDIZIONE	IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II BARI 2024

La formazione all'interno dell'Istituto viene effettuata utilizzando le risorse interne/esterne quali dipendenti Medici e Infermieri e altre professioni sanitarie, per espletare corsi di formazione.

Per specifici ambiti formativi (contabili-amministrativi) non potendo l'Istituto contare su risorse interne si rende necessario l'attivazione di opportune gare d'appalto per l'individuazione di società di formazione esterne.

L'incentivazione alla formazione del personale dipendente dell'Istituto è regolamentato dal "Regolamento Aziendale per la formazione e l'Aggiornamento professionale del personale dipendente" come da Delibera n. 392 del 13 agosto 2021.



3.c.6. Il Piano delle Azioni Positive ed il Gender Equality Plan

3.c.6.1. Premesse

La parità di genere è il quinto dei 17 obiettivi di sviluppo sostenibile previsti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite ed è anche un principio fondamentale dell'UE, previsto nel Trattato sul funzionamento dell'Unione.

Con la Risoluzione del Parlamento europeo del 15 gennaio 2019 sulla *“parità di genere e le politiche fiscali nell'Unione europea (2018/2095(INI))”*, gli Stati membri della UE sono stati invitati a rispettare l'obbligo giuridico, previsto dalla Carta dei diritti fondamentali, di promuovere la parità di genere nell'attuazione delle politiche nazionali disciplinate dal diritto dell'UE.

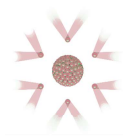
Peraltro, già con l'art. 10 del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, recante *“Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*, il legislatore nazionale aveva previsto che la *“Relazione annuale sulla performance evidenziasse a consuntivo anche il bilancio di genere realizzato”*.

Il bilancio di genere è uno strumento che mira a realizzare una maggiore trasparenza sulla destinazione delle risorse di bilancio e sul loro impatto su uomini e donne, influenzati diversamente dalle decisioni di bilancio non solo in relazione alle specifiche politiche, ma anche in relazione alle loro diverse situazioni socio economiche, ai bisogni individuali e ai comportamenti sociali;

Inoltre, con la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2/2019, veniva disposta la predisposizione di un Piano delle Azioni Positive, quale strumento di programmazione delle iniziative tendenti a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne, tenendo peraltro conto che, già il D.Lgs. n. 198/2006 recante *“Codice delle pari opportunità fa uomo e donna”* all'art. 48 era già stato previsto che le Amministrazioni pubbliche predisponessero piani di azioni positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

Tali piani, ai sensi dell'articolo 42, comma 2, lettera e) della norma citata, hanno il fine di promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sottorappresentate e in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità.

Pertanto, il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità e la valorizzazione del benessere, di cui all'art. 57 del D.Lgs. 30.03.2001 n. 165 recante *“norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*, nominato da questo Istituto con Deliberazione n. 427 del 30 agosto 2021 e successivi aggiornamenti n. 565 del 26 ottobre 2021 e n. 223 del 27 maggio 2022, ha proceduto alla redazione e proposta del



“Piano delle Azioni Positive per il Triennio 2022- 2024”, poi adottato con Deliberazione n. 82 del 4 aprile 2022;

Anche a livello delle policy regionali in materia, il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia con nota acquisita al protocollo dell’Istituto n. 27513 del 22.11.2023, ha trasmesso la deliberazione di Giunta Regionale n. 1558 del 13.11.2023 recante “Definizione e assegnazione degli obiettivi economico–gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero- Universitarie del SSR biennio 2023-2024”, i quali tra le loro macro-aree di riferimento annoverano uno specifico obiettivo relativo alla Medicina di Genere;

Recentemente infine, a seguito della pre-citata risoluzione 15 gennaio 2019, la Commissione Europea con l’obiettivo di definire i percorsi per garantire l’uguaglianza di genere ed in coerenza con la strategia per la parità di genere 2020-2025 dell’Unione Europea ha altresì previsto che le istituzioni pubbliche che vogliono accedere ai finanziamenti dei programmi europei quali Horizon Europe e PNRR, debbano dotarsi del Gender equality plan (GEP) o “Piano per l’uguaglianza di genere”.¹

Oltre che con la finalità di tener debito conto degli obblighi normativi, questo Istituto reputa necessario dotarsi del predetto GEP anche e soprattutto perché esso rappresenta uno strumento di crescita sociale e rispettosa convivenza civile nella garanzia delle libertà individuali, della realizzazione personale, attraverso il contrasto alla violenza contro le donne e agli stereotipi di genere, di riequilibrio tra vita professionale e vita privata, di parità salariale, di miglioramento della presenza delle donne nelle posizioni apicali e di valorizzazione delle diversità sul luogo di lavoro.

3.c.6.2. Scopo ed impostazione del Gender Equality Plan

Il Gender Equality Plan dell’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” di Bari (GEP-ITGP II) è lo **strumento strategico e operativo predisposto per la riduzione dei disequilibri di genere**, attraverso cui sono individuati per il triennio 2024-2026: aree di intervento, obiettivi, azioni, target misurabili, risorse economiche e professionali e termini temporali di attuazione.

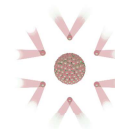
Gli obiettivi di tale pianificazione sono comunque integrati al Piano Integrato delle Attività e dell’Organizzazione anch’esso adottato entro il 31 gennaio di ciascun esercizio.

Il GEP-ITGP II è un documento rivolto non soltanto “ad intra”, ma anche “pubblico” ed in quanto tale rappresenta la documentazione della policy aziendale, adottato con deliberazione della Direzione Strategica e pubblicato sul sito.

Esso è articolato, secondo le indicazioni di Horizon Europe², in cinque aree di intervento:

¹ https://research-and-innovation.ec.europa.eu/strategy/strategy-2020-2024/democracy-and-rights/gender-equality-research-and-innovation_en

² <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/51704c8d-ca5f-11eb-84ce-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-299186129>



- La **I area di intervento**, che è anche la più ampia, è quella che riguarda le **misure per la conciliazione fra vita lavorativa e vita familiare**, in relazione all'impegno genitoriale e di cura, la cultura organizzativa dell'Istituto e la lotta ai pregiudizi.
- La **II e la III area di intervento** sono rivolte specificamente a individuare **misure di riduzione del gender gap**, nel caso della seconda **riguardo alla leadership ed ai processi decisionali dell'Istituto** e nel caso della terza riguardo nei processi di reclutamento di nuove risorse e nell'avanzamento di carriera.
- La **IV area di intervento** riguarda la valorizzazione della dimensione di genere nello specifico ambito dell'assistenza e della ricerca.
- Infine, la **V area di intervento**, interessa le misure contro i comportamenti discriminatori, molesti, eventualmente violenti sui luoghi del lavoro.

Naturalmente il GEP-ITGP II si basa su 3 pilastri ineludibili:

- a. L'implementazione, gestione e costante evoluzione di un sistema informativo per la collezione di dati relativi alla "gender equality";
- b. Una programmazione formativa del personale;
- c. L'esistenza di un "Bilancio di Genere"

Nel complesso, il GEP-ITGP II si compone di 16 obiettivi, per il cui raggiungimento sono state previste 33 azioni.

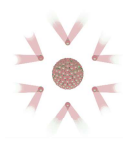
3.c.6.3. Metodologia di elaborazione del GEP-ITGP II

Il processo di sviluppo e implementazione del presente GEP-ITGP II, ha avuto luogo osservando 6 fasi canoniche nella sua preparazione, ognuna delle quali ha richiesto delle specifiche attenzioni:

- **Fase 1:** Approfondimento delle specificità del GEP nello specifico contesto dell'Istituto, identificando altresì i cosiddetti "stakeholders" dell'organizzazione.
- **Fase 2:** analisi e valutazione dei dati disaggregati per sesso riesaminando criticamente le procedure, i processi e le pratiche organizzative per individuare eventuali disuguaglianze di genere e le loro cause.
- **Fase 3:** redazione del GEP-ITGP II, identificando obiettivi, misure per risolvere i problemi identificati, assegnando risorse e responsabilità e concordando possibili scadenze.

A tali fasi, nel corso del triennio della pianificazione, faranno seguito le seguenti:

- **Fase 4:** attuazione del GEP. In questa fase di implementazione delle attività pianificate, si intraprendono sforzi di sensibilizzazione per ampliare gradualmente la rete di "stakeholder" che sostengono l'implementazione del GEP nell'Istituto.



- **Fase 5:** monitoraggio dei progressi e valutazione del GEP-ITGP II. Attraverso le attività di monitoraggio e valutazione, verranno misurati i livelli di conseguimento degli obiettivi stabiliti nel documento.
- **Fase 6:** Individuazione delle azioni di miglioramento e ripianificazione

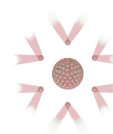
3.c.6.4. Analisi di contesto

Al momento della rilevazione dei dati, effettuata il 31 dicembre 2022, la presenza femminile presso l'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" è circa pari al 60%, su un totale di 794 dipendenti.

3.c.6.5. Analisi personale del Comparto

L'attuale situazione in termini di bilancio di genere vede la seguente allocazione del personale del comparto:

COMPARTO	Donne		Uomini	
RUOLO AMMINISTRATIVO	33,0	54,0%	28,1	46,0%
COMMESSO	2,0	100,0%	0,0	0,0%
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	5,7	28,4%	14,4	71,6%
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	5,1	63,0%	3,0	37,0%
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE ESPERTO	3,5	100,0%	0,0	0,0%
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	16,7	60,9%	10,7	39,1%
RUOLO PROFESSIONALE	1,0	71,4%	0,4	28,6%
SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA	1,0	71,4%	0,4	28,6%
RUOLO SANITARIO	280,9	65,0%	151,0	35,0%
COLLABORATORE PROFESSIONI SANITARIE FISIOTERAPISTA	3,0	50,0%	3,0	50,0%
COLLABORATORE PROFESSIONI SANITARIE TECNICO SPECIALIZZATO LABORATORIO BIOMEDICO	27,8	65,6%	14,6	34,4%
COLLABORATORE PROFESSIONI SANITARIE TECNICO SPECIALIZZATO RADIOLOGIA MEDICA	14,3	39,3%	22,1	60,7%
COLLABORATORE PROFESSIONI SANITARIE ASSISTENTE SANITARIO	1,0	55,6%	0,8	44,4%
COLLABORATORE PROFESSIONI SANITARIE DIETISTA	0,9	100,0%	0,0	0,0%
COLLABORATORE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERE	233,3	67,9%	110,4	32,1%
INFERMIERE GENERICO ESPERTO	0,5	71,4%	0,2	28,6%
RUOLO TECNICO	65,7	62,5%	39,4	37,5%
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	1,0	16,7%	5,0	83,3%
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO ESPERTO	0,0	0,0%	1,0	100,0%
ASSISTENTE TECNICO	0,0	0,0%	1,1	100,0%
AUSILIARIO SPECIALIZZATO SERVIZIO SOCIO ASSISTENZIALE	4,4	65,7%	2,3	34,3%



COLLABORATORE PROFESSIONALE ASSISTENTE SOCIALE	1,0	100,0%	0,0	0,0%
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	0,0	0,0%	3,0	100,0%
OPERATORE SOCIO SANITARIO	58,3	71,6%	23,1	28,4%
OPERATORE TECNICO	1,0	20,4%	3,9	79,6%
Totale complessivo	380,6	63,5%	218,9	36,5%

Nel **"comparto - ruolo sanitario"**, si evidenzia una **presenza femminile percentualmente maggiore fra i collaboratori professionali infermieri e tecnici di laboratorio**, mentre il **sexso maschile prevale fra i tecnici di radiologia**.

Tali differenze rivengono da una **diffusa attitudine culturale che individua nell'immagine femminile l'attenzione alla cura della persona**, oltre ad evidenziarsi una **maggiore propensione agli studi di biologia nelle donne e di materie tecniche negli uomini**.

Nel **"comparto - ruolo tecnico"** è altrettanto forte la **prevalenza femminile fra gli operatori del personale ausiliario e gli operatori socio-sanitari**.

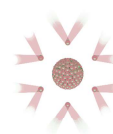
Anche in tal caso si tratta, con ogni probabilità, degli effetti di un retaggio culturale che induce le donne con titoli di studio inferiori alla laurea a scegliere tali profili lavorativi.

3.c.6.5.1. Analisi personale della dirigenza

Per quanto attiene invece alla Dirigenza, sempre alla stessa data si rileva la seguente situazione:

DIRIGENZA	Donne		Uomini	
RUOLO AMMINISTRATIVO	1,2	27,3%	3,2	72,7%
DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	0,0	0,0%	3	100,0%
DIRIGENTE	1,2	85,7%	0,2	14,3%
RUOLO PROFESSIONALE	1,0	33,3%	2	66,7%
AVVOCATO DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA	1,0	100,0%	0	0,0%
DIRIGENTE INGEGNERE	0,0	0,0%	1	100,0%
DIRIGENTE INGEGNERE STRUTTURA COMPLESSA	0,0	0,0%	1	100,0%
RUOLO SANITARIO	84,9	45,8%	100,5	54,2%
DIRIGENTE FARMACISTA	4,9	100,0%	0	0,0%
DIRIGENTE FISICO SANITARIO	1,0	21,3%	3,7	78,7%
DIRIGENTE MEDICO	71,1	46,2%	82,7	53,8%
DIRIGENTE BIOLOGO	4,5	47,4%	5	52,6%
DIRIGENTE PSICOLOGO	1,0	100,0%	0	0,0%
DIRIGENTE FARMACISTA STRUTTURA COMPLESSA	1,0	100,0%	0	0,0%
DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA RAPP. NON ESCL.	0,0	0,0%	1,9	100,0%
DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA RAPP. ESCL.	0,0	0,0%	7	100,0%
DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE	1,0	100,0%	0	0,0%
DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE PREVENZIONE	0,5	100,0%	0	0,0%
Totale complessivo	380,6	63,5%	218,9	36,5%

La rilevazione effettuata attesta una **buona ripartizione tra i generi per ciascun ruolo e qualifica, fatta eccezione per le dirigenze apicali sia mediche che amministrative,**



attualmente presidiate da una forte maggioranza maschile. Fattore su cui dovrà porsi l'attenzione dell'Amministrazione nel riequilibrio di genere.

3.c.6.5.2. Analisi personale dedicato alla ricerca

Nello specifico **ambito della ricerca**, la rilevazione è stata eseguita alla data di adozione del presente GEP-ITGP II. La tabella riassuntiva del bilancio di genere del personale della ricerca è la seguente:

RICERCA	Donne		Uomini	
RICERCATORI	22	73,3%	8	26,7%
PERSONALE DI SUPPORTO ALLA RICERCA	14	66,7%	7	33,3%
BORSE DI STUDIO - CONTRATTI	27	65,9%	14	34,1%
Totale complessivo	63	68,5%	29	31,5%

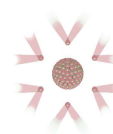
La base dei dati per il monitoraggio quantitativo dell'equilibrio di genere a livello organizzativo appare appena sufficiente per la redazione della presente versione del GEP-ITGP II e mostra la necessità di essere **integrata da ulteriori informazioni**, quali:

- divari salariali per genere e mansione;
- numero di dipendenti, suddivisi per sesso, che hanno richiesto o usufruito del congedo parentale, con indicazione della durata del congedo e del numero di coloro che sono rientrati dopo il congedo;
- numero di giorni di assenza delle donne e degli uomini, differenziati per motivo di assenza (malattia, assistenza, ecc.);
- numero di donne e uomini in organi ed organismi decisionali (consigli, comitati, commissioni, ecc.);
- numero medio di anni di permanenza in una posizione senza progressione verticale;
- numero di ore di formazione e/o crediti frequentati/ricevuti dalle donne e dagli uomini;
- numero di donne e uomini che hanno lasciato l'organizzazione negli anni precedenti per ruolo e livello, con indicazione degli anni trascorsi nell'organizzazione;
- numero di donne e uomini che si candidano a posizioni lavorative distinte;
- proporzione di donne e uomini nelle commissioni di reclutamento o promozione, in qualità di responsabili delle commissioni di reclutamento o promozione e negli organi decisionali, anche per settore scientifico.

Inoltre si reputa opportuno integrare tali informazioni attraverso degli EGEPR (Employee Gender Equality Perception Report) da definire quale obiettivo prioritario per la revisione della prima versione del GEP-ITGP II.

Inoltre appaiono necessarie le seguenti principali iniziative:

1. Avviare un monitoraggio degli equilibri "esigenze di lavoro – esigenze della vita privata" per avviare iniziative sostenibili in grado di migliorare tale equilibrio;



2. Attivare una revisione completa di tutte le regolamentazioni che afferiscono al personale, al suo reclutamento ed all'organizzazione, oltre al codice di condotta, in una prospettiva di "gender equality" e di contrasto alla violenza di genere ed alle molestie sessuali;
3. Rilevare la presenza di stereotipi di genere ed avviare azioni educative per il contrasto ad essi;
4. Avviare concreti programmi di adattamento delle forme dell'assistenza e progetti di ricerca in Medicina di genere oncologica;

3.c.6.6. Il Comitato Unico di Garanzia ed il GEP-ITGP II

Attore di rilievo preminente nell'individuazione delle azioni per conseguire una sempre maggiore parità di genere nell'organizzazione, nella pratica lavorativa, nell'attitudine verso i pazienti, nelle relazioni è il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG), della cui previsione istituzionale secondo la vigente normativa si è ampiamente dettagliato in premessa.

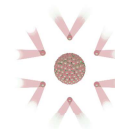
Esso è stato nominato nella sua attuale costituzione con la Deliberazione n. 427 del 30 agosto 2021 e successivi aggiornamenti n. 565 del 26 ottobre 2021 e n. 223 del 27 maggio 2022.

Il regolamento del suo funzionamento è stato adottato con la Deliberazione n. 84bis del 1° febbraio 2022 e stabilisce le sue finalità come segue:

- *assicurare la parità e pari opportunità tra i generi, impegnandosi in azioni di contrasto verso tutte le forme di discriminazione diretta ed indiretta, anche con riferimento a ulteriori fattori di rischio quali età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua;*
- *favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro permeato dal rispetto dei principi delle pari opportunità, del benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale, sessuale e psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici;*
- *contribuire alla razionalizzazione efficienza ed efficacia dell'organizzazione dell'Istituto, anche in materia di pari opportunità tra uomini e donne, di contrasto alle discriminazioni nell'accesso e nelle condizioni di lavoro, nella formazione, nella progressione delle carriere (direttiva 2005/54/CE pari opportunità in materia di occupazione), e nella sicurezza dei luoghi di lavoro (D.Lgs 9 aprile 2008 n.81 salute e sicurezza nei luoghi di lavoro)*

Esso è un Comitato paritario costituito da egual numero di rappresentanti sindacali e di parte pubblica ed equilibrato fra i generi. La sua attuale costituzione è la seguente:

COMPONENTI DI PARTE SINDACALE		
OO.SS.	Titolari	Supplenti
FP Cgil	1. Donata Raffaele	7. Fulvia Colonna



Cimo	2. Pietro Monno	8. Anila kardashi
UIL FPL Comparto	3. Caterina Grazia Brancaccio	9. Cataldo Petrarota
Anaa Assomed	4. Mariangela Loiacono	10. Maria Carlucci
Fials	5. Michele Digregorio	11. Marianna Sivo
Cisl Fp	6. Giulio Loconsole	12. Marianna Cenerario
COMPONENTI DI PARTE AZIENDALE		
Titolari		Supplenti
1. Giuseppina Tota: PRESIDENTE		7. Angela Calabrese
2. Raffaella Massafra		8. Chiara Maselli
3. Roberta Villoni		9. Nicola Perna
4. Agnese Fioretti		10. Daniele Laforgia
5. Angelo Cirillo		11. Stella Costanza
6. Silvia Dodaro		12. Vincenzo Miccoli

I compiti del CUG sono classificati quali consultivi, propositivi e di verifica.

Compiti propositivi

Il CUG ha l'obbligo di proporre il *Piano di azioni positive* (legge n. 125 del 10/04/91 e D.Lgs. 196 del 23/5/2000), per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, con promozione delle iniziative dirette a favorire la conciliazione tra vita privata e vita lavorativa e delle iniziative atte a diffondere la cultura delle pari opportunità, l'analisi e la programmazione di genere. In esso sono descritte:

- azioni atte a favorire condizioni di benessere lavorativo in collaborazione con il responsabile della sicurezza per la valutazione dei rischi in ottica di genere e per l'individuazione di quei fattori che possono incidere negativamente sul benessere organizzativo;
- azioni atte a favorire condizioni di benessere lavorativo nell'Istituto;
- azioni positive, interventi e progetti, quali indagini di clima, codici etici e di condotta, idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni o violenze sessuali, morali o psicologiche —mobbing,

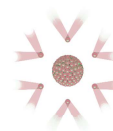
il quale confluisce, per quanto possibile in termini di compatibilità tecnico-economica, nel GEP-ITGP II.

Compiti consultivi

Il CUG formula, previa comunicazione e/o richiesta da parte dell'Istituto o degli Uffici competenti, pareri nelle materie di propria competenza, in particolare su:

- adozione di forme di conciliazione tra vita privata e di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e orario di lavoro;
- contrattazione integrativa sui temi che rientrano nelle competenze del CUG;
- piani di formazione del personale dirigente e del comparto nonché criteri di valutazione del personale dipendente.

Compiti di verifica



Il CUG infine ha compiti di verifica sugli esiti delle “gender equality policies” poste in essere da parte dell’Istituto e sul livello di conseguimento degli obiettivi previsti dal GEP-ITGP II;

- *esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo;*
- *esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro e mobbing;*
- *assenza di ogni forma di discriminazione diretta ed indiretta relativi al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione, o alla lingua, nell'accesso, nel trattamento, e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, promozione negli avanzamenti di carriera, nella sicurezza sul lavoro.*

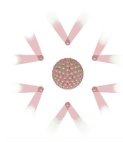
Il CUG ha, come evidente, un respiro più ampio rispetto alla specifica competenza dell’Equità di Genere.

Il CUG ha già redatto un Piano delle Azioni Positive, poi adottato con Deliberazione n. 82 del 4 aprile 2022, le cui azioni per la tutela dell’equità di genere sono state debitamente ereditate dal presente GEP.

3.c.6.7. Il Gruppo di Lavoro per la redazione del Gender Equality Plan e del Bilancio di Genere

Al fine di disporre di un nucleo multidisciplinare particolarmente competente in materia di equità di genere nel settore sanitario e particolarmente nella cosiddetta “medicina di genere”, l’Istituto si è dotato di un Gruppo di Lavoro (GdL) “ad hoc” per la redazione del “Gender Equality Plan” 2024-2026 e del “Bilancio di Genere” per ciascun esercizio a partire dal 2023. Tale GdL è stato istituito con la Deliberazione n. 971 dell’11 dicembre 2023 ed è costituito come segue:

- Prof.ssa Anna Maria Moretti, Presidente Società internazionale di Medicina di Genere;
- Dott. Franco Lavallo, Vicepresidente OMCEO Bari e Componente dell’Osservatorio Nazionale di Medicina di Genere;
- Prof.ssa Angelamaria De Feo, Componente del tavolo tecnico regionale sulla medicina di genere;
- Ing. Vito Angiulli, Responsabile SSD Controllo di Gestione presso IRCCS Giovanni Paolo II;
- Dott. Donato Madaro, Direttore SC Area Gestione Risorse Umane presso IRCCS Giovanni Paolo II;
- Dott.ssa Antonia Pece, Responsabile SSD Formazione, Qualità e Risk Management presso IRCCS Giovanni Paolo II;
- Dott.ssa Giuseppina Tota, Presidente Comitato Unico di Garanzia presso IRCCS Giovanni Paolo II;
- Dott.ssa Agnese Maria Fioretti, Vice Presidente Comitato Unico di Garanzia presso IRCCS Giovanni Paolo II;
- Dott.ssa Elsa Vitale, Ricercatrice sanitaria – infermiera di ricerca presso IRCCS Giovanni Paolo II.



La presente sottosezione del Gender Equality Plan (GEP), non avendo potuto essere ancora revisionata da tale GdL a causa della recentissima nomina ed istituzione, rappresenta pertanto il GEP-ITGP II temporaneo per l'esercizio 2024, avente le seguenti finalità e vincoli. Esso rappresenta Una pianificazione urgente con obiettivo temporale limitato all'esercizio 2024, al fine di adempiere comunque agli obblighi derivanti della partecipazione a diversi progetti finanziati con fondi europei (PNRR, PNC, ecc.), i quali prevedono l'adozione obbligatoria di un GEP entro il 31 dicembre 2023, nonché consentire tempistiche adeguate all'avvio della fase di negoziazione operativa con le strutture.

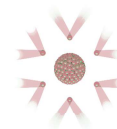
3.c.6.8. Aree di Intervento

3.c.6.9. Area di Intervento 1: Equilibrio vita privata / vita lavorativa, cultura dell'organizzazione e lotta agli stereotipi

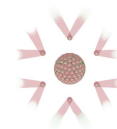
In tale Area, a seguito dell'analisi condotta in fase preliminare si ritiene di individuare 4 obiettivi principali rispetto ai quali verranno definite azioni, indicatori, target e tempistiche:

1. Adozione di una prospettiva di sesso-genere nell'organizzazione dell'Istituto e delle sue attività di ricerca.
2. Equilibrio fra vita privata e vita lavorativa.
3. Costruzione di un ambiente inclusivo.
4. Lotta agli stereotipi di genere all'interno dell'Istituto.

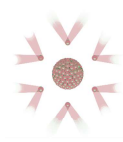
Obiettivo 1.1	<u>"Adozione di una prospettiva di genere nell'organizzazione dell'Istituto e delle sue attività di ricerca".</u> avente lo scopo di rendere strutturale l'eguaglianza di genere nella vita dell'Istituto. Il suo conseguimento prevede le seguenti azioni:
Azione 1.1.a	Creazione di una funzione di governo del GEP-ITGP II attraverso la costituzione di un Gruppo di Lavoro
Responsabilità	Direzione Strategica
Tempi	Entro 31 dicembre 2023
Indicatore	Adozione Delibera
Dotazione finanziaria	-
Azione 1.1.b	Integrare gli strumenti di rilevazione e monitoraggio del "gender gap" specifico nella gestione "vita privata – lavoro"
Responsabilità	GdL sul GEP – AGRU – Controllo di Gestione
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Ipotesi di metodologia di rilevazione (GdL sul GEP) Entro 31 maggio 2024 → Implementazione da parte dell'AGRU Entro 15 giugno 2024 → Avvenuta rilevazione per integrazione nella Relazione Performance 2023
Indicatore	Integrazione del monitoraggio nel "Bilancio di genere" della "Relazione sulla Performance"



Dotazione finanziaria	-
Obiettivo 1.2	Le misure volte a migliorare il “<u>Rapporto fra l’impegno lavorativo e la vita privata</u>”, con connesse responsabilità genitoriali e/o di cura, si articolano secondo le seguenti azioni:
Azione 1.2.a	Individuazione di possibili strumenti di aiuto e supporto nell’assistenza genitoriale all’infanzia (ad esempio convenzioni con asili, ecc.)
Responsabilità	CUG – Area Gestione Risorse Umane – GdL sul GEP
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Ipotesi di interventi (GdL sul GEP) Entro 30 giugno 2024 → Elaborazione proposta da parte dell’AGRU Entro 30 settembre 2024 → Parere del CUG Entro 31 dicembre 2024 → Aggiornamento del GEP-ITGPPII
Indicatore	Introduzione nel GEP degli strumenti di aiuto
Dotazione finanziaria	Dotazione Piano Operativo Lavoro Agile
Azione 1.2.b	Attivazione del supporto psicologico.
Responsabilità	Direzione Sanitaria – Area Gestione Risorse Umane
Tempi	Entro 30 giugno 2023
Indicatore	Emanazione di una lettera circolare sulle modalità di assistenza interna verso il personale dipendente (scopi ed orari apertura ambulatorio)
Dotazione finanziaria	15.000,00 € (ribaltamento costi)
Azione 1.2.c	Rilevazione dell’organizzazione dei tempi del lavoro nella prospettiva dei dipendenti rispetto agli impegni familiari
Responsabilità	Direzione Amministrativa – Area Gestione Risorse Umane - GdL sul GEP
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Completamento del survey Entro 30 giugno 2024 → Analisi dei risultati ed elaborazione possibili interventi da parte del GdL Entro 30 settembre 2024 → Parere del CUG Entro 31 dicembre 2024 → Aggiornamento del GEP-ITGPPII
Indicatore	Implementazione, distribuzione e completamento del survey
Dotazione finanziaria	-
Obiettivo 1.3	Le misure volte alla “<u>Costruzione di un ambiente di lavoro e ricerca più inclusivo</u>” prevedono un’azione a livello dei regolamenti dell’organizzazione e del personale:
Azione 1.3.a	Revisione complessiva dei regolamenti afferenti al personale in un prospettiva di genere
Responsabilità	GdL sul GEP - Area Gestione Risorse Umane - CUG
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Linee guida da parte del GdL-GEP all’AGRU Entro 31 maggio 2024 → Proposte di revisione da parte dell’AGRU



	Entro 30 giugno 2024 → Parere del CUG Entro 30 settembre 2024 → Invio alla delegazione trattante o informazione ai sindacati Entro 31 dicembre 2024 → Eventuale adozione nuovi regolamenti
Indicatore	Adozione nuovi regolamenti
Dotazione finanziaria	-
Obiettivo 1.4	Infine, per quanto attiene alla <i>"Lotta agli stereotipi di genere"</i> all'interno dell'Istituto, sono previste azioni formative, educative e di comunicazione (1.4.a, 1.4.b ed 1.4.c) da eseguire congiuntamente a quelle previste per l'Area 5 di contrasto alla violenza di genere ed alle molestie sessuali (5.1.a, 5.1.b, 5.1.c) mentre è prevista un'ulteriore specifica azione sul potenziamento della prospettiva della "Medicina di genere" (Azione 1.4.d) da ricondursi in maniera integrale all'Azione 4.1.a dell'Area 4 relativa alla costituzione di un Gruppo di Lavoro interdisciplinare sulla Medicina di genere (i relativi costi sono ivi riportati)
Azione 1.4.a	Avviare specifiche iniziative formative rivolte al personale volte ad accrescere la consapevolezza dei pregiudizi e degli stereotipi diffusi tra i dipendenti ed i ricercatori
Responsabilità	GdL sul GEP - Formazione
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Ipotesi di percorsi formativi obbligatori in FAD o anche in presenza per tutto il personale elaborata da parte del GdL sul GEP Entro 31 maggio 2024 → Attivazione FAD su "Educazione alla parità di genere, lotta agli stereotipi ed alle violenze di genere" da parte dell'Ufficio Formazione Entro 31 dicembre 2024 → Avvenuta fruizione obbligatoria del corso da parte di tutto il personale
Indicatore	Avvenuta fruizione e superamento del corso FAD
Dotazione finanziaria	25.000,00 €
Azione 1.4.b	Implementare un'attività sistematica di revisione dei linguaggi e promozione di canali di comunicazione interni ed esterni per il contrasto agli stereotipi di genere e la promozione della cultura della non discriminazione
Responsabilità	GdL sul GEP - Formazione
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Ipotesi di percorsi educativi attraverso "giochi di ruolo" o simili, gestiti dagli psicologi interni, per il contrasto degli stereotipi di genere e la prevenzione delle molestie da parte del GdL sul GEP Entro 31 maggio 2024 → Attivazione dei percorsi da parte dell'Ufficio Formazione Entro 30 settembre 2024 → Rilevazione dell'efficacia e della qualità Entro 31 dicembre 2024 → Rivalutazione della misura nell'aggiornamento del GEP-ITGPII
Indicatore	Avvenuta esecuzione di n. 5 gruppi di "role playing"



Dotazione finanziaria	5.000,00 (ribaltamento dei costi)
Azione 1.4.c	Esecuzione di procedure di rilevazione del clima di rispetto della dignità sessuale della persona
Responsabilità	Psicologi – Area Gestione Risorse Umane - GdL sul GEP
Tempi	Entro 31 maggio 2024 → Completamento del survey Entro 30 giugno 2024 → Analisi dei risultati ed elaborazione possibili interventi da parte del GdL Entro 30 settembre 2024 → Parere del CUG Entro 31 dicembre 2024 → Aggiornamento del GEP-ITGP II
Indicatore	Implementazione, distribuzione e completamento del survey
Dotazione finanziaria	-
Azione 1.4.d	Attivazione, da parte della Direzione Scientifica, di un “Gruppo di Lavoro interdisciplinare per lo sviluppo di protocolli clinici e di ricerca nella Medicina di genere oncologica
Responsabilità	Direzione Scientifica
Tempi	Entro 31 maggio 2023
Indicatore	Adozione Delibera di costituzione e suo regolamento
Dotazione finanziaria	-

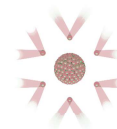
3.c.6.10. Area di Intervento 2: Equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali

L’Area dell’ *“Equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali”*, manifesta particolare criticità soprattutto nelle Direzioni delle strutture apicali e della dirigenza con responsabilità di gestione delle risorse.

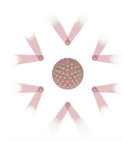
Sono stati individuati 3 obiettivi rispetto ai quali verranno definite azioni, indicatori, target e tempistiche:

1. Revisione dei regolamenti aziendali in prospettiva di equaglianza di genere.
2. Promozione di misure a supporto dell’equilibrio di genere nelle posizioni apicali
3. Sostenibilità delle azioni del GEP-ITGP II.

Obiettivo 2.1	Il primo obiettivo di <i>“Revisione dei regolamenti aziendali in prospettiva di equaglianza di genere”</i> prevede due specifiche azioni. Di esse, la prima 2.1.a è strettamente sovrapposta all’azione 1.3.a dell’ <i>“Area 1 sull’equilibrio vita privata / vita lavorativa, cultura dell’organizzazione e lotta agli stereotipi”</i>:
Azione 2.1.a	Revisione dei Regolamenti dell’Istituto che hanno impatto sull’equilibrio di genere nelle sue articolazioni organizzative, con particolare riguardo alla nomina delle direzioni apicali di struttura complessa e semplice dipartimentale
Responsabilità	GdL sul GEP - Area Gestione Risorse Umane - CUG
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Linee guida da parte del GdL-GEP all’AGRU



	Entro 31 maggio 2024 → Proposte di revisione da parte dell'AGRU Entro 30 giugno 2024 → Parere del CUG Entro 30 settembre 2024 → Invio alla delegazione trattante o informazione ai sindacati Entro 31 dicembre 2024 → Eventuale adozione nuovi regolamenti
Indicatore	Adozione nuovi regolamenti
Dotazione finanziaria	-
Azione 2.1.b	Verifica degli equilibri di genere nella costituzione degli organi ed organismi dell'Istituto la cui composizione ricade negli ambiti decisionali dell'Istituto ed eventuale aggiornamento della loro costituzione
Responsabilità	Affari generali
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Termine rilevazione Entro 31 maggio 2024 → Proposta aggiornamenti composizione; Entro 30 giugno 2024 → Revisione regolamenti di funzionamento interno degli organi ed organismi: proposte di Deliberazione
Indicatore	Rispetto delle tempistiche
Dotazione finanziaria	-
Obiettivo 2.2	Il secondo obiettivo è volto alla "Promozione di misure a supporto dell'equilibrio di genere nelle posizioni apicali" mediante due tipologie di azioni: regolamentari/organizzative e formative
Azione 2.2.a	Elaborazione ed introduzione di specifiche misure per contemperare l'equilibrio di genere nelle procedure di selezione delle direzioni apicali e di Dipartimento (ad es. introduzione di criteri preferenziali a valersi a parità degli altri in presenza di situazioni di squilibrio, parità di genere nella costituzione delle Commissioni di Concorso/Valutazione, ecc.);
Responsabilità	GdL sul GEP - Area Gestione Risorse Umane - CUG
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Linee guida da parte del GdL-GEP all'AGRU Entro 31 maggio 2024 → Proposte di revisione da parte dell'AGRU Entro 30 giugno 2024 → Parere del CUG Entro 30 settembre 2024 → Invio alla delegazione trattante o informazione ai sindacati Entro 31 dicembre 2024 → Eventuale adozione nuovi regolamenti
Indicatore	Adozione nuovi regolamenti
Dotazione finanziaria	-
Azione 2.2.b	Attuazione di specifici corsi di formazione preferibilmente rivolti al personale dirigenziale femminile per affrontare le sfide delle pari opportunità nel raggiungimento di posizioni apicali e nella promozione di candidature a ruoli elettivi, rafforzare i network di lavoro, accrescere la consapevolezza sulla dimensione di genere.
Responsabilità	GdL sul GEP - Formazione



Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Ipotesi di percorsi formativi da parte del GdL sul GEP Entro 31 maggio 2024 → Attivazione dei percorsi da parte dell'Ufficio Formazione Entro 30 settembre 2024 → Rilevazione dell'efficacia e della qualità Entro 31 dicembre 2024 → Rivalutazione della misura nell'aggiornamento del GEP-ITGP II
Indicatore	Avvenuta esecuzione di n. 2 corsi di formazione per almeno 2 gruppi di 15 dirigenti femminili
Dotazione finanziaria	5.000,00 €
Obiettivo 2.3	Infine, per quanto attiene alla “Sostenibilità delle azioni del GEP-ITGP II” sono stabilite le seguenti azioni:
Azione 2.3.a	Inserimento delle misure GEP nel Piano Triennale Integrato delle Attività e dell'Organizzazione (PIAO)
Responsabilità	Controllo di Gestione
Tempi	Entro 31 gennaio 2024 → Inserimento nel PIAO Entro 31 marzo 2024 → Assegnazione dei compiti alle UU.OO. negli obiettivi operativi
Indicatore	Inserimento nel PIAO e tra gli obiettivi operativi assegnati alle UU.OO:
Dotazione finanziaria	-
Azione 2.3.b	Aggiornamento costante della rilevazione delle posizioni apicali nella Relazione Annuale della Performance
Responsabilità	Controllo di Gestione
Tempi	Entro 30 giugno 2024 → Aggiornamento inserito nella Relazione della Performance
Indicatore	Inserimento nella Relazione della Performance
Dotazione finanziaria	-

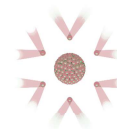
3.c.6.11. Area di Intervento 3: Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera

L'Area dell' “Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera”, si muove in uno spazio piuttosto limitato, considerati i vincoli posti dal quadro giuridico.

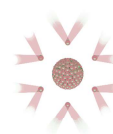
Gli obiettivi posti sono i seguenti:

1. Riduzione della cosiddetta “Segregazione orizzontale”
2. Promozione di misure a supporto dell'equilibrio di genere nelle progressioni di carriera
3. Valutazione di fattibilità di specifiche misure per settori a maggiore divario.

Obiettivo 3.1	Per quanto attiene alla “Riduzione della cosiddetta “Segregazione orizzontale”, sono previste due specifiche azioni:



Azione 3.1.a	Emissione di linea guida per la redazione degli avvisi di reclutamento che preveda, nella fase iniziale della selezione, della formazione delle commissioni esaminatrici di concorso con una rappresentanza obbligatoria di entrambi i generi
Responsabilità	GdL sul GEP - Area Gestione Risorse Umane - CUG
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Linee guida da parte del GdL-GEP all'AGRU Entro 31 maggio 2024 → Proposte di revisione da parte dell'AGRU Entro 30 giugno 2024 → Parere del CUG Entro 30 settembre 2024 → Invio alla delegazione trattante o informazione ai sindacati Entro 31 dicembre 2024 → Eventuale adozione nuovi regolamenti
Indicatore	Adozione nuove linee guida / aggiornamento regolamenti
Dotazione finanziaria	-
Azione 3.1.b	Costituzione di uno specifico gruppo di lavoro in ogni dipartimento volto alla tutela della progressione di carriera per il personale di sesso femminile ed in senso generale per il personale disabile e/o in stato di disagio
Responsabilità	Direzioni di Dipartimento
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Costituzione Gruppi di Lavoro dipartimentali Entro 31 maggio 2024 → Proposte al GdL sul GEP; Entro 30 giugno 2024 → Elaborazione proposta sinottica al CUG per parere Entro 30 settembre 2024 → Invio alla delegazione trattante o informazione ai sindacati Entro 31 dicembre 2024 → Eventuale adozione nuovi regolamenti
Indicatore	Rispetto delle tempistiche
Dotazione finanziaria	-
Obiettivo 3.3	Infine per quanto attiene alla <u>"Valutazione di fattibilità di specifiche misure per settori a maggiore divario"</u> si prevede:
Azione 3.3.a	Elaborazione, a cura dei Gruppi di Lavoro Dipartimentali, di specifici suggerimenti per l'eliminazione delle disuguaglianze negli avanzamenti di carriera da porre al vaglio del Comitato Unico di Garanzia
Responsabilità	Direzioni di Dipartimento
Tempi	Entro 31 gennaio 2024 → Costituzione Gruppi di Lavoro dipartimentali Entro 31 marzo 2024 → Proposte al GdL sul GEP; Entro 30 giugno 2024 → Elaborazione proposta sinottica al CUG per parere Entro 30 settembre 2024 → Invio alla delegazione trattante o informazione ai sindacati Entro 31 dicembre 2024 → Eventuale adozione nuovi regolamenti



Indicatore	Rispetto delle tempistiche
Dotazione finanziaria	-

3.c.6.12. Area di Intervento 4: Promozione della dimensione di genere nella ricerca e nella pratica clinica

La quarta Area di Piano mira a promuovere la prospettiva di genere nella ricerca biomedica e nella pratica clinica.

L'analisi delle potenziali differenze di sesso e/o di genere e delle questioni legate alla parità di genere genera un valore aggiunto in termini di eccellenza della ricerca, rigore, riproducibilità e creatività; porta a una comprensione approfondita dei bisogni, dei comportamenti e degli atteggiamenti di tutte le persone e accresce la rilevanza sociale della ricerca e dell'innovazione.

La preliminare analisi dello stato attuale ha rivelato che vi sono dei margini di miglioramento nella istituzionalizzazione della raccolta dati sulla prospettiva di genere all'interno dei prodotti della ricerca e nelle caratteristiche dei pazienti in degenza, e anche nella formalizzazione di protocolli clinici che tengano conto delle differenze di genere, pur essendo nella pratica applicati.

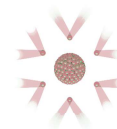
Particolare attenzione verrà posta, come anticipato in precedenza, verso 3 aspetti peculiari:

- Specificità delle patologie, dei protocolli e dell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero ed ambulatoriale e di integrazione "ospedale-territorio" in una prospettiva di genere;
- Rilievo della caratterizzazione di genere nel bisogno socio-sanitario, psicologico e sociale e dell'erogazione di assistenza diretta ed indiretta;
- Rilevazione di genere nella produzione scientifica dell'Istituto.

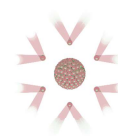
Sono individuati i seguenti 4 obiettivi nell'Area:

1. Avvio di un gruppo di lavoro per la promozione dell'Assistenza e della Ricerca nella Medicina di genere;
2. Promozione ed attivazione di specifici Progetti di Ricerca per quanto attiene la "Patient Centered Care - Gender Oriented";
3. Implementare un sistema di rilevazione dei dati "Patient Gender Oriented";
4. Rilevazione sistematica della distribuzione di genere nei lavori di ricerca (ruoli, pubblicazioni, partecipazione ad eventi, comitati tecnico-scientifici, ecc.)

Le specifiche azioni corrispondenti a ciascuno dei precedenti obiettivi sono di seguito individuate.



Obiettivo 4.1	Per quanto attiene all' "Avvio di un gruppo di lavoro per la promozione dell'Assistenza e della Ricerca nella Medicina di genere" si prevede di attivare il Gruppo di Lavoro già previsto dall'azione 1.4.d dell' "Area 1: Equilibrio vita privata / vita lavorativa, cultura dell'organizzazione e lotta agli stereotipi":
Azione 4.1.a	Attivazione, da parte della Direzione Scientifica, di un "Gruppo di Lavoro interdisciplinare per lo sviluppo di protocolli clinici e di ricerca nella Medicina di genere oncologica
Responsabilità	Direzione Scientifica – Direzione Sanitaria
Tempi	Entro 31 marzo 2024
Indicatore	Adozione Delibera di costituzione e suo regolamento
Dotazione finanziaria	
Obiettivo 4.2	In merito alla "Promozione ed attivazione di specifici Progetti di Ricerca "Patient Centered Care - Gender Oriented (PCC-GO)", è previsto:
Azione 4.2.a	Garantire un supporto interno di risorse per l'attivazione di progetti PCC-GO nell'ambito del programma della Ricerca Corrente
Responsabilità	Direzione Scientifica – Direzione Sanitaria
Tempi	In coincidenza con la programmazione Ricerca Corrente 2024 → Allocazione di fondi per la RC Medicina di genere
Indicatore	Introduzione di specifici progetti nella Ricerca Corrente e/o ambiti nei progetti esistenti
Dotazione finanziaria	Secondo programmazione RC 2024
Azione 4.2.b	Elaborare protocolli per la rilevazione sistematica del "bisogno assistenziale in prospettiva di genere" mediante PREM-GO (Patient Reported Experience Measurement – Gender Oriented) sia per l'assistenza ospedaliera che per quella ambulatoriale, nonché territoriale, socio-sanitaria e sociale;
Responsabilità	Direzione Scientifica – Direzione Sanitaria
Tempi	Entro 30 giugno 2024
Indicatore	Adozione specifici PREM-GO
Dotazione finanziaria	5.000,00
Azione 4.2.c	Realizzare un evento all'anno sulla Medicina di Genere in Oncologia
Responsabilità	Direzione Scientifica - GdL sul GEP - CUG
Tempi	Entro 31 dicembre 2024 → Esecuzione evento sulla Medicina di genere con la partecipazione del CUG e del GdL sul GEP
Indicatore	Organizzazione ed esecuzione evento
Dotazione finanziaria	5.000,00 €
Obiettivo 4.3	Al riguardo invece dell' "Implementazione di un sistema di rilevazione dei dati "Patient Gender Oriented" è previsto:
Azione 4.3.a	Implementare nel "Data-lake" della ricerca in fase di implementazione il data-mart per la rilevazione della prospettiva di

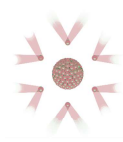


	genere
Responsabilità	Direzione Scientifica - UTT
Tempi	31 luglio 2024
Indicatore	Avvenuta integrazione della dimensione -presentazione @ ricercatori
Dotazione finanziaria	10.000,00 €
Azione 4.3.b	Affidare, al GdL di cui all'azione 4.1.a., la progettazione di "dashboard BI" nella dimensione del genere sia per l'attività assistenziale che per quella di ricerca (in quest'ultimo caso saranno implementate anche specifici dataset di progetto"
Responsabilità	Direzione Scientifica – Direzione Sanitaria - GdL Medicina di Genere
Tempi	30 ottobre 2024
Indicatore	Redazione del documento per l'implementazione della "dashboard BI" della Medicina di genere
Dotazione finanziaria	5.000,00 €
Azione 4.3.c	Rendere obbligatorio nella presentazione di qualsiasi "progetto di ricerca" la valutazione della dimensione del "genere"
Responsabilità	Direzione Scientifica – Direzione Sanitaria - GdL Medicina di Genere
Tempi	30 ottobre 2024
Indicatore	Redazione di Linee Guida per la valutazione di genere nei Progetti di Ricerca
Dotazione finanziaria	-
Obiettivo 4.4	Infine, rispetto all'obiettivo di <u>"Rilevazione sistematica della distribuzione di genere nei lavori di ricerca (ruoli, pubblicazioni, partecipazione ad eventi, comitati tecnico-scientifici, ecc.)", è previsto:</u>
Azione 4.1.a	Implementazione con riferimento alle pubblicazioni, ai progetti di ricerca, ai prodotti della ricerca, alle cooperazioni nazionali ed internazionali, elaborare e tenere aggiornato, di un insieme di indicatori che diano evidenza statistica delle eventuali differenze di genere.
Responsabilità	Direzione Scientifica – Direzione Sanitaria - GdL Medicina di Genere
Tempi	Entro 30 giugno 2024
Indicatore	Adozione Documento di riferimento
Dotazione finanziaria	-

3.c.6.13. Area di Intervento 5: Contrasto alla violenza di genere, incluse le molestie sessuali

Quinta ed ultima Area del GEP-ITGP II è quella del "Contrasto alla violenza di genere, incluse le molestie sessuali".

E' sotto gli occhi di tutti quanto il problema delle violenze contro il genere femminile e delle molestie sessuali costituiscano un fenomeno stabilmente e drammaticamente attuale nella



vita quotidiana. L'Istituto ritiene, in qualità di Ente Pubblico, di dovere contribuire con ogni mezzo a propria disposizione, ad instaurare la cultura del "rispetto dell'inviolabilità dell'altro" in ogni circostanza. Si tratta di una "cartina al tornasole" del rispetto della persona che costituisce il fondamento del vivere civile e della libertà di ciascuno.

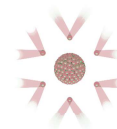
Non si tratta nella fattispecie di ribadire concetti già previsti dalle leggi e dai regolamenti nazionali o regionali in materia, quanto piuttosto di stabilire concreti presidi di tutela a partire dalla chiarezza nella definizione degli atteggiamenti molesti, predisporre procedure e strumenti specifici per la prevenzione, la segnalazione e l'accompagnamento di donne ed in senso più generale di persone che sono fatte oggetto di violenza e molestie.

Si tratta piuttosto, di rendere evidente che l'Istituto ha "tolleranza zero" nei confronti di tali attitudini.

Gli obiettivi riguardano:

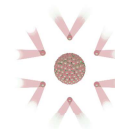
- Attività di formazione e sensibilizzazione per la prevenzione di atteggiamenti sessualmente violenti e/o molesti.
- Revisione del codice di condotta per le parti al riguardo applicabili;
- Attività di supporto nella gestione individuale della molestia o violenza.

Obiettivo 5.1	Relativamente alle "Attività di formazione e sensibilizzazione per la prevenzione di atteggiamenti sessualmente violenti e/o molesti" sono previste le seguenti azioni:
Azione 5.1.a	Attivazione di formazione FAD obbligatoria su "Violenza di genere: emersione, contrasto e prevenzione" (congiuntamente ad 1.4.a)
Responsabilità	GdL sul GEP - Formazione
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Ipotesi di percorsi formativi obbligatori in FAD per tutto il personale elaborata da parte del GdL sul GEP Entro 31 maggio 2024 → Attivazione FAD su "Educazione alla parità di genere, lotta agli stereotipi ed alle violenze di genere" da parte dell'Ufficio Formazione Entro 31 dicembre 2024 → Avvenuta fruizione obbligatoria del corso da parte di tutto il personale
Indicatore	Avvenuta fruizione e superamento del corso FAD
Dotazione finanziaria	25.000,00 €
Azione 5.1.b	Esecuzione progressiva di attività educative con "giochi di ruolo" gestiti dagli psicologi interni sulla prevenzione delle molestie (congiuntamente ad 1.4.b)
Responsabilità	GdL sul GEP - Formazione
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Ipotesi di percorsi educativi attraverso "giochi di ruolo" o simili, gestiti dagli psicologi interni, per il contrasto degli stereotipi di genere e la prevenzione delle molestie da parte del



	GdL sul GEP Entro 31 maggio 2024 → Attivazione dei percorsi da parte dell'Ufficio Formazione Entro 30 settembre 2024 → Rilevazione dell'efficacia e della qualità Entro 31 dicembre 2024 → Rivalutazione della misura nell'aggiornamento del GEP-ITGP II
Indicatore	Avvenuta esecuzione di n. 5 gruppi di "role playing"
Dotazione finanziaria	5.000,00 (ribaltamento dei costi)
Azione 5.1.c	Esecuzione di procedure di rilevazione del clima di rispetto della dignità sessuale della persona (sovrapposta ad 1.4.c)
Responsabilità	Psicologi – Area Gestione Risorse Umane - GdL sul GEP
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Completamento del survey Entro 30 giugno 2024 → Analisi dei risultati ed elaborazione possibili interventi da parte del GdL Entro 30 settembre 2024 → Parere del CUG Entro 31 dicembre 2024 → Aggiornamento del GEP-ITGP II
Indicatore	Implementazione, distribuzione e completamento del survey
Dotazione finanziaria	-

Obiettivo 5.2	In merito alla <i>"Revisione del codice di condotta per le parti al riguardo applicabili"</i> è invece previsto di dar luogo alle seguenti azioni:
Azione 5.2.a	Avvio della revisione del codice di condotta per rendere esplicita la comprensione di ciò che deve essere considerato molestia sessuale, delle garanzie per il segnalante e delle misure disciplinari nella disponibilità dell'amministrazione
Responsabilità	GdL sul GEP – Affari generali - CUG
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Linee guida da parte del GdL-GEP agli Affari Generali Entro 31 maggio 2024 → Proposte di revisione da parte degli Affari Generali Entro 30 giugno 2024 → Parere del CUG Entro 30 settembre 2024 → Invio alla delegazione trattante o informazione ai sindacati Entro 31 dicembre 2024 → Eventuale adozione nuovi regolamenti
Indicatore	Adozione revisione codice di condotta
Dotazione finanziaria	-
Azione 5.2.b	Definizione delle procedure per l'eventuale attivazione dell'azione penale, e la successiva ulteriore costituzione di parte civile per danno materiale e di immagine, ecc.
Responsabilità	GdL sul GEP – Affari generali - CUG
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Linee guida da parte del GdL-GEP agli Affari

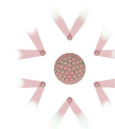


	Generali Entro 31 maggio 2024 → Proposte di revisione da parte degli Affari Generali Entro 30 giugno 2024 → Parere del CUG Entro 30 settembre 2024 → Invio alla delegazione trattante o informazione ai sindacati Entro 31 dicembre 2024 → Eventuale adozione nuovi regolamenti
Indicatore	Adozione procedure per la gestione di eventi aventi potenziale rilevanza penale in materia di molestie e violenze sessuali sul luogo di lavoro
Dotazione finanziaria	-
Obiettivo 5.3	<u>Infine per quanto attiene all' "Attività di supporto nella gestione individuale della molestia o violenza", si darà luogo alle seguenti:</u>
Azione 5.3.a	Avvio di uno sportello di ascolto per le molestie sessuali sul luogo di lavoro, per il "counseling", accompagnamento nella segnalazione, eventuale denuncia, supporto psicologico sia per i soggetti danneggiati che per eventuali testimoni.
Responsabilità	GdL sul GEP – Direzione Sanitaria- CUG
Tempi	Entro 31 marzo 2024 → Verifica delle ipotesi organizzative da parte del GdL-GEP Entro 28 maggio 2024 → Proposta alla Direzione Sanitaria di revisione da parte degli Affari Generali Entro 30 giugno 2024 → Proposta al CUG da parte della Direzione Sanitaria Entro 30 settembre 2024 → Eventuale implementazione organizzativa dello sportello
Indicatore	Rispetto della tempistica indicata ed avvio dello sportello
Dotazione finanziaria	5.000,00 € (ribaltamento costi)

3.c.7. Le azioni positive

Inoltre, con Deliberazione n. 82 del 4 aprile 2022, a seguito di trasmissione alla Direzione Strategica dell'Istituto, da parte del CUG, della proposta di Piano delle Azioni Positive 2022-2024 per orientare l'azione amministrativa tenendo in debito conto la più ampia prospettiva del benessere organizzativo e sostenendo la realizzazione di iniziative miranti alla valorizzazione di tutto il personale e di prevenzione contro ogni forma di discriminazione sul lavoro, il Piano delle Azioni Positive è stato adottato per il triennio 2022-2024 ed è in fase di redazione il suo aggiornamento.

Diverse azioni da esso previste sono state riprese dal Gender Equality Plan. Di seguito, comunque per completezza sono comunque riportate le azioni ivi previste che, a seguito dei



nuovi lavori del CUG e del GdL per il GEP verranno armonizzate in un unico documento. Le azioni previste dal Piano delle Azioni positive sono le seguenti:

Obiettivo 1: **Pari Opportunità**

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

Target: Condividere con i dipendenti e i cittadini informazioni di dettaglio sul Cug, sulle sue funzioni e sui suoi compiti, nonché sulle attività svolte.

Tempi di attuazione: 2022- 2023-2024

Strutture coinvolte: CUG, Direzione Amministrativa , SSD Clinical Risk Management e Formazione

Monitoraggio e indicatori: Aggiornamento pagina dedicata, numero corsi di formazione attivati

Azione 2: **Prevenzione degli atti di violenza.**

Target: Gestione e contrasto degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari

Tempi di attuazione: 2022- 2023-2024

Strutture coinvolte: CUG, RSPP, Direzione Sanitaria, SSD Clinical Risk Management e Formazione e SSD Servizio delle Professioni Sanitarie

Monitoraggio e Indicatori: Redazione codice di condotta, Realizzazione evento formativo per operatori sanitari interni

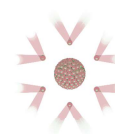
Azione 3: **Individuazione di un Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità**

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

Tempi di attuazione: 2022-2023

Strutture coinvolte: SC Area Gestione Risorse Umane, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria

Monitoraggio e indicatori: Avvio e conclusione della procedura per l'individuazione del Responsabile dei Processi di inserimento delle persone con disabilità; revisione degli inserimenti lavorativi già effettuati al fine di



individuare le procedure più idonee a facilitare l'inserimento nei diversi contesti di riferimento.

Obiettivo 2: **Valorizzazione del benessere**

Azione 1: **Codice di comportamento, diritti e doveri del dipendente.**

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

Tempi di attuazione: 2022- 2023- 2024

Strutture coinvolte: RPCT, SC Area Gestione Risorse Umane, SSD Clinical Risk Management e Formazione, Direzione Amministrativa e UPD

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

Azione 2: **Accoglienza e presentazione per i nuovi dipendenti**

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

Tempi di attuazione: 2022- 2023- 2024

Strutture coinvolte: SC Area Gestione Risorse Umane, SSD Clinical Risk Management e Formazione, SSD Servizio delle Professioni Sanitarie, SC Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali

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

Azione 3: **Promozione della salute dei dipendenti**

Target: Potenziare percorsi di accesso semplificato a prestazioni diagnostico-terapeutiche e screening dei dipendenti

Tempi di attuazione: 2022- 2023- 2024

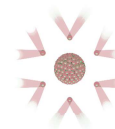
Strutture coinvolte: Servizi diagnostici, Direzione Sanitaria

Monitoraggio e indicatori: Accessi e numero visite.

Azione 4: **Supporto psicologico ai dipendenti**

Target: Sostenere e assistere psicologicamente i dipendenti e aiutarli a trovare soluzioni adattative che li mettano in grado di gestire il proprio ruolo e le relazioni con l'ambiente, sia nell'ambito professionale che in quello privato.

Tempi di attuazione: 2022- 2023- 2024



Strutture coinvolte: CUG, Medico Competente, RSPP, Psicologia clinica e Direzione Sanitaria

Monitoraggio e indicatori: Avvio Sportello di ascolto

Azione 5 **Conciliazione di tempi vita/lavoro**

Target: Riattivazione asilo nido aziendale per garantire un equilibrio tra il tempo di vita e di lavoro dei dipendenti

Tempi di attuazione: 2022-2024

Strutture coinvolte: SSD Patrimonio, SC Area Tecnica e Servizi Informatici

Monitoraggio e indicatori: Attivazione convenzione con scuole dell'infanzia per la gestione del servizio

OBIETTIVO 3: **Contrasto alle discriminazioni e molestie sul lavoro**

Azione 1: **Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sul rispetto. Training del personale su prevenzione delle molestie e forme di prevaricazione**

Target: Formazione e aggiornamento del personale, compreso quello con qualifica dirigenziale, affinché contribuiscano allo sviluppo della cultura di genere, attraverso la promozione di stili di comportamento rispettosi del principio di parità di trattamento e la diffusione della conoscenza della normativa in materia di pari opportunità, inserendo appositi moduli in tutti i programmi formativi (art. 7 comma 4 del D.lgs n. 165/2001) e collegandoli, se possibile, all'adempimento degli obblighi in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (art. 28, comma 1 del D.lgs. n. 81 del 2008).

Tempi di attuazione: 2022-2023-2024

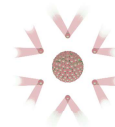
Strutture coinvolte: Medico Competente, SSD Clinical Risk Management e Formazione, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria, SC Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali

Monitoraggio e indicatori: Numero di dipendenti formati e aggiornati sulla normativa

Azione 2: **Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sulla valorizzazione delle differenze**

Target: promuovere la predisposizione di bilanci di genere, al fine di poter allocare le risorse sui servizi in funzione delle diverse esigenze degli uomini e delle donne e contribuire così a ridurre le diseguaglianze di genere attraverso una più equa distribuzione delle risorse finanziarie.

Tempi di attuazione: 2022-2023-2024



Strutture coinvolte: SC Area Gestione Risorse Finanziarie, CUG, SSD Controllo di Gestione, Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria,

Monitoraggio e indicatori: Redazione Bilancio di genere con particolare riferimento alla figura della ricercatrice.

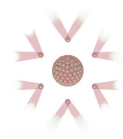
Azione 3: **Consigliere di Fiducia**

Obiettivo: Istituire la presenza del Consigliere di Fiducia

Tempi di attuazione: 2022-2023-2024

Strutture coinvolte: CUG, SC Area Gestione Risorse Umane, Direzione Amministrativa

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



4. Sezione Monitoraggio

Il monitoraggio del PIAO verrà effettuato con cadenza trimestrale per ciascuna delle sue componenti:

- Performance;
- Trasparenza ed anticorruzione;
- Piano della azioni positive,

in quanto ciascuna di esse è dotata della descrizione degli indicatori e dei target di misurazione.

Le misurazioni, coordinate dal Controllo di Gestione, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro del Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione saranno reperite:

- laddove si tratti di parametri misurabili, attraverso i sistemi informativi regionali/aziendali di riferimento;
- laddove di tipo qualitativo, attraverso audit effettuati presso le strutture responsabili delle attività previste dal PIAO;

Per quanto attiene al Piano di Rilancio indicato nel presente documento e Piano della Formazione, anche in tal caso si procederà con attività di rilevazione trimestrale condotta mediante audit a carico del Controllo di Gestione condotto il primo presso il Direttore del Dipartimento della Gestione ed il secondo presso il Dirigente Responsabile della SSD Rischio Clinico e Formazione.

L'esito di tali verifiche periodiche confluirà in report trimestrali inviati alla Direzione Strategica per l'eventuale introduzione di azioni correttive, rimodulazione degli obiettivi ecc.

I report saranno condivisi con le strutture interessate dalle attività e potranno essere oggetto di commenti, modifiche e richieste di revisione che verranno indirizzate al Controllo di Gestione ed alla Direzione Strategica per le decisioni.