ASL Bari
PugliaSalute
REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI
Partita IVA/Codice Fiscale 06534340721

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0000103	**31/01/2022**

OGGETTO: Art. 10, c. 1, lett. a), d. lgs. 150/2009 – Art. 1, c. 8, l. 190/2012 – Art. 6, d. l. 80/2021 – Approvazione Piano Integrato della Performance e dell'Integrità 2022/2024 – Approvazione obiettivi operative di budget 2022 – Aggiornamento rete Referenti RPCT – Nomina Gestore Antiriciclaggio e istituzione rete Referenti Antiriciclaggio.

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20220001067 DEL 28/01/2022
COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 15 (quindici) PAGINE
DI 6 (sei) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 394 (trecentonovantaquattro) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE
DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) del vigente PTPCT – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

Parere del Direttore Amministrativo	Parere del Direttore Sanitario
Firmato Digitalmente il 31/01/2022 08:54 Gianluca CAPOCHIANI	

Il Segretario	Il Direttore Generale
Firmato Digitalmente il 31/01/2022 13:31 Romana Giovanna PISCITELLI	*Firmato Digitalmente il 31/01/2022 12:48* Antonio SANGUEDOLCE

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **31/01/2022**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione
Firmato Digitalmente il 31/01/2022 13:37
Domenico ROVETO

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

Oggetto: **Art. 10, c. 1, lett. a), d. lgs. 150/2009 – Art. 1, c. 8, l. 190/2012 – Art. 6, d. l. 80/2021 – Approvazione Piano Integrato della Performance e dell'Integrità 2022/2024 – Approvazione obiettivi operative di budget 2022 – Aggiornamento rete Referenti RPCT – Nomina Gestore Antiriciclaggio e istituzione rete Referenti Antiriciclaggio.**

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Deliberazione n. 1492/DG del 05.09.2018 con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta congiunta formulata dal Coordinatore STP e dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza che attestano la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e delibera quanto segue.

PREMESSO CHE:

A. con riferimento al ciclo di gestione della performance, di cui al d. lgs. 150/2009:

- la l.r. Puglia 38/1994, recante "*Norme sull' assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Unità sanitarie locali in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*", introduce all'art. 18 la metodica di budget, prevedendo – in particolare – che "*Allo scopo di pervenire alla formulazione di articolate e puntuali previsioni, relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, ai fattori operativi da utilizzare, alle risorse finanziarie da acquisire e da impiegare, agli investimenti da compiere, è obbligatoria l'adozione della metodica di budget secondo una struttura che comprenda:*
  a) il documento di direttive;
  b) il budget generale [disciplinato al successivo art. 20];
  c) il budget delle strutture;
  d) il budget di centro di responsabilità";
- per effetto dell'entrata in vigore del d. lgs. 150/2009, avente ad oggetto "*Attuazione della l. 15/2009, in materia di ottimizzazione del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*", l'anzidetta metodica di budget, prevista dal legislatore regionale per aziende ed enti del SSR, confluisce nel più ampio quadro del ciclo della performance, disciplinato dal Capo II (artt. 4-10), d. lgs. 150/2009;
- conseguentemente, con d.D.G. 285/2020, questa Azienda – anche a seguito delle profonde modifiche impresse al d. lgs. 150/2009 dal successivo d. lgs. 74/2017 – ha proceduto ad aggiornare il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance:
  a. disciplinando al suo interno anche il procedimento di budget e chiarendone l'integrazione con il Piano della Performance, per l'effetto delineando un unico e complessivo ambito di valutazione della performance che prende avvio dalla definizione degli obiettivi generali di budget e – attraverso la successiva definizione, in sede di adozione del bilancio di previsione, degli obiettivi operativi di budget, ulteriormente distinti per Macrostruttura aziendale – giunga alla puntuale definizione ed assegnazione, anche attraverso il Piano della performance, della suddivisione tra obiettivi di performance organizzativa ed obiettivi di performance individuale;

b. prevedendo che la programmazione tenga conto dei risultati conseguiti nei precedenti cicli della performance o, comunque, delle risultanze preliminari emerse in sede di monitoraggio periodico della performance, così garantendo ai nuovi obiettivi carattere di raggiungibilità ed effettiva utilità per la collettività destinataria dell'azione dell'Amministrazione;

- l'art. 21, l. 183/2010, recante semplificazioni e razionalizzazioni in tema di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche, modificando l'art. 57, d. lgs. 165/2001, ha previsto la costituzione, presso ciascuna pubblica amministrazione, del "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG) che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, con compiti propositivi, consultivi e di verifica nelle materie di competenza; in particolare, tra i compiti propositivi, rientra la proposta di Piano delle azioni positive, previsto dall'art. 48, d. lgs. 198/2006, recante Codice delle pari opportunità, successivamente delineato anche quale allegato al Piano della Performance, di cui all'art. 10, d. lgs. 150/2009, dalle Linee Guida del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 2/2019, in tema di "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche";
- in esecuzione del comma 04, art. 57, d. lgs. 165/2001, con direttiva congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e dell'Innovazione e del Ministro per le Pari Opportunità del 4/3/2011, venivano emanate Linee Guida per la costituzione ed il funzionamento del CUG;
- con direttiva n. 3/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri sono state emanate Linee Guida in tema di lavoro agile presso la pubblica amministrazione;
- da ultimo - nel quadro delle iniziative necessarie a garantire il massiccio ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, da parte delle pubbliche amministrazioni, in considerazione dell'emergenza sanitaria in corso, in attuazione della disposizione di cui all'art. 263, c. 4-bis, d. l. 34/2020, secondo cui 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 Piano della Performance - con decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 9/12/2020, sono state emanate le Linee guida sul Piano organizzativo de/lavoro agile (POLA) e indicatori di performance;

B. con riferimento alle attività finalizzate alla prevenzione amministrativa della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, di cui alla l. 190/2012:

- a seguito del passaggio delle competenze in materia di prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni interamente in capo all'ANAC, per effetto della entrata in vigore della l. 114/2014, l'art. 1, c.2-bis, della l. 190/2012, recante "*disposizioni per la Prevenzione e la Repressione della Corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione"* prevede che, sentiti il Comitato interministeriale di cui al co. 4 e la Conferenza unificata di cui all'art. 8, c. 1, del D.lgs. 281/1997, l'Autorità provveda ad adottare il Piano nazionale anticorruzione (PNA) con durata triennale e ad aggiornarlo annualmente;
- l'art. 1, c. 8, l. 190/2012 prevede, inoltre, che in coerenza con gli indirizzi forniti dal PNA alle pubbliche amministrazioni, queste ultime provvedano all'adozione del Piano triennale per la prevenzione della

corruzione e per la trasparenza, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno;

- all'uopo, l'art. 1, c. 7, l. 190/2012 impone alle pubbliche amministrazioni di individuare, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività;
- ai sensi della previgente formulazione dell'art. 1, c. 2 lett. b) l. 190/2012, con la delibera CIVIT n.72/2013, l'ANAC, su proposta del Dipartimento della funzione, ha approvato il PNA 2013, aggiornato nel 2015;
- secondo quanto disposto dall'art. 1, c. 2-bis l. 190/2012 introdotto dal d.lgs. 97/2016, con Determinazione n. 831 del 03/08/2016 e Delibera n. 1064 del 13/11/2019, la predetta Autorità ha rispettivamente adottato il PNA 2016, aggiornato nel 2017 e nel 2018, ed il PNA 2019, nonché – da ultimo – con decisione del Consiglio dell'Autorità del 21/7/2021, ha statuito di posticiparne l'aggiornamento, fornendo pur tuttavia un quadro delle fonti normative e delle delibere successive al PNA 2019 e rilevanti ai fini della sua corretta attuazione;
- ispirandosi ai medesimi principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità della pubblica amministrazione, di cui all'art. 97, sottesi alla l. 190/2012, il legislatore nazionale è intervenuto, introducendo, all'art. 10, d. lgs. 90/2017, specifici oneri di informazione e segnalazione delle cd. operazioni sospette di riciclaggio e/o finanziamento al terrorismo internazionale, in favore della Unità di Informazione Finanziaria (UIF), istituita presso la Banca d'Italia, a carico degli uffici della pubblica amministrazione, "*competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito dei seguenti procedimenti o procedure:*
  a. *procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;*
  b. *procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;*
  c. *procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati*";
- contenuto e modalità per le interlocuzioni con la UIF, di cui al c. 4, art. 10, d. lgs. 90/2017, sono stati definiti con provvedimento dell'Unità del 23/4/2018, recante "*Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni*", le quali dispongono, all'art. 11, che le Pubbliche Amministrazioni individuino, con provvedimento formalizzato, un "gestore" quale soggetto delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla medesima UIF;

DATO ATTO CHE:

A. con riferimento al ciclo di gestione della performance:

- con riferimento all'anno 2021, l'Azienda ha approvato con d.D.G. 1732/2020 e d.D.G. 135/2021, rispettivamente, gli obiettivi generali di budget per l'anno 2021e gli obiettivi operativi di budget per l'anno 2021 ed adozione del Piano delle performance per il triennio 2021-2023 (cui sono allegati il Piano Operativo del Lavoro Agile – POLA, nonché il Piano delle Azioni Positive – PAP, proposto dal CUG), ai sensi dell'art. 10, d. lgs. 150/2009, dando esplicitamente atto che - nelle more della individuazione ed

assegnazione degli obiettivi di performance aggiornati alle Aziende Sanitarie Locali ed alle Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R, da parte della Giunta Regionale - gli Obiettivi Generali aziendali continuino a fare riferimento, di massima, a quanto previsto:

a. dalla D.G.R. 2437/2019, con cui l'organo di governo regionale ha individuato ed assegnato gli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
b. dalla D.G.R. 129/2018, avente ad oggetto "*Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018*";
c. dal contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale in data 5/9/2018, come successivamente integrato in attuazione della D.G.R. 1487/2019;
d. dalle indicazioni del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.), sviluppato da AGENAS, su mandato del Ministero della Salute, in tema di misurazione comparativa di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario italiano;
e. dagli obiettivi LEA, come da ultimo individuati con d.p.c.m. 12/1/2017;
f. agli altri obiettivi previsti dalla legge nazionale e regionale;

- con successiva d.D.G. 1805/2021, all'esito dell'attività di monitoraggio periodico circa l'andamento della performance ed anche in considerazione dell'assoluta eccezionalità conseguente alla situazione pandemica da COVID-19, inaspettatamente sviluppatasi fin dai primi mesi del 2020 ed acuitasi nel corso del 2021, l'Azienda ha provveduto alla rimodulazione degli obiettivi generali ed operativi di budget, così come degli obiettivi di performance, programmati ed assegnati per l'anno 2021;
- con riferimento all'anno 2022, l'Azienda ha approvato con d.D.G. 2228/2021, gli obiettivi generali di budget per l'anno 2022, confermando in particolare che:
  a. nelle more della individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance aggiornati alle Aziende Sanitarie Locali ed alle Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R, da parte della Giunta Regionale, gli Obiettivi Generali aziendali continuano a fare riferimento alle indicazioni nazionali e regionali vigenti ivi richiamate;
  b. alla luce del persistere della grave situazione sanitaria, l'approccio seguito in sede di rimodulazione degli obiettivi con la predetta d.D.G. 1805/2021, avrebbe continuato a preferire l'individuazione di obiettivi "qualitativi", tesi al miglioramento dell'organizzazione e delle procedure aziendali, a scapito di obiettivi meramente "quantitativi", le cui possibilità di conseguimento continuano ad apparire imprevedibili ed aleatorie, a tutto danno della certezza degli impegni assunti con gli stakeholder esterni;
- infine, con nota del 18/1/2022 (prot. 4004), la Direzione Strategica ha notiziato l'OIV in merito alle risultanze della valutazione richiesta dall'art. 7, c. 1, d. lgs. 150/2009, circa la necessità di procedere all'aggiornamento annuale del SMVP;

B. con riferimento alle attività finalizzate alla prevenzione amministrativa della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, di cui alla l. 190/2012:

- con Deliberazione del Direttore Generale n. 2399 del 13/12/2019, l'Azienda ha proceduto a:

a. individuare la dott.ssa Romana Giovanna Piscitelli, dirigente amministrativo a tempo pieno ed indeterminato di questa Azienda, attualmente Responsabile U.O.S. Affari Generali, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, a decorrere dal 1°/1/2020;
b. confermare l'istituzione del gruppo di lavoro a supporto dell'RPCT, contestualmente aggiornandone la composizione, come di seguito riportato:
   - dott.ssa Anastasia Magurano, collaboratore amministrativo professionale in servizio presso la Struttura Burocratico Legale, anche con funzioni di segreteria;
   - dott.ssa Marialessandra Nacucchi, collaboratore amministrativo professionale in servizio presso l'Area Gestione Risorse Finanziarie, anche con funzioni di segreteria;

   successivamente integrato – con Deliberazione del Direttore Generale n. 392 del 3/4/2020 e limitatamente alle attività di segreteria – mediante l'individuazione del dott. Giuseppe Cifarelli, coadiutore amministrativo in servizio presso la Direzione Amministrativa aziendale e – da ultimo – con nota del 18/6/2021 (prot. 79014) mediante l'individuazione del dott. Pierfrancesco Romanelli, collaboratore amministrativo professionale in servizio presso il Dipartimento Salute Mentale;
c. aggiornare ed unificare la rete dei referenti aziendali dell'RPCT presso le Macrostrutture aziendali, originariamente disposta con deliberazioni del Direttore Generale nn. 1924 e 1925 del 2013;

- l'Azienda, nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione 2019, ha adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, da ultimo, con la Deliberazione del Direttore Generale n. 512 del 31/3/2021, in relazione al triennio 2021-2023, contestualmente aggiornando la rete dei Referenti RPCT presso le Macrostrutture;

CONSIDERATO CHE:

A. con riferimento al ciclo di gestione della performance:

- nel periodo ottobre 2021 – gennaio 2022, in applicazione delle disposizioni di cui al vigente SMVP, approvato con d.D.G. 285/2020 (artt. 3-7):
  a. la Direzione Strategica, con il supporto tecnico della STP, ha dato avvio – con il coinvolgimento della dirigenza apicale ed in coerenza con gli obiettivi strategici medio tempore in via di definizione (art. 6, c. 1, lett. b, SMVP) – alla fase di negoziazione degli obiettivi operativi 2022 e del Piano della performance 2022/2024, da assegnare alle articolazioni aziendali (Dipartimenti, UOC, UOSVD, UOS e Aree in staff);
  b. in tale contesto, la STP ha tenuto – anche con modalità a distanza – specifici incontri con i Direttori/Responsabili delle articolazioni aziendali predette, presentando proposte di obiettivi di budget operativo, formulate sulla base degli indirizzi strategici aziendali contestualmente in via di definizione e formalmente approvati in data 7/12/2021 (d.D.G. 2228), degli obiettivi di mandato e di quelli assegnati dalla Regione allo stato conosciuti, utilizzando i dati presenti nei report direzionali periodici ed approfondendo, all'occorrenza, l'analisi di alcuni di essi attraverso ulteriori specifiche elaborazioni necessarie per la corretta individuazione degli indicatori e dei *target* da attribuire a ciascun obiettivo anche relativamente a quelli proposti dai Direttori/Responsabili delle strutture aziendali;
- all'esito di tale attività, la STP ha effettuato:

a. con il supporto dell'UOC Controllo di gestione e dell'RPCT, per gli obiettivi trasversali in materia di integrità e trasparenza (art. 10, c. 3, d. lgs. 33/2013) – l'analisi delle proposte degli obiettivi operativi 2022 e del Piano della performance 2022/2024, per garantire la coerenza con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica, per la successiva revisione/approvazione della Direzione Strategica Aziendale, ai fini della formale assegnazione degli obiettivi programmati ai Direttori/Responsabili;

b. d'intesa con la Presidentessa del CUG, per le attività previste dalle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), e indicatori di performance, approvate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica, la rilevazione dello stato dell'arte in tema di lavoro agile e la ricognizione aggiornata della disciplina dettata a livello nazionale alla luce delle modifiche disposte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri nel corso del 2021, ai fini della redazione del medesimo POLA;

- conseguentemente gli obiettivi operativi di budget per l'anno 2022 risultano formalmente assegnati nell'incontro del 21/12/2021, convocato con nota prot.82050 del 15/12/2021, tra il Direttore Generale ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Macrostrutture/UU.OO. di staff assegnatarie;
- il Comitato Unico di Garanzia aziendale, con nota del 24/1/2022 (prot. 54/CUG), ha trasmesso alla Direzione Generale la proposta di Piano delle Azioni Positive, successivamente oggetto, da parte della Direzione Strategica, di riformulazione in relazione a talune delle azioni, ivi previste in tema di parità di genere e di contrasto alle discriminazioni, così da assicurare maggiore efficacia alle attività programmate per l'anno 2022 e da evitare duplicazioni di attività;

B. con riferimento alle attività finalizzate alla prevenzione amministrativa della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, di cui alla l. 190/2012:

- con nota del 28/9/2021 (prot. 62272), pubblicata nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito *web* aziendale, alla sottosezione Altri contenuti/prevenzione della corruzione, l'RPCT ed il Direttore Generale coinvolgevano tutte le Macrostrutture e gli stakeholder interni ed esterni nella attività di approfondimento della fase di valutazione del rischio, mediante la individuazione dei fattori abilitanti il verificarsi di fenomeni corruttivi – per ciascuna attività già censita nel PTPCT 2021-2023
- con successiva nota del 13/12/2021 (prot. n. 81229), pubblicata nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito *web* aziendale, alla sottosezione Altri contenuti/prevenzione della corruzione, l'RPCT ed il Direttore Generale hanno:
  a. proposto a tutte le Macrostrutture una prima bozza di mappatura dei processi a rischio, aggregati rispetto ai macro-insiemi rappresentati dalle aree di rischio, generali, specifiche e trasversali, individuate dai PNA succedutisi nel tempo, sollecitando riflessioni;
  b. avviato una consultazione pubblica, aperta a tutti gli *stakeholder* interni ed esterni, finalizzata a sollecitare contributi ed eventuali proposte di modifica alle misure programmate per il contenimento del rischio di corruzione, in relazione all'anno 2021;
- quanto al coinvolgimento delle Macrostrutture interne, sono pervenuti riscontri da parte di numerose articolazioni aziendali destinatarie delle misure oggetto della richiamata nota del 13/12/2021 (prot. n. 81229);

- non sono pervenute proposte di modifica ovvero integrazione da parte degli *stakeholder* che, ove pervengano in futuro, verranno considerate ai fini dell'aggiornamento del Piano per l'anno 2023;
- conseguentemente, l'RPCT ha proceduto a valutare proposte ed integrazioni ricevute, secondo le indicazioni metodologiche ricevute dalla Direzione Strategica e, segnatamente, dell'impossibilità di accogliere "arretramenti" rispetto alle misure già previste nel Piano precedente, elaborando la proposta di PTPCT 2022/2024, completa dei seguenti allegati:
  1. tabella 1 - misure di prevenzione della corruzione;
  2. tabella 2 - obblighi di pubblicazione;
  3. questionario rilevazione dipendenti SSN;

RILEVATO CHE:

A. con riferimento al ciclo di gestione della performance:

- con verbale n. 4 del 26/1/2022 (acquisito al prot. ASL BA 6764/2022), l'OIV ha espresso parere favorevole circa la scelta di posticipare l'aggiornamento del SMVP di cui alla d.D.G. n. 285/2020;
- con nota prot. 5236 del 24/1/2022, la Consigliera di Parità della Città Metropolitana di Bari, ha espresso parere favorevole, ai sensi dell'art. 48, d. lgs. 198/2006;

B. con riferimento alle attività finalizzate alla prevenzione amministrativa della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, di cui alla l. 190/2012:

- nel corso del 2020, a seguito di trasferimento presso altre Pubbliche Amministrazioni ovvero di quiescenza lavorativa di taluni referenti dell'RPCT, risulta necessario procedere all'aggiornamento della rete dei referenti, nonché procedere alla ratifica formale dell'integrazione al gruppo di lavoro RPCT, disposta nel mese di giugno 2021;

RICHIAMATI:

- l'art. 6, d. l. 80/2021, il quale introduce e disciplina – tra le misure che concorrono all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e con il dichiarato fine di rafforzare la capacità funzionale della pubblica amministrazione, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), chiamato a definire, su base triennale e con aggiornamento annuale a scorrimento, i principali assetti programmatori dell'azione amministrativa e nel quale, pertanto, sono destinati a confluire, tra gli altri:
  a. gli obiettivi programmatici e strategici della performance, sostituendosi al Piano della Performance (art. 10, d. lgs. 150/2009);
  b. la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante ricorso al lavoro agile, sostituendosi al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA, art, 263, d. l. 34/2020);
  c. gli strumenti e fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione, sostituendosi al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT, art. 1, l. 190/2012);
- il recente art. 1, d. l. 228/2021 (attualmente in via di conversione in legge), con cui sono state introdotte modifiche all'art. 6, d. l. 80/2021, nel senso di posticipare:

a. al 31/3/2022, tanto il termine di cui al c. 5, entro il quale con D.P.R. saranno "*individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti*" dal PIAO, quanto il termine di cui al successivo c. 6, entro il quale con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, sarà adottato un Piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni tenute all'applicazione della disposizione in parola;

b. al 30/4/2022, il termine di cui al c. 6-bis, entro cui le pubbliche amministrazioni sono tenute all'adozione del primo PIAO;

- il medesimo art. 6, ha disposto la sospensione, fino al 30/4/2022, della disciplina sanzionatoria dettata dal c. 5, art. 10, d. lgs. 150/2009 (per la mancata adozione – per quanto in questa sede rileva – del Piano della Performance, entro il termine del 31 gennaio di ciascun anno, previsto dal medesimo art. 10);
- la successiva deliberazione ANAC n. 1 del 12/1/2022, con cui è stato disposto il differimento al 30/4/2022 del termine previsto dalla l. 190/2012 per l'adozione del PTPCT 2022/2024, in ragione tanto del protrarsi dell'emergenza pandemica quanto della "*necessità che le scadenze in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione siano coerenti con il sistema che il legislatore ha, da ultimo, inteso delineare*";

RITENUTO CHE:

- tanto la citata sospensione delle sanzioni di cui al c. 5, art. 10, d. lgs. 150/2009 quanto il predetto differimento del termine per l'adozione del PTPCT 2022/2024, testimoniano l'avvio di uno straordinario processo di rivisitazione, riorganizzazione e semplificazione degli strumenti di programmazione applicabili alle amministrazioni pubbliche;
- non può, d'altro canto, sottacersi che il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (la cui integrazione è, per la verità, già desumibile dalla disposizione di cui all'art. 1, c. 8-bis, l. 190/2012) sono il frutto di un lavoro di programmazione che si snoda per tutto il corso dell'anno, passando attraverso le fasi di assegnazione di obiettivi e misure alle articolazioni interne all'Amministrazione, di monitoraggio intermedio e adozione dei necessari correttivi, mediante il coinvolgimento di tutti gli attori interni ed esterni previsti dal legislatore;
- in considerazione della circostanza per cui, già all'indomani dell'entrata in vigore dell'art. 6, d.l. 80/2021, pur nelle more della definizione degli strumenti normativi attuativi di cui ai cc. 5 e 6, questa Azienda ha immediatamente avviato una prima fase di integrazione documentale relativa ai due Piani della Performance e per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, che trova espressione concreta nella redazione congiunta, formulata dal Coordinatore della Struttura Tecnica Permanente di Supporto all'OIV e dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, del Piano Integrato della Performance e dell'Integrità ASL BA per il triennio 2022-2024, allegato *sub* 1) al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale (alle cui Sezioni II e III sono confluiti, rispettivamente, il Piano della Performance 2022/2024 – con la programmazione operativa di budget per l'anno 2022 – ed il Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022/2024), completo di relativi allegati, come di seguito, anch'essi allegati quali parti integranti e sostanziali al presente provvedimento deliberativo:
  1. Piano Operativo del Lavoro Agile;
  2. Piano delle Azioni Positive;
  3. Tabella 1 – misure anticorruzione;

4. Tabella 2 – obblighi di pubblicazione;
5. Questionario rilevazione dipendenti SSN;

- di dover conseguentemente procedere, ai sensi dell'art. 10, c. 1, lett. a), d. lgs. 150/2009 e dell'art. 1, c. 8, l. 190/2012, nonché dell'art. 6, d. l. 80/2021, ad approvare il Piano Integrato della Performance e dell'Integrità ASL BA 2022/2024, allegato *sub* 1) al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale, (alle cui Sezioni II e III sono confluiti, rispettivamente, il Piano della Performance 2022/2024 – con la programmazione operativa di budget per l'anno 2022 – ed il Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022/2024), completo di relativi allegati, come di seguito, anch'essi allegati quali parti integranti e sostanziali al presente provvedimento deliberativo:
  1. Piano Operativo del Lavoro Agile;
  2. Piano delle Azioni Positive;
  3. Tabella 1 – misure anticorruzione;
  4. Tabella 2 – obblighi di pubblicazione;
  5. Questionario rilevazione dipendenti SSN;
- di precisare che il POLA sarà oggetto di trasmissione alle OOSS, a cura del CUG, per eventuali osservazioni ed integrazioni e che, per effetto della valutazione delle stesse, il Programma potrà essere oggetto di successive modifiche in corso d'anno;
- di dover procedere ad aggiornare la rete dei referenti RPCT, sulla base di indicazioni formulate per le vie brevi dalla Direzione Strategica, come di seguito riportato:
  1. avv. Anna Faretra, dirigente avvocato - Struttura Burocratico Legale;
  2. dott.ssa Francesca Pallotta, collaboratore professionale sanitario tecnico della prevenzione - Dipartimento di Prevenzione;
  3. dott.ssa Luana Natale, collaboratore amministrativo professionale - Area Gestione Tecnica;
  4. dott. Tommaso Depergola, Direttore Amministrativo Dipartimento Assistenza Territoriale - Distretti Socio Sanitari;
  5. dott.ssa Pia Inversi, collaboratore professionale sanitario infermiere - Direzioni delle Professioni Sanitarie Ospedaliere e Territoriali;
  6. dott. Gioacchino De Pinto, Responsabile - U.O.S. Impegni e liquidazioni, ciclo attivo e passivo - Area Gestione Risorse Finanziarie;
  7. avv. Giampaolo Parisi, incaricato di posizione organizzativa AAGG - Direzione Strategica;
  8. dott.ssa Letizia Veronico, Responsabile - U.O.S. Trattamento giuridico-economico-previdenziale - Area Gestione Risorse Umane;
  9. dott. Fabio Schino, Responsabile – U.O.S. Gestione Rapporti Convenzionali;
  10. dott. Vincenzo Defilippis, Direttore – U.O.C. Medicina Forense, Rischio Clinico, Qualità e Formazione (salvo quanto previsto *infra* per la U.O.S. Formazione);
  11. dott.ssa Marilena Lepore, collaboratore amministrativo professionale U.O.S. Privacy e dott.ssa Maria Lucia Simeone, assistente amministrativo U.O.S. URP – U.O.C. Servizio di informazione e comunicazione istituzionale;
  12. dott. Vittorio Zanframundo, Responsabile U.O.S. Organi e Controlli interni – U.O.C. Controllo di gestione;

13. ing. Marco Torres, dirigente analista – U.O. Analisi e Sviluppo Software Informatico;
14. dott.ssa Almagrazia Giannandrea, dirigente farmacista – Dipartimento Gestione del Farmaco;
15. dott. Vincenzo Napoliello, Responsabile - U.O.S. Acquisizione servizi – Area Gestione del Patrimonio;
16. dott.ssa Rosa Delli Santi, incaricata di posizione organizzativa DDP/DSM – Dipartimento Dipendenze Patologiche e Dipartimento Salute Mentale;
17. rag. Nicola Albore, collaboratore amministrativo professionale – SET 118;
18. dott. Giancarlo Ciaula, collaboratore amministrativo professionale – Area Servizio Socio Sanitario;
19. ing. Nicola Sansolini, Direttore F.F. - Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale;
20. sig. Mario Malcangi, incaricato di posizione organizzativa - U.O. Statistica ed Epidemiologia;
21. dott.ssa Rosa Ranieri, Responsabile - U.O.S.V.D. Valutazione Appropriatezza Prestazioni Ricoveri;
22. dott. Leonardo Santorsola, collaboratore amministrativo professionale - U.O.S. Formazione;
23. dott. Francesco Paolo Polemio, Direttore f.f.- U.O.C. Medicina del lavoro e sorveglianza sanitaria;
24. dott.ssa Rachele Popolizio, Direttore Amministrativo – PP.OO. Nord;
25. dott. Francesco Luongo, Direttore Amministrativo – PP.OO. Sud;
26. dott. Carmine Parlati, dirigente medico – RULA;
27. ing. Rocco Mario Ianora, Direttore – U.O.C. HTA ed Ingegneria Clinica;
28. avv. Marco Calabriso, collaboratore amministrativo professionale – Sperimentazioni Cliniche e OIV/STP;

- di nominare, ai sensi dell'art. 11, Provvedimento UIF del 23/4/2018, il Direttore AGRF, quale gestore delle operazioni sospette di riciclaggio di denaro;
- di istituire, a supporto del gestore come innanzi nominato, la rete dei referenti Antiriciclaggio, composta dai medesimi soggetti individuati quali referenti RPCT per i procedimenti rilevanti ai sensi dell'art. 10, d. lgs. 90/2017 (*autorizzazione o concessione; procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici; concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati*), come da indicazioni formulate per le vie brevi dalla Direzione Strategica:
    1. dott.ssa Francesca Pallotta, collaboratore professionale sanitario tecnico della prevenzione - Dipartimento di Prevenzione;
    2. dott.ssa Luana Natale, collaboratore amministrativo professionale - Area Gestione Tecnica;
    3. dott. Vincenzo Napoliello, Responsabile - U.O.S. Acquisizione servizi – Area Gestione del Patrimonio;
    4. ing. Rocco Mario Ianora, Direttore – U.O.C. HTA ed Ingegneria Clinica;
    5. dott. Tommaso Depergola, Direttore Amministrativo Dipartimento Assistenza Territoriale - Distretti Socio Sanitari;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, reso ai sensi dell'art. 3, d. lgs. 502/1992;

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa, che qui si intendono completamente acquisite e che formano parte essenziale e fondamentale del presente atto deliberativo:

a. di **approvare**, ai sensi dell'art. 10, c. 1, lett. a), d. lgs. 150/2009 e dell'art. 1, c. 8, l. 190/2012, nonché dell'art. 6, d. l. 80/2021, il Piano Integrato della Performance e dell'Integrità ASL BA 2022/2024, allegato *sub* 1) al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale, (alle cui Sezioni II e III sono confluiti, rispettivamente, il Piano della Performance 2022/2024 – con la programmazione operativa di budget per l'anno 2022 – ed il Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022/2024), completo di relativi allegati, come di seguito, anch'essi allegati quali parti integranti e sostanziali al presente provvedimento deliberativo:
   1. Piano Operativo del Lavoro Agile;
   2. Piano delle Azioni Positive;
   3. Tabella 1 – misure anticorruzione;
   4. Tabella 2 – obblighi di pubblicazione;
   5. Questionario rilevazione dipendenti SSN;

b. di **dare atto** che, ove per effetto dell'approvazione dei provvedimenti attuativi di cui al richiamato art. 6, d. l. 80/2021 si rendano necessarie eventuali modifiche al Piano della Performance e/o al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, di cui – rispettivamente – alle Sezioni II e III del Piano Integrato della Performance e dell'Integrità, approvato alla precedente lett. a), si provvederà in sede di approvazione del primo PIAO aziendale;

c. di **dare atto** che, per effetto della individuazione effettuata dalla Direzione Strategica con nota del 18/6/2021 (prot. 79014), il gruppo di lavoro RPCT risulta così costituito:
   - dott. Giuseppe Cifarelli, coadiutore amministrativo senior, in servizio presso la U.O.S. Affari Generali – Ufficio Delibere, per le attività di segreteria;
   - dott.ssa Anastasia Magurano, collaboratore amministrativo professionale in servizio presso la Struttura Burocratico Legale;
   - dott.ssa Marialessandra Nacucchi, collaboratore amministrativo professionale in servizio presso l'Area Gestione Risorse Finanziarie;
   - dott. Pierfrancesco Romanelli, collaboratore amministrativo professionale in servizio presso il Dipartimento Salute Mentale;

d. di **aggiornare** la rete dei referenti RPCT presso le Macrostrutture aziendali, come di seguito riportato:
   1. avv. Anna Faretra, dirigente avvocato - Struttura Burocratico Legale;
   2. dott.ssa Francesca Pallotta, collaboratore professionale sanitario tecnico della prevenzione - Dipartimento di Prevenzione;
   3. dott.ssa Luana Natale, collaboratore amministrativo professionale - Area Gestione Tecnica;
   4. dott. Tommaso Depergola, Direttore Amministrativo Dipartimento Assistenza Territoriale - Distretti Socio Sanitari;
   5. dott.ssa Pia Inversi, collaboratore professionale sanitario infermiere - Direzioni delle Professioni Sanitarie Ospedaliere e Territoriali;

6. dott. Gioacchino De Pinto, Responsabile - U.O.S. Impegni e liquidazioni, ciclo attivo e passivo - Area Gestione Risorse Finanziarie;
7. avv. Giampaolo Parisi, incaricato di posizione organizzativa AAGG - Direzione Strategica;
8. dott.ssa Letizia Veronico, Responsabile - U.O.S. Trattamento giuridico-economico-previdenziale - Area Gestione Risorse Umane;
9. dott. Fabio Schino, Responsabile – U.O.S. Gestione Rapporti Convenzionali;
10. dott. Vincenzo Defilippis, Direttore – U.O.C. Medicina Forense, Rischio Clinico, Qualità e Formazione (salvo quanto previsto *infra* per la U.O.S. Formazione);
11. dott.ssa Marilena Lepore, collaboratore amministrativo professionale U.O.S. Privacy e dott.ssa Maria Lucia Simeone, assistente amministrativo U.O.S. URP – U.O.C. Servizio di informazione e comunicazione istituzionale;
12. dott. Vittorio Zanframundo, Responsabile U.O.S. Organi e Controlli interni – U.O.C. Controllo di gestione;
13. ing. Marco Torres, dirigente analista – U.O. Analisi e Sviluppo Software Informatico;
14. dott.ssa Almagrazia Giannandrea, dirigente farmacista – Dipartimento Gestione del Farmaco;
15. dott. Vincenzo Napoliello, Responsabile - U.O.S. Acquisizione servizi – Area Gestione del Patrimonio;
16. dott.ssa Rosa Delli Santi, incaricata di posizione organizzativa DDP/DSM – Dipartimento Dipendenze Patologiche e Dipartimento Salute Mentale;
17. rag. Nicola Albore, collaboratore amministrativo professionale – SET 118;
18. dott. Giancarlo Ciaula, collaboratore amministrativo professionale – Area Servizio Socio Sanitario;
19. ing. Nicola Sansolini, Direttore F.F. - Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale;
20. sig. Mario Malcangi, incaricato di posizione organizzativa - U.O. Statistica ed Epidemiologia;
21. dott.ssa Rosa Ranieri, Responsabile - U.O.S.V.D. Valutazione Appropriatezza Prestazioni Ricoveri;
22. dott. Leonardo Santorsola, collaboratore amministrativo professionale - U.O.S. Formazione;
23. dott. Francesco Paolo Polemio, Direttore f.f.- U.O.C. Medicina del lavoro e sorveglianza sanitaria;
24. dott.ssa Rachele Popolizio, Direttore Amministrativo – PP.OO. Nord;
25. dott. Francesco Luongo, Direttore Amministrativo – PP.OO. Sud;
26. dott. Carmine Parlati, dirigente medico – RULA;
27. ing. Rocco Mario Ianora, Direttore – U.O.C. HTA ed Ingegneria Clinica;
28. avv. Marco Calabriso, collaboratore amministrativo professionale – Sperimentazioni Cliniche e OIV/STP;

e. di **nominare**, ai sensi dell'art. 11, Provvedimento UIF del 23/4/2018, il Direttore AGRF, quale gestore delle operazioni sospette di riciclaggio di denaro;

f. di **istituire**, a supporto del gestore come innanzi nominato, la rete dei referenti Antiriciclaggio, composta dai medesimi soggetti individuati quali referenti RPCT per i procedimenti rilevanti ai sensi dell'art. 10, d. lgs. 90/2017 (*autorizzazione o concessione; procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici; concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati*), come da indicazioni formulate per le vie brevi dalla Direzione Strategica:

1. dott.ssa Francesca Pallotta, collaboratore professionale sanitario tecnico della prevenzione - Dipartimento di Prevenzione;
2. dott.ssa Luana Natale, collaboratore amministrativo professionale - Area Gestione Tecnica;
3. dott. Vincenzo Napoliello, Responsabile - U.O.S. Acquisizione servizi – Area Gestione del Patrimonio;
4. ing. Rocco Mario Ianora, Direttore – U.O.C. HTA ed Ingegneria Clinica;
5. dott. Tommaso Depergola, Direttore Amministrativo Dipartimento Assistenza Territoriale - Distretti Socio Sanitari;

g. di **demandare** al CUG la trasmissione alle OOSS, tanto del POLA quanto del Piano delle Azioni Positive, per eventuali osservazioni ed integrazioni e che, per effetto della valutazione delle stesse, entrambi i documenti potranno essere oggetto di successive modifiche in corso d'anno, all'uopo demandando la predisposizione della relativa proposta di deliberazione al medesimo CUG;

h. di **demandare**, altresì, la trasmissione della presente deliberazione, a cura del Coordinatore della STP, ai Direttori ed ai Dirigenti Responsabili di tutte le strutture aziendali, tramite rete intranet aziendale, e, per il loro tramite, a tutti i dipendenti;

i. di **trasmettere** il presente provvedimento, a cura del segretario della STP di supporto all'OIV, al medesimo Organismo e al Collegio Sindacale, nonché al Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio di denaro, nominato alla precedente lett. e) ed alla rete dei referenti Antiriciclaggio, istituita alla precedente lettera f);

j. di **trasmettere**, infine, il presente provvedimento, a cura dell'RPCT, alla Regione Puglia, Segreteria Generale della Presidenza – Sezione Affari istituzionali e giuridici, ai fini di cui alla d.G.R. 48/2018, istitutiva del Network dei RPCT di Regione Puglia, ASL regionali, IRCCS regionali, AOU regionali, IZS Puglia e Basilicata, nonché al Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti della Regione Puglia;

k. di **demandare** all'URP la pubblicazione del presente provvedimento deliberativo, ai sensi del d.lgs. 33/2013 e delle indicazioni fornite con delibera ANAC 1310/2016, sul sito istituzionale dell'ASL di Bari nella sezione "Amministrazione Trasparente", sia alla sotto sezione "Performance" che alla sotto sezione "Altri contenuti – Prevenzione della corruzione";

l. di **dare atto** che dal presente provvedimento non derivano oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;

m. di **attestare** di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, *ex* art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6 e 7, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, al paragrafo 20 del vigente PTPCT 2020/2022, adottato con d.D.G. 76/2020 – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-*bis*, d. lgs. 165/2001.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

PIANO TRIENNALE INTEGRATO DELLA PERFOMANCE E DELL'INTEGRITA'

Anni 2022-2024

ASL Bari
PugliaSalute

Sommario

SEZIONE I - L'AMMINISTRAZIONE E L'ANALISI DEI CONTESTI INTERNO ED ESTERNO 5

1. VERSO IL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE 5

2 MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE 7

2.1 Chi siamo 7
2.2 Cosa facciamo 7
2.3 Come operiamo 7
2.4 L'ASL Bari "in cifre" 8
2.4.1 Territorio e popolazione 8
2.4.2 Assistenza Ospedaliera 9
2.4.3 Assistenza Distrettuale 15
2.4.4 Prevenzione 20
2.4.5 Dipendenze Patologiche 24
2.4.6 Salute Mentale 25

3 CONTESTO INTERNO ED ESTERNO 28

3.1 Analisi del contesto esterno 28
3.2 Analisi del contesto interno 30
3.2.1 Modello organizzativo 30
3.2.2 Risorse umane 32
3.2.3 Risorse tecnologiche 34
3.2.4 Quadro economico-finanziario degli anni 2019-2020-2021 35
3.2.5 Quadro economico-finanziario di previsione del 2022 37
3.3 Analisi S.W.O.T. 39

SEZIONE II – IL PIANO DELLA PERFORMANCE 40

1 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE 40

2 ALBERO DELLA PERFORMANCE 40

3 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI PLURIENNALI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI ANNUALI 55

4 IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE 59

4.1 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 59
4.2 Sistema di Valutazione della Performance dei sistemi sanitari regionali 61
4.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance 62

5 ALLEGATI TECNICI 63

6 ALLEGATO - PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (D.L. 19 MAG 2020, N. 34, ART. 263 COMMA 4-BIS) . 75

SEZIONE III – IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA .. 76

PREMESSA METODOLOGICA 76

PARTE I IL PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL PTPCT 79

1. Rilievo anticorruzione del modello organizzativo dipartimentale 79

2. Il processo di elaborazione del PTPCT: soggetti interni ed esterni, ruoli e responsabilità 82
3. La nuova metodologia di analisi, valutazione e trattamento del rischio – esiti del monitoraggio 2021 ... 87
4. Gli obiettivi strategici in materia di integrità: il collegamento tra PTPCT e ciclo della performance/programmazione di budget 92
5. Integrazione tra il PTPCT e i sistemi di misurazione della performance e di controllo interno 94
6. Il contesto esterno specifico 97
a. Principali stakeholder di riferimento in tema di integrità 97
b. Contesto criminale 98
7. Il contesto interno e la mappatura dei processi alla luce della nuova organizzazione dipartimentale aziendale 102
8. La programmazione del monitoraggio per il biennio 2022-2023 104

PARTE II LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 106

1. Le misure generali 106
a. Trasparenza 106
b. Codice di comportamento dei dipendenti ASL BA 106
c. Disciplina del conflitto di interessi: obblighi di comunicazione e di astensione– Distinzione tra mal-administration e conflitto di interessi 108
d. Inconferibilità di incarichi dirigenziali ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; formazione di commissioni di gara e concorso ed assegnazione agli uffici, in caso di condanna penale per reati contro la pubblica amministrazione 112
e. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage) 115
f. Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali 117
g. Rotazione del personale 120
h. Tutela del whistleblower 128
i. Formazione sui temi dell'integrità e della trasparenza 130
j. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile 131
k. Informatizzazione dei processi e Responsabile per la transizione al digitale (RTD) 132
l. Ricognizione delle tipologie di procedimento 134
m. Patti di integrità 135
n. Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) e Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche 135
o. Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio 136
2. Le misure specifiche per il SSN: aggiornamento PNA 2015 e PNA 2016 139
a. Attività Libero Professionale 139
b. Liste di attesa 140
c. Rapporti con soggetti erogatori (privati accreditati) 140
d. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni 141
e. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero ovvero di assistiti MMG-PLS 142
f. COVID-19 – appalti legati alla gestione e contrasto emergenza, campagna vaccinale e attività di rendicontazione liberalità 143
g. PNRR – attuazione Missione 6 "Salute" 145
3. Ulteriori misure trasversali: rapporti con società controllate e partecipate 146

PARTE III LA MISURA DELLA TRASPARENZA 147

Premessa 147
1. Definizione del riparto di competenze per la elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili 148
2. Modalità di elaborazione, trasmissione e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Azienda 148

3. Modalità di controllo e monitoraggio del corretto adempimento degli obblighi di pubblicità 149
4. Modifiche alla sezione Amministrazione Trasparente ed obblighi di pubblicazione ulteriori 150
5. Accesso civico e Registro degli accessi 152
a. Accesso civico semplice 152
b. Accesso civico generalizzato 153
c. Mancato o ritardato riscontro della Macrostruttura e istanza di riesame avverso il diniego di accesso – titolare del potere sostitutivo 154
d. Registro degli accessi civici 154

ALLEGATI 155

1. Tabella misure anticorruzione; 155
2. Tabella obblighi di pubblicazione 155
3. Questionario rilevazione dipendenti S.S.N.. 155

Sezione I - L'Amministrazione e l'analisi dei contesti interno ed esterno

1. Verso il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Tra le misure che concorrono all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e con il dichiarato fine di rafforzare la capacità funzionale della pubblica amministrazione, l'art. 6, d. l. 80/2021 ha introdotto e disciplinato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Previsto come obbligatorio per la maggior parte delle pubbliche amministrazioni, il PIAO è chiamato a definire, su base triennale e con aggiornamento annuale a scorrimento, i principali assetti programmatori dell'azione amministrativa, apparentemente con la sola esclusione dei profili di carattere squisitamente economico.

Si tratta, in particolare:

a. degli obiettivi programmatici e strategici della performance, sostituendosi al **Piano della Performance** (art. 10, d. lgs. 150/2009);
b. della strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante ricorso al lavoro agile, sostituendosi al **Piano Organizzativo del Lavoro Agile** (POLA, art, 263, d. l. 34/2020);
c. degli strumenti ed obiettivi del reclutamento di nuove risorse e valorizzazione delle risorse interne, sostituendosi al **Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale** (PTFP, art. 6, d. lgs. 165/2001);
d. degli strumenti e fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione, sostituendosi al **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione** e per la Trasparenza (PTPCT, art. 1, l. 190/2012).

A questi contenuti, si aggiungono:

- elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare 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;
- modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della **parità di genere**, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Quanto ai tempi per l'adozione del PIAO, come noto in sede di prima applicazione per l'anno 2022, con il recente art. 1, d. l. 228/2021 (attualmente in via di conversione in legge), sono state introdotte modifiche all'art. 6, d. l. 80/2021, nel senso di posticipare:

- al 31/3/2022, tanto il termine di cui al c. 5, entro il quale con D.P.R. saranno "individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti" dal PIAO, quanto il termine di cui al successivo c. 6, entro il quale con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, sarà adottato un PIAO tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni tenute all'applicazione della disposizione in parola;

- al 30/4/2022, il termine di cui al c. 6-bis, entro cui le pubbliche amministrazioni sono tenute all'adozione del primo PIAO.

La sospensione, fino al 30/4/2022, della disciplina sanzionatoria dettata dal c. 5, art. 10, d. lgs. 150/2009 (per la mancata adozione – per quanto in questa sede rileva – del Piano della *Performance*, entro il termine del 31 gennaio di ciascun anno, ordinariamente previsto), e il differimento al 30/4/2022 del termine per l'adozione del PTPCT 2022/2024, disposto dall'ANAC con deliberazione n. 1 del 12/1/2022, in ragione tanto del protrarsi dell'emergenza pandemica quanto della "*necessità che le scadenze in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione siano coerenti con il sistema che il legislatore ha, da ultimo, inteso delineare*", testimoniano l'avvio di uno straordinario processo di rivisitazione, riorganizzazione e semplificazione degli strumenti di programmazione applicabili alle amministrazioni pubbliche.

Non può, d'altro canto, sottacersi che il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (la cui integrazione è, per la verità, già desumibile dalla disposizione di cui all'art. 1, c. 8-*bis*, l. 190/2012) sono il frutto di un lavoro di programmazione che si snoda per tutto il corso dell'anno, passando attraverso le fasi di assegnazione di obiettivi e misure alle articolazioni interne all'Amministrazione, di monitoraggio intermedio e adozione dei necessari correttivi, mediante il coinvolgimento di tutti gli attori interni ed esterni previsti dal legislatore.

Già all'indomani dell'entrata in vigore dell'art. 6, d.l. 80/2021, pertanto, pur nelle more della definizione degli strumenti normativi attuativi di cui ai cc. 5 e 6, questa Azienda ha immediatamente avviato una prima fase di integrazione documentale relativa ai due Piani della *Performance* e per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, che trova espressione concreta nel presente atto.

Così facendo, l'Azienda ha confermato la propria fiducia nella capacità dell'ordinamento di superare gli innegabili profili di debolezza del complesso processo avviato a livello nazionale, conseguenti alla eterogeneità dei contenuti del PIAO.

Solo nella misura in cui il Governo riuscirà effettivamente a fornire efficace supporto alle Amministrazioni pubbliche (mediante una significativa attività di semplificazione ed accorpamento di atti ed adempimenti assorbiti dal PIAO, unita alla tempestiva definizione e diffusione di un PIAO tipo, agevolandone la concreta predisposizione da parte delle Amministrazioni), infatti, l'anzidetto strumento unico di programmazione potrà davvero essere strumento a beneficio della collettività e non l'ennesimo adempimento formale imposto alle Amministrazioni, per di più, ad invarianza finanziaria.

Certamente, dunque, con il d. l. 80/2021, il Governo conferma il ruolo centrale della Pubblica Amministrazione nell'attuazione del PNRR, ampiamente consapevole del fatto che proprio sull'azione della Amministrazione pubblica è necessario intervenire per evitare che, nei relativi ingranaggi, possano incagliarsi gli interventi attuativi del PNRR.

Con il presente documento, dunque, questa Azienda prova a muoversi nel senso delineato dal d.l. 80/2021 e "conclude" il lavoro programmatorio di un anno, dando "avvio" al primo Piano Integrato di Performance ed Integrità, pur riservandosi di adottare entro il 30 aprile p.v. gli eventuali correttivi che dovessero rendersi necessari per effetto dell'adozione delle indicazioni nazionali di cui innanzi.

2 Modello organizzativo aziendale

2.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale di Bari è stata istituita con Legge regionale n. 39 del 28/12/2006 ed è nata dalla fusione delle quattro preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della ex Provincia di Bari (BA/2, BA/3, BA/4 e BA/5).

L'Azienda Sanitaria Locale di Bari ha sede legale in Bari, Lungomare Starita 6, ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, ai sensi e per effetto di quanto previsto all'art. 3, comma 1-bis del D. L. vo 502/1992 e s.m.i..

Gli Organi dell'Azienda Sanitaria Locale, ai sensi del D.Lgs.n.502/92 e ss.mm.ii., sono: il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

L'indirizzo del sito internet istituzionale dell'ASL Bari è *www.sanita.puglia.it/web/asl-bari.*

Il logo aziendale, adottato con D.D.G.n.960 del 03/06/2021, in applicazione delle linee guida regionali del Progetto Regionale "Hospitality", di cui alle DD.R.G. n. 2261 del 21.12.2017 e n. 671 del 9.04.2019, è quello di seguito raffigurato:

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda svolge le funzioni ad essa assegnate dalla legge come organo del Servizio Sanitario Regionale, perseguendo la promozione e la tutela della salute dell'individuo e della collettività.

L'Azienda ha la *mission* di promuovere la salute agendo sulle comunità locali per ridurre i fattori di rischio ed i comportamenti dannosi e curare le persone ammalate fornendo, in maniera integrata, le prestazioni sanitarie di più elevata qualità possibile, con l'uso efficiente ed appropriato delle risorse disponibili, ponendo il cittadino al centro della propria azione. I Livelli Essenziali di Assistenza vengono assicurati garantendo agli operatori un ambiente lavorativo in cui sono ridotti al minimo i rischi e sono valorizzati l'impegno e le competenze, anche mediante congrui percorsi formativi.

La *Vision* aziendale persegue l'eccellenza clinica ed assistenziale, la centralità dell'utente durante la definizione e nell'attuazione di percorsi e protocolli assistenziali, la partecipazione dei cittadini alle fasi di programmazione delle attività e di valutazione dei servizi erogati, la partecipazione e lo sviluppo delle risorse umane favorendo il confronto interdisciplinare e interprofessionale, lo sviluppo dell'innovazione e la diffusione della cultura del cambiamento, la revisione sistematica della qualità dei servizi, l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera ed l'assistenza territoriale.

2.3 Come operiamo

L'Azienda, per la realizzazione della propria *mission*, assume quali principi guida il rispetto della persona e la centralità del cittadino, l'equità, la trasparenza e l'etica professionale, la tutela della privacy, la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo, l'appropriatezza e l'adozione di

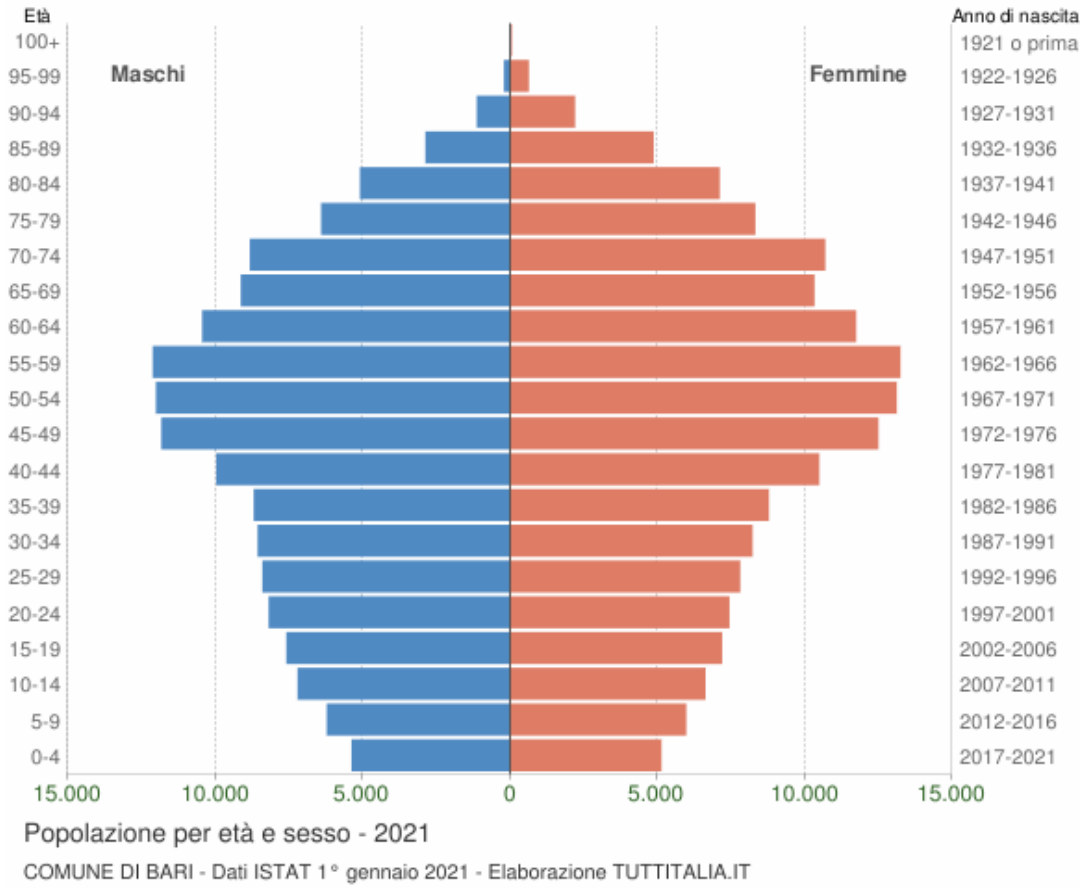
strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, la sostenibilità economica e finanziaria, l'efficienza e la qualità dei servizi, l'innovazione tecnologica ed organizzativa.

2.4 L'ASL Bari "in cifre"

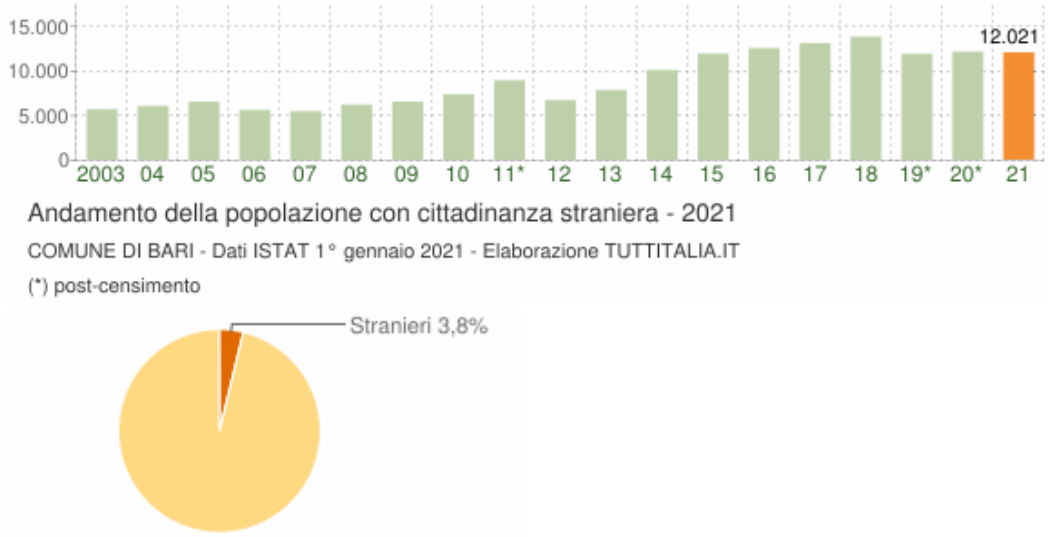
2.4.1 Territorio e popolazione

La ASL Bari opera su un territorio di 3.862,88 Km^2, coincidente con la provincia di Bari, oggi Città Metropolitana di Bari, su cui risiedono complessivamente n.1.222.818 abitanti, con una densità pari a n.316,5 abitanti per Km^2, distribuiti in 41 comuni a loro volta suddivisi in n.12 Distretti Socio Sanitari. La distribuzione della popolazione per fasce di età, al 01/01/2021 è la seguente (Fonte: ISTAT):

Fascia d'età	Maschi	Femmine	Totale
0	4.316	3.957	**8.273**
1 - 4	19.365	18.260	**37.625**
5 - 14	56.544	53.484	**110.028**
15 - 44	214.597	209.340	**423.937**
45 - 64	179.250	189.987	**369.237**
65 - 74	67.395	74.929	**142.324**
+ di 74	54.944	76.450	**131.394**
TOTALE	596.411	626.407	**1.222.818**



Gli stranieri residenti a Bari al 1° gennaio 2021 (dati provvisori in attesa dei dati definitivi del Censimento permanente della popolazione) sono 12.021 e rappresentano il 3,8% della popolazione residente.



2.4.2 Assistenza Ospedaliera

Come noto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in data 11/03/2020 ha dichiarato il coronavirus (c.d. CoVID-19) una situazione pandemica.

Lo stato di emergenza, in ambito nazionale, è stato dichiarato inizialmente con deliberazione del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 e poi prorogato per tutto il 2020 e il 2021. Da ultimo con D.L. 24 dicembre 2021, n. 221 lo stato di emergenza nazionale causato dalla diffusione del CoVID-19 è stato prorogato fino al 31 marzo 2022.

La dichiarazione dello stato di emergenza serve a fronteggiare situazioni che per intensità ed estensione richiedono l'utilizzo di mezzi e poteri straordinari, come per l'appunto l'attuale situazione pandemica da Covid-19.

L'emergenza sanitaria internazionale citata si manifesta, naturalmente, anche sui dati strutturali e di attività dell'anno 2021 come di seguito riportato.

Sono ubicati nel territorio di competenza della ASL n.5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta, n.5 Case di Cura convenzionate accreditate, n.1 Ospedale Ente Ecclesiastico, Ospedale "Miulli", e n.1 IRCCS privato "Salvatore Maugeri".

I posti letto esistenti ed utilizzabili delle strutture a gestione diretta nel 2021 sono stati pari a n.1662, di cui n.306 dedicati all'emergenza sanitaria causata dalla diffusione del virus CoVID-19, così suddivisi:

ASL Bari
PugliaSalute

Presidio a gestione diretta	2019	2020	2020 (di cui CoVID)	2021*	2021 (di cui CoVID)*
P.O. della Murgia	**187**	**245**	**64**	**265**	**64**
P.O. San Paolo (compreso Osp. di Molfetta, Osp. di Corato, Osp. di Terlizzi)	**546**	**629**	**108**	**629**	**108**
Osp. San Paolo	272	297	68	297	68
Osp. di Molfetta	101	101	0	101	0
Osp. di Corato	90	90	0	90	0
Osp. di Terlizzi	83	141	40	141	40
P.O. Monopoli	**167**	**163**	**0**	**163**	**0**
P.O. Putignano	**163**	**241**	**78**	**249**	**78**
P.O. Di Venere (compreso Osp. di Triggiano)	**331**	**300**	**0**	**356**	**56**
Osp. Di Venere	266	270	0	286	16
Osp. di Triggiano	65	30	0	70	40
Totale	**1394**	**1578**	**250**	**1662**	**306**

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte N.S.I.S.

I posti letto accreditati delle strutture convenzionate, dell'Ente Ecclesiastico "Miulli" e dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Salvatore Maugeri" di Cassano delle Murge nel 2021, sono stati pari a n.1960, di cui n.266 dedicati all'emergenza sanitaria causata dalla diffusione del virus CoVID-19, così suddivisi:

Presidi privati convenzionati	P.L. 2019	2020	2020 (di cui CoVID)	2021*	2021 (di cui CoVID)*
Santa Maria	168	175	0	152	0
C. di C. Villa Lucia	73	188	100	180	100
C. di C. Anthea	91	107	0	100	0
Totale Gruppo Villa Maria	**332**	**470**	**100**	**432**	**100**
C. di C. Monte Imperatore	**95**	**123**	**28**	**123**	**28**
CBH Mater Dei	**459**	**489**	**30**	**489**	**30**
Totale Presidi privati convenzionati	**886**	**1082**	**158**	**1044**	**158**
Altre strutture ospedaliere					
ENTE ECCL.OSP.GEN.REG.'MIULLI'	**588**	**697**	**108**	**686**	**108**
IRCCS FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	**230**	**230**	**0**	**230**	**0**
Totale altre strutture ospedaliere	**818**	**927**	**108**	**916**	**108**
Totale	**1704**	**2009**	**266**	**1960**	**266**

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte N.S.I.S.

La rete ospedaliera, pubblica e privata accreditata, garantisce la diagnosi, cura e *follow up* delle malattie in regime d'urgenza e programmato con il supporto dei reparti specialistici e di base. Vengono erogate, inoltre, prestazioni sanitarie in area medica e chirurgica in regime di Day Hospital, Day Surgery ed Ambulatoriale, compreso il Day Service.

Le diverse unità operative degli Ospedali a gestione diretta sono aggregate in una organizzazione dipartimentale che ha la finalità di realizzare l'integrazione delle competenze professionali esistenti in funzione del raggiungimento di comuni obiettivi e sulla base di risorse condivise.

Di seguito sono riportati alcuni dei dati principali riferiti alla attività assistenziale erogata.

ASL Bari
PugliaSalute

Numero accessi in Pronto Soccorso degli Ospedali a gestione diretta

OSPEDALE	2019	2020	2021
Ospedale "S. Paolo" - Bari	50.335	33.251	28.527
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	23.755	17.916	21.488
Ospedale "Umberto I" - Corato	23.565	16.001	17.670
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	10.530	1.870	0
Ospedale "Di Venere" - Bari	45.454	34.928	37.881
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	2.524	0	0
Ospedale della Murgia - Altamura	28.111	17.693	18.723
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	30.541	20.852	25.248
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	26.022	14.864	6.584
Totale ASL BA	**240.837**	**157.375**	**156.121**

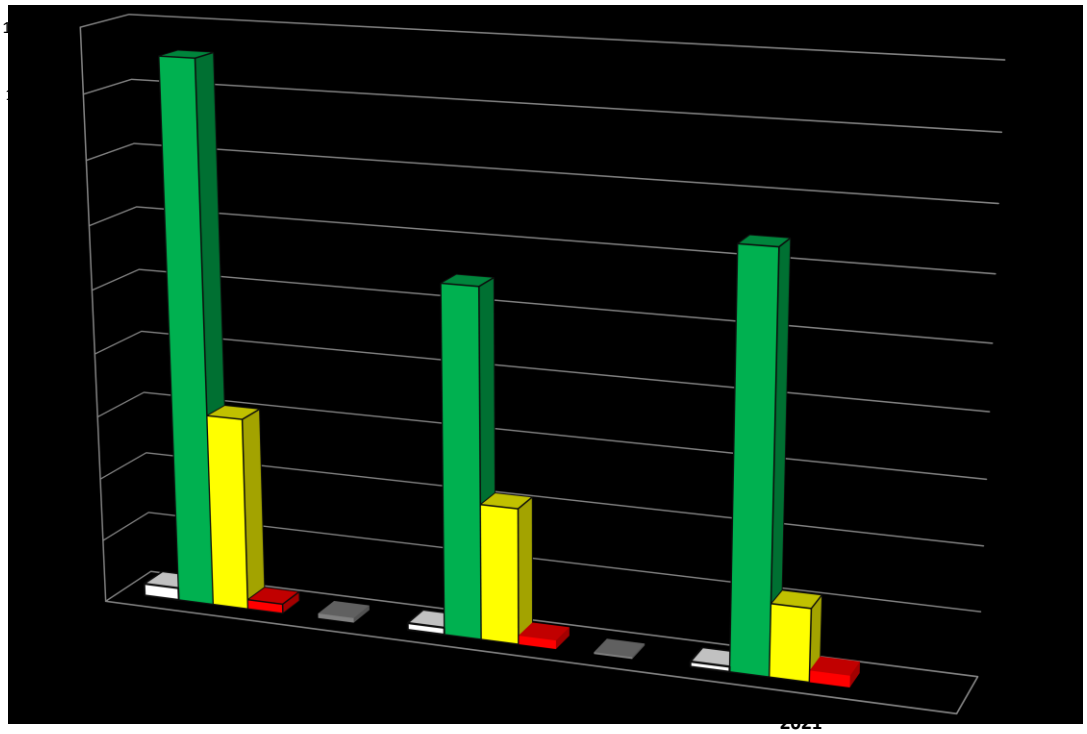
Fonte: Sistema Informativo Sanitario Edotto

Numero accessi in Pronto Soccorso per codice di triage degli Ospedali a gestione diretta

	2019		2020		2021	
Codice	**N.**	**%**	**N.**	**%**	**N.**	**%**
BIANCO	3.871	1,6%	2.165	1,4%	1.586	1,0%
VERDE	171.229	71,1%	109.149	69,4%	127.763	81,8%
GIALLO	61.222	25,4%	42.588	27,1%	22.560	14,5%
ROSSO	3.008	1,2%	2.723	1,7%	3.606	2,3%
NERO	16	0,0%	13	0,0%	11	0,0%
N.D.	1.491	0,6%	737	0,5%	595	0,4%
TOTALE	**240.837**	**100%**	**157.375**	**100%**	**156.121**	**100%**

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Edotto

Numero accessi a P.S. per codice Triage Ospedali a gestione diretta



Come si evince dai dati sopra riportati, l'applicazione negli anni 2020 e 2021 di misure di contenimento della diffusione del CoVID-19 stabilite dal governo per salvaguardare la salute della popolazione, ha ridotto progressivamente gli accessi di Pronto Soccorso esitati in codice bianco nel triennio di riferimento; analoga riduzione si è avuta per i codici gialli mentre i codici verdi, dopo una rilevante riduzione tra il 2019 ed il 2020 hanno riportato un incremento di oltre il 10% tra il 2021 ed il 2020. Gli accessi in codice rosso nel 2021 sono tornati ai valori del 2019 con un sensibile incremento rispetto a quest'ultimo anno.

A partire dal 1 Agosto 2016 la Regione Puglia ha disposto l'apertura del P.S. CBH presso la "Mater Dei".

Numero accessi in Pronto Soccorso Ospedale convenzionato "*Mater Dei*" C.B.H. - Bari
(istituito giusta D.G.R.n.70 del 03/02/2015)

OSPEDALE	2019	2020	2021 *
"Mater Dei" CBH - Bari [dal 01/08/2016]	24.303	15.290	16.856

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte: Sistema Informativo Sanitario Edotto

Per quanto attiene l'attività di degenza, la tabella che segue rappresenta il numero dei ricoveri erogati presso gli Ospedali a gestione diretta.

Numero Ricoveri

OSPEDALE	2019	2020	2021*
Ospedale "S. Paolo" - Bari	9.296	7.258	6.138
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	2.750	2.010	2.058
Ospedale "Umberto I" - Corato	4.051	2.951	3.224
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	1.270	496	445
Ospedale "Di Venere" - Bari	12.610	11.879	12.695
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	323	308	990
Ospedale della Murgia - Altamura	6.260	5.129	5.892
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	6.760	4.997	5.767
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	2.631	2.278	1.316
Totale ASL BA	**45.951**	**37.306**	**38.525**

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte: Controllo di Gestione

Si ribadisce che la rilevante riduzione dei ricoveri degli anni 2020 e 2021 è da riferirsi alla elevata contrazione delle attività sanitarie connessa alla situazione pandemica causata dalla diffusione del coronavirus (c.d. CoVID-19).

Nelle successive tabelle sono riportati altri indicatori di attività.

Peso medio Ricoveri

OSPEDALE	2019	2020	2021 *
Ospedale "S. Paolo" - Bari	1,10	1,20	1,25
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	1,09	1,14	1,21
Ospedale "Umberto I" - Corato	0,69	0,63	0,63
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	0,96	0,97	1,24
Ospedale "Di Venere" - Bari	1,11	1,13	1,14
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	1,28	1,19	1,43
Ospedale della Murgia - Altamura	0,94	1,04	1,22
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	0,88	0,92	0,98
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	1,23	1,26	1,52
Totale ASL BA	**1,01**	**1,06**	**1,12**

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte: Controllo di Gestione

Percentuale Parti cesarei

OSPEDALE	2019	2020	2021*
Ospedale "S. Paolo" - Bari	46,73%	42,91%	46,58%
Ospedale "Umberto I" - Corato	43,88%	46,17%	42,33%
Ospedale "Di Venere" - Bari	35,24%	33,78%	36,14%
Ospedale della Murgia - Altamura	32,21%	30,37%	28,05%
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	28,98%	31,27%	29,35%
Totale ASL BA	**37,35%**	**36,80%**	**36,40%**

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte: Controllo di Gestione

Percentuale di pazienti > 65 aa ricoverati per Frattura di femore e operati entro 2 giorni

OSPEDALE	2019	2020	2021 *
Ospedale "S. Paolo" - Bari	80,86%	80,95%	87,10%
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	83,78%	82,47%	84,91%
Ospedale "Umberto I" - Corato	60,71%	100,00%	
Ospedale "Di Venere" - Bari	95,71%	96,50%	98,65%
Ospedale della Murgia - Altamura	85,62%	92,14%	88,96%
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	76,56%	87,29%	85,56%
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	84,91%	77,42%	
Totale ASL BA	**85,01%**	**88,65%**	**90,31%**

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte: Controllo di Gestione

La percentuale di pazienti >65 aa. operati entro 2 giorni dal ricovero per frattura di femore è uno degli indicatori di processo utilizzati, nel corso degli anni, per perseguire l'obiettivo di *clinical governance* nelle strutture ospedaliere aziendali a gestione diretta. Come evidenziato dalla matrice sopra riportata, tale indicatore risulta in costante miglioramento, nel triennio di riferimento, nel suo valore medio attestandosi nel 2021, come dato da confermare, ad oltre il 90% ovvero nella fascia più alta degli standard di qualità considerati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.). In particolare l'Ortopedia dell'Ospedale "Di Venere" di Bari risulta essere nel 2020 al top in Italia per la frattura del collo del femore operata entro le 48 ore ovvero al primo posto per operazioni chirurgiche eseguite tempestivamente, tra i 193 ospedali italiani ad alto volume d'interventi, in grado cioè di superare la soglia di 150 in un anno.

Numero prestazioni ambulatoriali

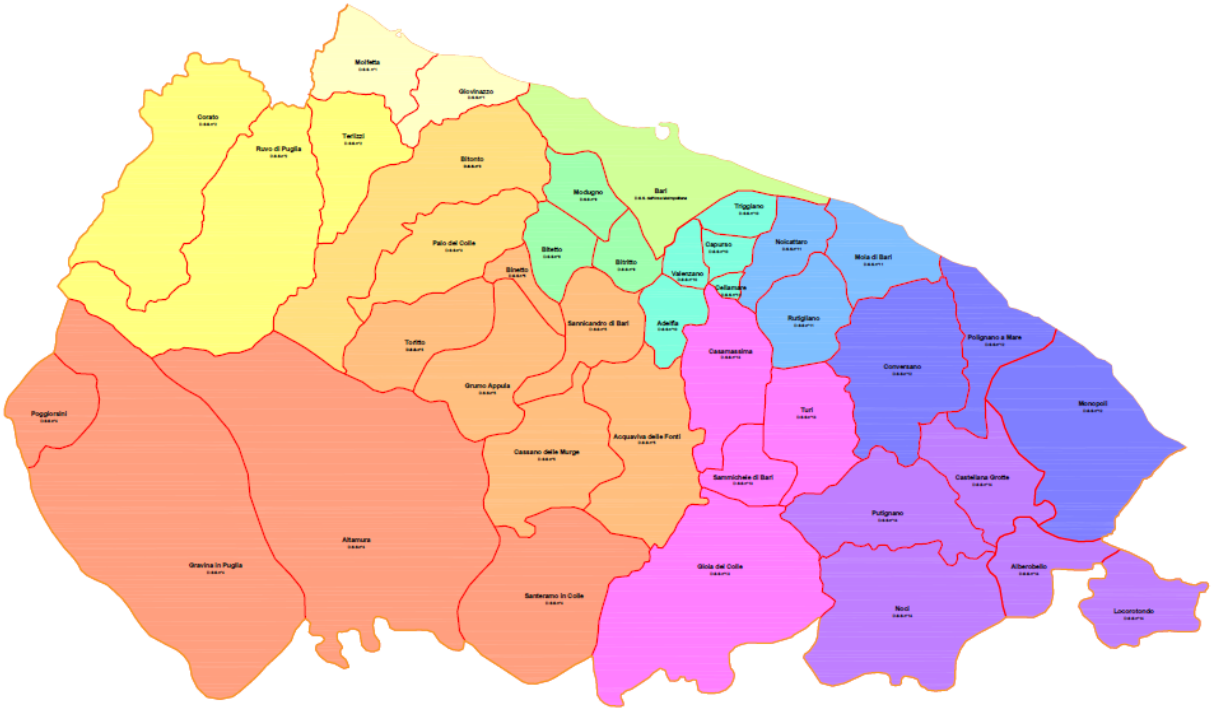
OSPEDALE	2019	2020	2021*
Ospedale "S. Paolo" - Bari	816.563	557.447	700.440
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	353.846	305.373	336.981
Ospedale "Umberto I" - Corato	239.288	178.453	280.804
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	215.363	193.313	220.453
Ospedale "Di Venere" - Bari	1.070.299	810.592	856.928
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	404.709	280.924	231.557
Ospedale della Murgia - Altamura	686.390	534.171	666.400
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	532.798	452.163	490.411
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	524.674	402.381	633.012
Totale ASL BA	**4.843.930**	**3.714.817**	**4.416.987**

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte: Controllo di Gestione

La rilevante riduzione delle prestazioni ambulatoriali dell'anno 2020 è da riferirsi alla elevata contrazione delle attività sanitarie connessa alla situazione pandemica causata dalla diffusione del nuovo coronavirus (c.d. CoVID-19). Nel corso del 2021, invece, si rileva un incremento del numero delle stesse che raggiunge i valori del 2019.

2.4.3 Assistenza Distrettuale

L'assistenza Distrettuale dell'ASL Bari viene assicurata da n.12 Distretti Socio Sanitari nei quali si suddividono n.41 Comuni secondo la rappresentazione grafica e tabellare che di seguito si riporta.



Distretti Socio Sanitari	Comuni Afferenti
DSS 1 - Molfetta	GIOVINAZZO, MOLFETTA
DSS 2 - Ruvo	CORATO, RUVO DI PUGLIA, TERLIZZI
DSS 3 - Bitonto	BITONTO, PALO DEL COLLE
DSS 4 - Altamura	ALTAMURA, GRAVINA IN PUGLIA, POGGIORSINI, SANTERAMO IN COLLE
DSS 5 - Grumo Appula	ACQUAVIVA DELLE FONTI, BINETTO, CASSANO DELLE MURGE, GRUMO APPULA, SANNICANDRO DI BARI, TORITTO
DSS di Bari (ex DSS 6, 7 ,8)	BARI
DSS 9 - Modugno	BITETTO, BITRITTO, MODUGNO
DSS 10 - Triggiano	ADELFIA, CAPURSO, CELLAMARE, TRIGGIANO, VALENZANO
DSS 11 - Mola di Bari	MOLA DI BARI, NOICATTARO, RUTIGLIANO
DSS 12 - Conversano	CONVERSANO, MONOPOLI, POLIGNANO A MARE
DSS 13 - Gioia del Colle	CASAMASSIMA, GIOIA DEL COLLE, SAMMICHELE DI BARI, TURI
DSS 14 - Putignano	ALBEROBELLO, CASTELLANA GROTTE, LOCOROTONDO, NOCI, PUTIGNANO

La popolazione residente al 01/01/2021 per Comune dell'Area Metropolitana di Bari e per Distretto è la seguente:

	Fascia d'età =>	0		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 - 74		+ di 74		TOTALE		Totale
DISTRETTO	Codice Comune	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	per DSS
DSS n.1	Giovinazzo	48	71	294	287	852	773	3.245	3.232	2.784	3.007	1.181	1.361	954	1.279	9.358	10.010	
	Molfetta	199	157	921	864	2.568	2.427	9.833	9.587	7.886	8.716	3.514	3.818	3.063	4.129	27.984	29.698	77.050
DSS n.2	Corato	200	173	794	688	2.428	2.226	8.714	8.644	6.828	7.315	2.363	2.711	1.779	2.497	23.106	24.254	
	Ruvo di Puglia	92	79	419	393	1.109	1.165	4.489	4.319	3.477	3.690	1.378	1.498	1.128	1.541	12.092	12.685	
	Terlizzi	90	98	434	415	1.240	1.134	4.906	4.744	3.882	3.881	1.516	1.567	964	1.310	13.032	13.149	98.318
DSS n.3	Bitonto	196	176	928	846	2.593	2.443	9.652	9.409	7.735	8.158	2.756	2.952	1.894	2.537	25.754	26.521	
	Palo del Colle	70	86	341	313	1.065	1.008	3.823	3.829	3.040	3.128	1.067	1.147	768	988	10.174	10.499	72.948
DSS n.4	Altamura	316	280	1.363	1.326	3.752	3.683	14.005	13.497	9.486	9.976	3.013	3.340	2.315	3.466	34.250	35.568	
	Gravina in Puglia	161	128	778	745	2.198	2.104	8.574	8.145	5.857	6.016	1.984	2.097	1.629	2.252	21.181	21.487	
	Poggiorsini	1	5	20	15	46	47	290	230	190	190	54	77	77	86	678	650	
	Santeramo in Colle	97	73	386	409	1.239	1.113	4.787	4.689	3.666	3.777	1.432	1.476	1.096	1.497	12.703	13.034	139.551
DSS n.5	Acquaviva delle Fonti	81	55	303	275	912	825	3.425	3.408	2.858	3.108	1.200	1.272	961	1.410	9.740	10.353	
	Binetto	7	6	39	45	125	94	417	403	301	317	115	115	79	87	1.083	1.067	
	Cassano delle Murge	60	60	253	240	721	650	2.618	2.579	2.173	2.264	862	840	544	764	7.231	7.397	
	Grumo Appula	48	37	180	176	579	545	2.353	2.132	1.826	1.817	644	694	534	689	6.164	6.090	
	Sannicandro di Bari	52	34	177	143	472	425	1.884	1.689	1.464	1.430	521	502	377	489	4.947	4.712	
	Toritto	36	23	116	136	357	376	1.529	1.435	1.146	1.232	467	448	384	491	4.035	4.141	66.960
DSS di Bari	Bari	990	932	4.358	4.203	13.422	12.639	51.623	49.997	46.362	50.720	17.907	20.980	15.732	23.138	150.394	162.609	313.003
DSS n.9	Bitetto	34	39	201	211	641	636	2.178	2.174	1.719	1.723	594	638	453	590	5.820	6.011	
	Bitritto	56	43	224	200	581	560	1.978	2.045	1.746	1.819	607	610	358	450	5.550	5.727	
	Modugno	110	131	598	582	1.879	1.753	6.379	6.464	5.445	5.658	2.099	2.484	1.615	2.017	18.125	19.089	60.322
DSS n.10	Adelfia	56	47	249	234	753	718	2.857	2.808	2.521	2.695	902	961	733	956	8.071	8.419	
	Capurso	51	49	242	256	695	703	2.624	2.666	2.300	2.381	857	932	657	813	7.426	7.800	
	Cellamare	26	29	105	108	309	313	1.061	1.096	908	931	245	248	156	212	2.810	2.937	
	Triggiano	86	89	405	391	1.235	1.171	4.525	4.541	3.944	4.236	1.466	1.639	1.048	1.450	12.709	13.517	
	Valenzano	65	67	272	218	807	729	2.887	2.883	2.646	2.907	1.006	1.116	765	1.020	8.448	8.940	81.077
DSS n.11	Mola di Bari	74	79	348	302	1.043	941	4.142	3.978	3.695	3.802	1.515	1.638	1.310	1.703	12.127	12.443	
	Noicattaro	108	87	475	433	1.272	1.212	4.815	4.742	3.922	4.054	1.336	1.341	944	1.239	12.872	13.108	
	Rutigliano	64	77	314	311	846	803	3.391	3.301	2.699	2.830	967	1.004	807	1.007	9.088	9.333	68.971
DSS n.12	Conversano	91	78	432	375	1.195	1.209	4.515	4.352	3.872	3.998	1.341	1.591	1.253	1.511	12.699	13.114	
	Monopoli	151	149	733	706	2.050	1.961	8.134	8.011	7.367	7.587	2.690	2.978	2.198	3.151	23.323	24.543	
	Polignano a Mare	57	62	291	251	769	727	3.078	3.064	2.636	2.678	952	1.085	802	1.039	8.585	8.906	91.170
DSS n.13	Casamassima	78	59	351	318	986	949	3.413	3.401	2.973	3.054	930	1.018	787	1.008	9.518	9.807	
	Gioia del Colle	97	94	426	341	1.238	1.102	4.499	4.320	3.896	4.099	1.624	1.792	1.367	1.978	13.147	13.726	
	Sammichele di Bari	20	12	82	81	252	216	999	935	843	933	362	456	414	566	2.972	3.199	
	Turi	47	40	238	200	546	597	2.168	2.181	1.987	2.019	676	760	632	848	6.294	6.645	65.308
DSS n.14	Alberobello	41	33	146	147	406	409	1.726	1.690	1.539	1.589	649	716	581	810	5.088	5.394	
	Castellana Grotte	69	63	281	285	884	834	3.319	3.318	2.845	2.982	1.093	1.204	808	1.189	9.299	9.875	
	Locorotondo	51	37	234	213	636	554	2.407	2.337	2.025	2.244	788	824	720	1.004	6.861	7.213	
	Noci	57	43	251	245	746	682	3.157	3.011	2.779	2.940	1.095	1.212	908	1.375	8.993	9.508	
	Putignano	83	77	363	333	1.097	1.028	4.178	4.054	3.982	4.086	1.627	1.787	1.350	1.864	12.680	13.229	88.140
Totale		**4.316**	**3.957**	**19.365**	**18.260**	**56.544**	**53.484**	**214.597**	**209.340**	**179.250**	**189.987**	**67.395**	**74.929**	**54.944**	**76.450**	**596.411**	**626.407**	**1.222.818**

Fonte: ISTAT

I Livelli di Assistenza garantiti dalle strutture Distrettuali sono di seguito indicate:

Assistenza sanitaria di base: è la forma di assistenza erogata dal Medico di Base (Medico di Medicina Generale – MMG) o dal Pediatra di Base (Pediatria di libera scelta – PLS). Il cittadino può liberamente scegliere il MMG o il PLS da una lista di medici disponibile presso gli sportelli delle sedi distrettuali dell'ASL e sul sito Internet aziendale. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base i MMG ed i PLS propongono al Distretto l'erogazione delle cure a domicilio con l'apertura di interventi in Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) che prevede anche l'attività infermieristica.

Assistenza farmaceutica: le Farmacie Territoriali dispensano i farmaci prescritti dai MMG, dai PLS, dai Medici Specialisti Ambulatoriali e Ospedalieri.

Assistenza specialistica ambulatoriale: è erogata sia da specialisti che operano nelle sedi distrettuali sia da specialisti in ambito ospedaliero.

Assistenza residenziale e semiresidenziale: comprende una rete di Strutture Residenziali per l'assistenza ad anziani, disabili fisici, psichici e malati terminali non autosufficienti con diversa compromissione dell'autonomia personale. È prevista anche un'assistenza presso centri diurni (assistenza semiresidenziale).

Assistenza continuità assistenziale (ex Guardia Medica) e Servizio di Continuità Assistenziale Pediatrica (SCAP): è attivo nelle ore notturne (dalle 20:00 alle 08.00), nei giorni festivi (dalle 08:00 alle 20:00) e prefestivi (dalle 10:00 alle 20:00).

Emergenza pandemica CoVID-19 - Unità Speciale di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.): L'art.8 del D.L. 9 marzo 2020 n.14 ha previsto che, al fine di consentire al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta o al Medico di Continuità Assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, le Regioni dovessero istituire, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una Unità Speciale di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.) ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da CoVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. Con D.D.G.n.480 del 22/04/2020 è stata approvata la prima graduatoria aziendale di Medici da destinare alle U.S.C.A. aziendali successivamente attivate con nota prot.n.74285 del 07/05/2020 della Direzione Strategica. Successivamente, con D.D.G.n.1086 del 11/08/2020 e su disposizione regionale, tenuto conto della situazione epidemiologica esistente e della situazione in cui versavano i Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. che non riuscivano a soddisfare appieno le incombenze derivanti dall'attività di sorveglianza sanitaria connessa all'emergenza sanitaria, è stato previsto di impiegare le U.S.C.A. a supporto delle seguenti attività:

- inchieste epidemiologiche per i casi confermati di CoVID-19 e attività di *contact tracing*
- sorveglianza sanitaria dei summenzionati casi e dei contatti stretti e atti formali conseguenti
- attività sanitarie collegate a casi confermati e contatti stretti degli stessi
- tamponi a domicilio, negli ambulatori CoVID free e Drive-in Clinics
- in relazione alla campagna antinfluenzale, supporto sia al personale degli ambulatori vaccinali del Dipartimento di Prevenzione e di altre strutture aziendali con copertura di turni straordinari, sia ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
- campagne di sensibilizzazione ed informazione per tutte le azioni di sanità pubblica in relazione all'emergenza CoVID.

Di seguito si riportano i principali dati di attività svolta dalle USCA così come relazionato dal Direttore del Dipartimento di Assistenza Territoriale.

ATTIVITA' USCA	Anno 2020	Anno 2021
Contatti telefonici vs. MMG	454	7012
Contatti telefonici vs. PLS	5	87
Contatti telefonici vs. pazienti	455	9814
Num.accessi domiciliari eseguiti	309	4871
Num.pazienti presi in carico	323	3775
Num. Medici USCA	196	202

L'Azienda opera mediante n.234 strutture a gestione diretta e n.339 strutture convenzionate/accreditate. La tipologia di strutture ed il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle matrici che seguono.

Per le strutture a gestione diretta

Strutt. a gest. Diretta	*Tipo assistenza*											
	Attività clinica	*Diagnostica strument. e per immag.*	*Attività di laborat.*	*Att. Di Consult. Familiare*	*Assist. Psich.*	*Assist. per tossicodip*	*Assistenza AIDS*	*Assist. agli anziani*	*Assist. ai disabili fisici*	*Assist. disabili psichici*	*Assit. ai malati terminali*	*Totale*
Ambulat. Laborat.	*72*	*34*	*25*									***131***
Struttura residenz.le						*1*					*2*	**3**
Struttura semi resid.le					*1*							**1**
Altro tipo di struttura	*29*			*38*	*14*	*18*						**99**
Totale	***101***	***34***	***25***	***38***	***15***	***19***	***0***	***0***	***0***	***0***	***2***	***234***

Fonte: N.S.I.S.

Per le strutture convenzionate

Strutture convenzion.	*Tipo assistenza*											
	Attività clinica	*Diagnostica strumentale e per immag.*	*Attività di laborat.*	*Att. Di Consult. Familiare*	*Assist. Psich.*	*Assist. per tossicodip*	*Assistenza AIDS*	*Assist. agli anziani*	*Assist. ai disabili fisici*	*Assist. ai disabili psichici*	*Assit. ai malati terminali*	*Totale*
Ambulat. Laborat.	*48*	*22*	*60*									***130***
Struttura residenziale					*69*	*9*		*35*	*11*	*23*	*2*	**149**
Struttura semi residenziale					*19*	*1*		*5*		*27*		**52**
Altro tipo di struttura	*8*											**8**
Medico singolo												**0**
Totale	**56**	**22**	**60**	**0**	**88**	**10**	**0**	**40**	**11**	**50**	**2**	**339**

Fonte: N.S.I.S.

I centri/ambulatori di riabilitazione ex art.26, L.n.833/1978 sono n.5, per complessivi n.320 posti letto residenziali e n.134 posti letto semiresidenziali.

Relativamente all'Assistenza Primaria, l'Azienda opera mediante n.980 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.086.652 persone, e n.167 pediatri di libera scelta che assistono complessivamente una popolazione pari a 131.371 persone.

Nell'ambito dell'Assistenza Territoriale il Servizio Socio Sanitario cura la gestione coordinata di servizi ed interventi volti ad assicurare al cittadino non autosufficiente (anziano e disabile) prestazioni socio sanitarie erogate da strutture esterne convenzionate su committenza dei Distretti.

Nelle successive tabelle sono riportati i dati relativi al numero di utenti presi in carico dalle strutture convenzionate:

Tipologia	Num. utenti ricoverati nel 2019	Num. utenti ricoverati nel 2020	Num. utenti ricoverati nel 2021 *
RSA	273	623	456
RSSA Anziani art.66	819	1030	1111
RSSA Anziani psich, stabilizzati	134	140	304
RSSA Disabili art.58	338	420	365
COMUNITA' DISABILI ART 57 - Dopo di noi	92	80	70
Centri Diurni DISABILI ART 60	672	670	744
Centri Diurni DEMENZE ART 60 TER	135	138	279
Art. 70 (Case per la Vita)		230	230
Strutture extra ASL	9	16	15
RSA Lega del Filo d'Oro	28	28	28
CAMA LILA - Ass. domic. AIDS	16	18	19
Totale	**2516**	**3393**	**3621**

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte: Area Socio Sanitaria

L'assistenza e cura di pazienti gravi in fase di malattia avanzata viene assicurata negli *Hospice* pubblici a gestione diretta e negli *Hospice* privati. Di seguito sono riportati i dati riferiti agli utenti ricoverati presso le citate strutture di competenza dell'ASL Bari nel periodo di riferimento:

Tipologia	Num. utenti ricoverati 2021 *	Num. posti letto 2021
Hospice Pubblici	**166**	**16**
Hospice di Grumo Appula	89	8
San Camillo di Monopoli	77	8
Hospice Privati	**564**	**50**
Hospice "A. Marena" di Bitonto	415	30
Hospice "Villa Eden" di Turi	149	20
TOTALE	**730**	**66**

Fonte: Edotto DiSaR
*** dato in fase di consolidamento**

Il riordino della rete ospedaliera ed il trasferimento dei livelli di assistenza dall'ospedale al territorio hanno comportato la necessità di potenziare l'attività sanitaria territoriale da realizzarsi soprattutto attraverso il consolidamento della sua attività. Il numero delle prestazioni ambulatoriali erogate negli anni dal 2019 al 2021 (i dati riferiti a quest'ultimo sono in fase di consolidamento), compreso i Day Service, sono riportati nella matrice che segue:

Numero Prestazioni ambulatoriali

DISTRETTO	2019	2020	2021*
DSS 1	36.907	20.651	21.967
DSS 2	273.336	217.186	274.029
DSS 3	474.899	399.444	489.712
DSS 4	84.559	51.652	123.159
DSS 5	38.093	21.997	28.547
DSS BA	171.974	113.750	133.605
DSS 9	16.371	12.687	14.808
DSS 10	45.495	37.305	46.347
DSS 11	55.420	47.922	56.425
DSS 12	118.128	84.148	93.191
DSS 13	366.569	285.116	147.903
DSS 14	59.082	34.739	46.813
Cure Palliative	1.946	4.042	3.897
Totale	**1.742.779**	**1.330.639**	**1.480.403**

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte: Controllo di Gestione

2.4.4 Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura dipartimentale della ASL (disciplinata dall'art. 13 della L.R. 3 agosto 2006 n. 25) dotata di autonomia gestionale, organizzativa e contabile ed organizzata per centri di responsabilità e centri di costo, ai sensi dell'art.7 e successivi del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

La Regione Puglia emanando il R.R. 30.06.2009, n.13 "Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione" (BURP n.101 del 06.072009), come modificato ed integrato dal R.R. 18.12.2012, n.30 (BURP n.188 Suppl. del 28.12.2012) ha ritenuto i programmi di sanità pubblica e la "visione" di popolazione tipica del Dipartimento (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la gestione e la comunicazione del rischio, ecc.), elementi strategici per realizzare gli obiettivi di salute affidati alle AA.SS.LL.

Con deliberazione del Direttore Generale n.706 del 29.04.2013 è stato recepito il Regolamento Regionale richiamato, determinando la suddivisione del territorio di competenza, ovvero quello riferibile alla ex Provincia di Bari, in tre aree territoriali, definendone l'afferenza per ognuno dei Comuni compresi nel territorio precipuo, come di seguito rappresentato:

Denominazione: AREA NORD - sede Ruvo di Puglia
Comuni: Molfetta, Giovinazzo, Terlizzi, Bitonto, Corato, Ruvo di Puglia, Palo del Colle, Toritto, Grumo Appula, Bitetto, Bitritto, Binetto, Poggiorsini, Gravina in Puglia, Altamura e Santeramo in Colle
Popolazione: 436.020 abitanti circa
Superficie: 2.131,55 Kmq.

Denominazione: AREA METROPOLITANA - sede Bari
Comuni: Bari, Modugno, Triggiano, Capurso e Valenzano
Popolazione: 410.364 abitanti circa
Superficie: 198,77 Kmq.

Denominazione: AREA SUD - sede Putignano
Comuni: Locorotondo, Alberobello, Noci, Gioia del Colle, Cassano delle Murge, Acquaviva delle Fonti, Sammichele di Bari, Turi, Putignano, Castellana Grotte, Monopoli, Sannicandro di Bari, Adelfia, Casamassima, Rutigliano, Conversano, Polignano a Mare, Cellamare, Mola di Bari e Noicattaro
Popolazione: 371.654 abitanti circa
Superficie: 1.595,09 Kmq.

In tale ottica, al fine di conseguire equilibrio ed integrazione tra le azioni di vigilanza e le azioni di sorveglianza e di educazione alla prevenzione, tutte egualmente importanti per sostenere gli obiettivi della Prevenzione, il Dipartimento di Prevenzione svolge le seguenti funzioni:

- la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari presenti negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sulla salute degli inquinanti ambientali;
- le attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce);
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro e le attività lavorative;
- la tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- la sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- la sanità pubblica veterinaria;
- l'attività medico legale.

Sono, altresì, obiettivi generali del Dipartimento di Prevenzione:

- il coordinamento delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative condotte in collaborazione con gli altri Servizi e Dipartimenti della ASL di Bari;
- la valutazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione e di specifici gruppi;
- l'integrazione fra gli interventi di prevenzione collettiva e protezione ambientale;
- la vigilanza sulla corretta applicazione delle norme vigenti relative agli ambienti di vita e di lavoro;
- l'erogazione dei livelli uniformi di prestazioni attraverso il raggiungimento dell'omogeneità degli interventi nel territorio dell'ASL di Bari;
- il garantire la qualità e l'efficacia degli interventi di prevenzione;
- la prevenzione e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di vita e di lavoro;
- l'attuazione delle attività di screening.

La Direzione del Dipartimento di Prevenzione è assicurata dai seguenti organi:

a. Direttore del Dipartimento
b. Comitato di Direzione del Dipartimento

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato nelle predette tre aree territoriali (Area Nord, Area Metropolitana ed Area Sud) composte dalle UU.OO. di seguito indicate, giusta D.D.G.n.1005 del 29/07/2020 e successive n.246/2021 e n.2112/2021:

e. U.O.C. Igiene e Sanità pubblica (SISP Area Metropolitana)
f. U.O.C. Igiene e Sanità pubblica (SISP Area Nord)
g. U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (SISP Area Sud)
h. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Metropolitana)
i. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Nord)
j. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Sud)
k. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Metropolitana)

l. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Nord)
m. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Sud)
n. U.O.S.V.D. Sanità Animale (SIAV A Area Metropolitana)
o. U.O.C. Sanità Animale (SIAV A Area Nord)
p. U.O.C. Sanità Animale (SIAV A Area Sud)
q. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Metropolitana)
r. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Nord)
s. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Sud)
t. U.O.S.V.D. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Metropolitana);
u. U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Nord)
v. U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Sud)
w. U.O.C. Epidemiologia, malattie cronico-degenerative, Registro tumori, ReNCaM e Centro Screening
x. U.O.S.V.D. Screening colon retto - Endoscopia Digestiva
y. U.O.S.V.D. Screening mammario - Radiodiagnostica Senologica
z. U.O.S.V.D. Screening cervice uterina
aa. U.O.S.V.D. Sezione Provinciale COMIMP
bb. U.O.S.V.D. Igiene Industriale
cc. U.O.S.V.D. Randagismo

Principali dati relativi alla copertura vaccinale

Nel triennio 2019-2021 la copertura vaccinale della popolazione residente nell'ambito dell'Area Metropolitana di Bari, viene di seguito rappresentata:

	2019	2020	2021*
Esavalente (24 mesi)	95,86%	95,20%	80,00%
MPR (24 mesi)	95,01%	93,00%	70,00%
Meningococco ACYW	85,04%	66,00%	50,00%
Pneumococco	91,86%	93,00%	78,00%
HPV	66,23%	60,00%	50,00%
Influenza (anziani)	51,90%	62,60%	*

Fonte: Dipartimento di Prevenzione
** dati in fase di consolidamento*

Di seguito si riportano, inoltre, i dati più significativi relativi alla **campagna vaccinale straordinaria anti Covid-19**, attivata alla fine del 2020 e proseguita per tutto il 2021.

Il numero di dosi inoculate dai punti vaccinali della Provincia di Bari aggiornato al 25/01/2022 è il seguente:

PUNTI VACCINALI	1' dose	Ciclo completo	3' dose	TOTALE
Punti vaccinali ASL Bari	1.058.212	979.626	649.642	**2.687.480**
Az.Osp., IRCCS pubbl.e Enti Eccl.	50.407	48.955	37.389	**136.751**
Totale	**1.108.619**	**1.028.581**	**687.031**	**2.824.231**

La copertura della popolazione, over 5 anni, dei rispettivi ambiti territoriali, aggiornata al 25/01/2022, è la seguente:

Ambito territoriale	1' dose	Ciclo completo	3' dose
ASL Bari	91%	86%	56%
Puglia	88%	84%	53%
Italia	81%	82%	54%

Fonte: Sistema Regionale Gestione Informatizzata Anagrafi Vaccinali

Principali dati relativi agli screening oncologici

Relativamente all'estensione ed alla adesione della popolazione target dell'Area Metropolitana di Bari per gli screening oncologici, sono di seguito rappresentate le relative percentuali riferite al periodo 2019-2021:

SCREENING DEL CARCINOMA CERVICO-UTERINO

	2019	2020	2021
Estensione	100%	52%	83%
Adesione	33%	35%	37%

Fonte: UOSVD Screening cervice uterina

SCREENING DEL CARCINOMA MAMMARIO

	2019	2020	2021
Estensione	42%	19%	41%
Adesione	45%	45%	54%

Fonte: UOSVD Screening mammario - Radiodiagnostica Senologica

La ASL Bari, a seguito dell'avvio a livello Regionale dello screening contro il carcinoma del colon retto, ha disposto l'invio dei primi inviti alla popolazione bersaglio nel corso del mese di ottobre 2019. I primi dati significativi si riferiscono all'anno 2021:

SCREENING DEL COLON RETTO

	2021
Estensione	23%
Adesione	15%

Fonte: UOSVD Screening colon retto - Endoscopia Digestiva

2.4.5 Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) è la struttura che ha il compito di fornire assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali (es: gioco d'azzardo, sostanze stupefacenti e psicotrope) in grado di creare dipendenze patologiche , al fine di promuovere uno stile di vita sano, offrendo sempre e comunque risposte alle richieste di aiuto ai cittadini-clienti.

Le finalità tendono a sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate per perseguire gli obiettivi della politica sociosanitaria Regionale ed aziendale, attraverso il coordinamento di tutte le Unità Operative del pubblico e del privato sociale accreditato che si occupano delle dipendenze patologiche.

Il DDP si articola nelle seguenti strutture:

U.O.C. DEL NORD BARESE

Comuni afferenti: Bari, Adelfia, Bitetto, Bitritto, Bitonto, Capurso, Cellamare, Corato, Giovinazzo, Modugno, Mola di bari, Molfetta, Noicattaro, Palo del Colle, Rutigliano, Ruvo di Puglia, Terlizzi, Triggiano, Valenzano.

U.O.C. DEL SUD BARESE

Comuni afferenti: Acquaviva, Alberobello, Altamura, Binetto, Casamassima, Cassano, Castellana, Conversano, Gioia del Colle, Gravina, Grumo, Locorotondo, Monopoli, Noci, Polignano, Poggiorsini, Putignano, Sammichele, Sannicandro, Santeramo, Toritto, Turi.

Di seguito sono riportati gli utenti in carico al Dipartimento delle Dipendenze Patologiche riferiti al periodo 2019-2021.

Confronto dei dati relativi agli utenti in carico al D.D.P. nel triennio 2019-2021

UTENTI IN CARICO	2019	2020	2021
Tossicodipendenti (sostanze illegali e/o farmaci NON prescritti)	3.743	3.199	3.070
Alcolisti	834	575	614
Tabagisti	0	0	3
Giocatori d'azzardo	251	118	202
Altre dipendenze comportamentali	4	3	250
Appoggiati provvisori	141	131	123
Attività medico-legale (patenti, ecc.)	310	180	90
Altre consulenze	224	737	844
Segnalati da prefettura (art.121 o 75) - accesso al Serd senza tratt.	651	307	279
TOTALE	**6.158**	**5.250**	**5.475**

Fonte: Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

2.4.6 Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) è la struttura unitaria attraverso cui l'Azienda assicura tutti i servizi e le attività necessarie alla tutela e alla promozione della salute mentale nei confronti della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento.

Il D.S.M. offre i suoi servizi ai cittadini di ogni fascia d'età ed attua i suoi interventi in un sistema di rete interistituzionale che coinvolge anche altri servizi e strutture dell'Azienda nonché tutti i soggetti, pubblici e privati, che concorrono alla tutela della salute mentale (Enti, Istituzioni, Associazioni e Cooperative del privato sociale ed imprenditoriale, Associazioni di familiari e utenti, gruppi di aiuto e di mutuo aiuto).

Il D.S.M. è pertanto in grado di rispondere all' intera domanda psichiatrica del territorio di riferimento e svolge, in maniera coordinata ed integrata, attività di prevenzione dei disturbi psichici, nonché di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo per i cittadini affetti da disturbi mentali

Il D.S.M. si articola nelle seguenti strutture, giusta D.D.G.n.1005 del 29/07/2020 e successive n.246/2021 e n.2112/2021:

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 1
Comuni afferenti: Molfetta: Giovinazzo, Corato, Ruvo di Puglia, Terlizzi

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 2
Comuni afferenti: Altamura, Acquaviva delle Fonti, Gravina in Puglia, Poggiorsini, Santeramo in Colle, Cassano delle Murge, Toritto, Binetto, Sannicandro, Grumo Appula

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 3
Comuni afferenti: Modugno, Bitetto, Bitritto, Bitonto, Palo Del Colle

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 4
Comuni afferenti: Bari

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 5
Comuni afferenti: Mola di Bari, Rutigliano, Noicattaro, Conversano, Monopoli, Polignano

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 6

Comuni afferenti: Triggiano, Adelfia, Capurso, Cellamare, Valenzano. Gioia Del Colle, Casamassima, Turi, Sammichele di Bari

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 7
Comuni afferenti: Putignano, Castellana Grotte, Alberobello, Locorotondo, Noci

UOC PSICOLOGIA CLINICA

UOSVD - DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA) "Salvatore Cotugno" - Altamura

UOSVD Esordi Psicotici

UOSVD Psichiatria Penitenziaria

SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA (SPDC):

SPDC P.O. Murgia
SPDC Osp. San Paolo
SPDC Osp. Putignano

Di seguito sono riportate le principali prestazioni erogate dalle strutture del D.S.M. nel triennio 2019-2021:

PRESTAZIONI	2021	2020	2019
Visite	57.543	48.686	51.443
Colloqui	93.936	99.130	84.829
Psicoterapie	6.875	5.335	6.562
Interventi	20.991	22.151	37.138
Somministrazioni-erogazioni di farmaci	44.823	47.685	54.631
Accertamenti legali-Relazioni cliniche	4.789	3.321	3.568
Riunioni-Incontri	7.115	5.978	7.301
Altre prestazioni	37.323	13.350	9.543
TOTALE	273.395	245.636	255.015

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

Viene inoltre riportato il numero di ricoveri, riferito al triennio 2019-2021, erogati dalle strutture ospedaliere a gestione diretta ed il numero di utenti seguito presso le strutture residenziali e semiresidenziali afferenti al Dipartimento di Salute Mentale per lo stesso periodo:

	N. Ricoveri 2019	N. Ricoveri 2020	N. Ricoveri 2021*
SPDC	604	489	452
SPDC Ospedale di Triggiano	120		
SPDC Ospedale di Putignano	224	288	270
SPDC Ospedale della Murgia	260	201	182

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte: Controllo di Gestione

Si precisa che, in attuazione del R.R.n.7/2017 e s.m.i. è stata disposta la chiusura del S.P.D.C. di Triggiano e l'attivazione del S.P.D.C. di Putignano, giusta note del Direttore Generale prot.n.95139 e n.95154 entrambe del 08/04/2019.

Relativamente alle strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali di seguito è riportato il numero dei pazienti transitati nelle diverse tipologie di struttura (contrattualizzata e non) presente sul territorio della ASL o al di fuori di esso, con le specifiche di inserimenti e dimissioni per il triennio 2019-2021:

	2019			2020			2021		
Struttura	**Ammissioni**	**Dimissioni**	**Utenti**	**Ammissioni**	**Dimissioni**	**Utenti**	**Ammissioni**	**Dimissioni**	**Utenti**
CRAP (assist. h24)	85	83	338	87	91	351	96	83	361
CRAP autori reato	10	7	24	12	14	37	17	12	31
Comunità Alloggio (assist. h12)	19	15	94	8	8	112	9	8	106
Gruppo Appartamento	7	9	79	7	11	70	16	15	83
Centro Diurno	69	53	498	60	47	447	55	46	337
CRAP per Minori	n.d.	n.d.	n.d.	26	18	94	n.d.	n.d.	n.d.
Comunità per Disturbi Alimentari	n.d.	n.d.	n.d.	5	3	6	3	6	7

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

Viene infine rappresentato il numero di pazienti assistiti nel triennio 2019-2021 dai Centri di Salute Mentale e dal Centro per i Disturbi del comportamento alimentare:

	N. pazienti 2019	**N. pazienti 2020**	**N. pazienti 2021**
Disturbi del comportamento alimentare			
N. pazienti seguiti	200	160	180
C.S.M.			
Contatti attivi	17574	n.d.	15504

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale

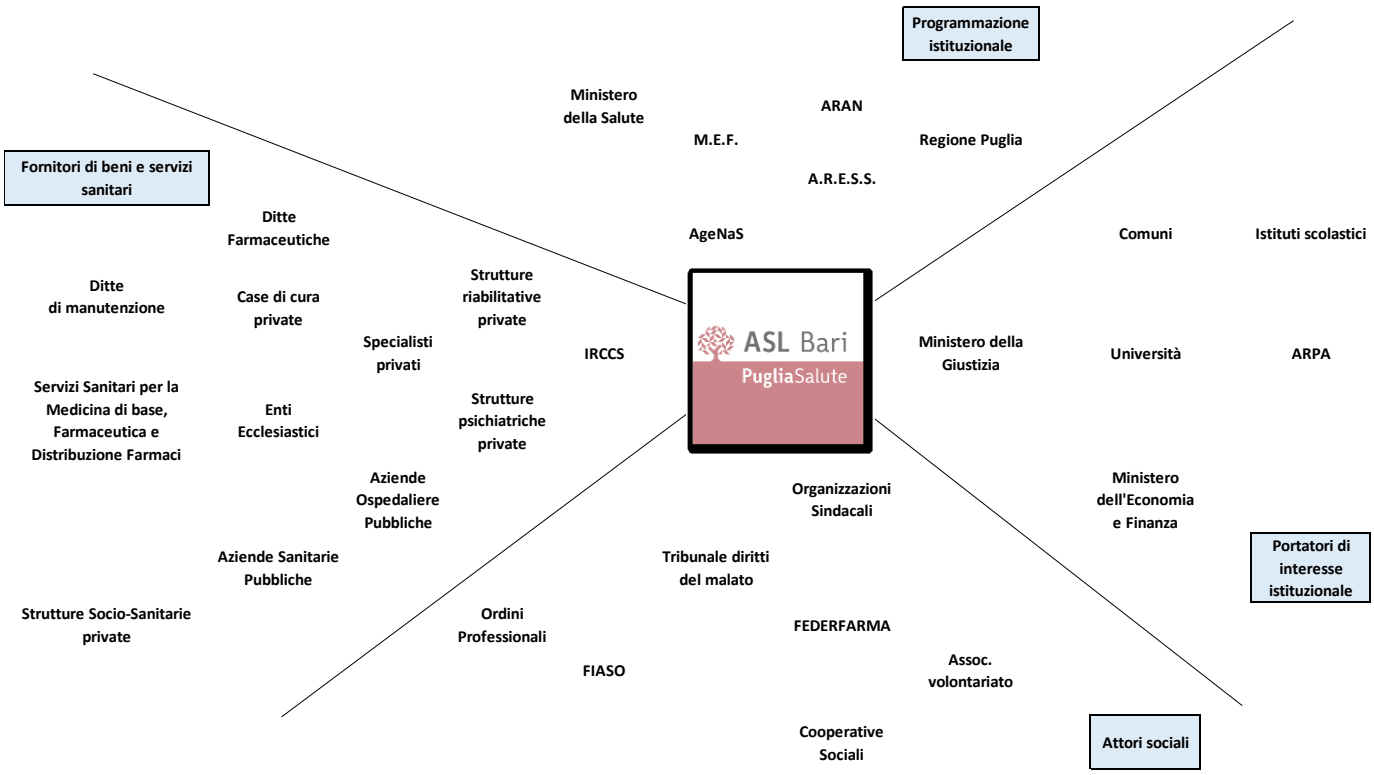
3 Contesto interno ed esterno

3.1 Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno serve a esplorare alcune categorie che incidono con maggiore rapidità e portata su una azienda sanitaria per individuare i cambiamenti rilevanti attuali, emergenti o probabili, e i conseguenti effetti. Tale analisi riguarderà, quindi, il contesto politico, economico, sanitario, tecnologico ed epidemiologico.

Per una azienda sanitaria risulta ugualmente utile individuare i soggetti e le relazioni che compongono il sistema dei portatori di interesse dell'azienda. Questa tecnica tende a concentrare l'attenzione sulle esigenze degli *stakeholder*, e sulle interazioni che si instaurano a livello interistituzionale, dando vita allo sviluppo di azioni strategiche compatibili tra obiettivi aziendali ed istanze dei portatori di interesse.

Mappa degli *stakeholder* esterni ASL



Principali indici demografici del territorio di competenza ASL

Di seguito si riportano alcuni indici demografici della popolazione della Città Metropolitana di Bari, calcolati sulla base delle rilevazioni ISTAT.

L'analisi prende in considerazione il contesto demografico dell'Area Metropolitana di Bari: i dati riferiti ai principali indicatori demografici sono stati tratti dalle rilevazioni ISTAT.

Periodo	2018	2019	2020	2021
tasso di natalità (per mille abitanti)	7,6	7,2	(p) 6,9	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	9,1	9,3	(p) 10,8	..
crescita naturale (per mille abitanti)	-1,5	-2,1	(p) -3,9	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	4	3,8	(p) 1,4	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-3	-2,0	(p) -1,5	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	0	1,1	(p) 0,6	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	..	-1,1	(p) -1,3	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-3	-2	(p) -2,1	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-4,5	-4,1	(p) -6	..
numero medio di figli per donna	1,28	1,24	(e) 1,18	..
età media della madre al parto	32,3	32,3	(e) 32,6	..
speranza di vita alla nascita	83,6	83,7	(e) 82,6	..
speranza di vita a 65 anni	21,2	21,3	(e) 20,5	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	13,4	13,2	13,0	(p) 12,8
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	65,5	65,3	65,1	(p) 64,9
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	21,1	21,5	22,0	(p) 22,4
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	52,6	53,1	53,7	(p) 54,2
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	32,2	32,9	33,8	(p) 34,5
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	157,2	163	169,6	(p)175,5
età media della popolazione - al 1° gennaio	44,2	44,6	44,9	(p) 45,2

(p) – dato provvisorio (e) – dato stimato
Fonte: ISTAT
Indice di dipendenza strutturale
Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).
Indice di dipendenza strutturale degli anziani
Rappresenta il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Sono inoltre stati considerati altri indicatori socio-demografici riferiti ai rispettivi periodi come di seguito rappresentato:

Tasso di disoccupazione per Provincia – Anni dal 2007 al 2020

Periodo		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	PUGLIA	**11,1**	**11,6**	**12,6**	**13,5**	**13,2**	**15,7**	**19,7**	**21,5**	**19,7**	**19,4**	**18,8**	**16,0**	**14,9**	**14,0**
Puglia	Foggia	9,5	11,3	13,6	13,4	14,4	18,2	21,2	22,8	20,1	17,1	25,0	22,0	20,8	24,7
	Bari	9,5	10,3	11,0	11,1	12,1	16,0	19,7	20,4	19,1	20,3	15,4	13,0	11,8	10,1
	Taranto	10,5	10,4	9,6	12,4	11,1	13,0	15,5	18,5	18,8	16,5	16,8	16,7	15,4	11,3
	Brindisi	13,5	12,3	14,3	14,7	12,9	13,2	16,8	18,3	16,5	17,1	18,6	14,5	11,9	11,7
	Lecce	14,6	15,0	16,2	17,7	15,6	18,2	22,1	25,8	22,0	23,1	22,3	17,8	17,5	16,2
	Barletta-Andria-Trani	..	..	..	13,1	12,8	11,8	22,2	21,2	20,7	18,5	17,3	14,2	14,2	13,1

Fonte: ISTAT

Da un'analisi sommaria dei dati sopra rappresentati, in termini di transizioni epidemiologiche, si conferma il trend nazionale che vede una popolazione caratterizzata da indici di vecchiaia e di invecchiamento in sistematico aumento.

Questi fondamentali indicatori determinano il profilo della comunità assistenziale servita dall'Azienda ASL Bari e devono essere il principio ispiratore di tutte le decisioni strategiche aziendali, determinando un costante e progressivo adeguamento della struttura dell'offerta sanitaria, orientando le risorse disponibili al potenziamento delle prestazioni legate alla cura della cronicità e della non autosufficienza.

Evidentemente, il profilo demografico e la tendenza epidemiologica rappresentati determinano precisi risvolti economico-finanziari, che devono essere necessariamente tenuti in considerazione nelle attività di pianificazione e programmazione; a titolo esemplificativo ma non esaustivo si rappresenta che, tenendo presente tutte le tipologie di esenzione, il numero di esenzioni da ticket, nell'esercizio 2020, sono passati da n. 230.823, dell'anno 2019, a n.231.580 unità per motivi di età e di reddito, e da n. 820.711, del 2019, a n.819.564 per altri motivi. Va precisato che alcuni cittadini beneficiano di più esenzioni.

3.2 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno serve a individuare le competenze e le capacità distintive proprie dell'organizzazione in termini di risorse, processi e risultati. In altre parole si valutano le capacità finanziarie, produttive, d'innovazione, di gestione delle risorse umane, logistiche e tecnologiche presenti nell'azienda sanitaria.

L'analisi del contesto interno richiede pertanto un'estesa e approfondita analisi delle funzioni interne sotto i profili operativi, strutturali, d'impiego delle risorse e delle competenze necessarie e dovrebbe riguardare elementi materiali (dotazioni quantitative e qualitative di personale, infrastrutture e strumentazioni tecnologiche a disposizione delle diverse funzioni) ed elementi immateriali come la cultura organizzativa, le capacità progettuali e realizzative dei gruppi di lavoro. La valutazione delle capacità interne deve effettuarsi pertanto con un mix di strumenti quantitativi (dotazioni organiche e strutturali, analisi dell'attività, analisi di bilancio) e strumenti qualitativi utili per la valutazione delle risorse immateriali.

3.2.1 Modello organizzativo

L'Azienda garantisce l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso:

- le strutture dei Dipartimenti Territoriali di Prevenzione, della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche distribuite nel territorio aziendale;
- n.12 Distretti Socio Sanitari in cui è suddiviso il territorio dell'ASL;
- n.5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta articolati in n.9 Stabilimenti Ospedalieri;
- n.1 Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, della Legge n. 132/1968 – "Ente Eccl.Osp.Gen.Reg.'Miulli'"
- n.1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - "Salvatore Maugeri" di Cassano delle Murge
- il privato accreditato.

Giusta D.D.G.n.2112 del 01/12/2021, di rettifica delle precedenti DD.D.G.n.1005/2020 e n.246/2021, la Direzione Aziendale della ASL Bari opera avvalendosi di una struttura organizzativa composta delle seguenti Unità Operative di staff:

- Area Servizio Socio Sanitario
- Unità Operativa Gestione Amministrativa Rapporti Convenzionali
- Unità Operativa Affari Generali
- Unità Operative Centro Territoriale Malattie Rare
- Servizio di informazione e comunicazione istituzionale
- Unità Operativa Controllo di Gestione
- Unità Operativa Governo delle liste d'attesa
- Struttura Burocratico-Legale
- U.O.S.E. (Unità Operativa Statistica ed Epidemiologia)
- U.V.A.R.P. (Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni sanitarie in ambito pubblico e privato)
- Unità Operativa Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio
- Servizio delle Professioni Sanitarie

L'organizzazione tecnico-amministrativa si basa sulla strutturazione dei seguenti Dipartimenti:

- Dipartimento Amministrativo
- Dipartimento Sicurezza e qualità
- Dipartimento investimenti, acquisti e tecnologie

L'organizzazione sanitaria, aggiornata con la citata D.D.G. n.1005 del 29/07/2020, si articola nei seguenti Dipartimenti Ospedalieri:

- Dipartimento di Area Chirurgica
- Dipartimento Nefro-Urologico
- Dipartimento di Ortopedia
- Dipartimento di Area Medica
- Dipartimento di Area Medica Specialistica
- Dipartimento Cardiovascolare
- Dipartimento Neurosensoriale
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Gestione avanzata rischio riproduttivo e gravidanze a rischio
- Dipartimento di Emergenza-Urgenza
- Dipartimento di Anestesia e Rianimazione
- Dipartimento della Radiodiagnostica
- Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale
- Dipartimento Gestione del Farmaco
- Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

e nei seguenti Dipartimenti Territoriali:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Assistenza Territoriale
- Dipartimento di Riabilitazione.

3.2.2 Risorse umane

Il personale rappresenta un vero e proprio patrimonio per l'organizzazione aziendale e pertanto la Direzione Strategica ha posto la massima attenzione sulle risorse umane per non trascurare gli aspetti legati allo sviluppo ed alla crescita professionale.

Il numero medio del personale dipendente in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale di Bari nel corso del 2020 è stato pari a n. 8.470 unità e nel corso del 2021 è stato pari a n.9233 unità.

Per l'anno 2021 vanno aggiunti n.980 Medici di Medicina Generale (MMG), n.167 Pediatri di libera scelta (PLS), n.222 medici specialisti ambulatoriali interni, n.242 medici di continuità assistenziale, n.20 psicologi convenzionati, n.31 veterinari convenzionati, n.109 medici del Servizio di Emergenza Territoriale e n.15 medici della Medicina dei Servizi.

Il totale degli operatori aziendali nel 2021 è stato quindi pari a n.11.019.

	2019					2020					2021				
Area/Liv.Assist.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	TOT.
Direzione e Aree di Gest.	99	160	10	192	**461**	96	168	10	180	**453**	116	197	11	207	**531**
Prevenzione	350	31	1	98	**481**	358	28	1	88	**475**	420	28	1	80	**529**
Assistenza Ospedaliera	3.652	659	1	192	**4.503**	3.738	694	-	181	**4.613**	3.912	917	-	175	**5.004**
Assistenza Territoriale	2.196	389	-	325	**2.909**	2.214	401	-	313	**2.928**	2.436	437	-	297	**3.169**
TOTALE AZIENDA	**6.296**	**1.239**	**11**	**807**	**8.353**	**6.407**	**1.291**	**11**	**761**	**8.470**	**6.883**	**1.579**	**12**	**759**	**9.233**

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno
Fonte: Controllo di gestione

Inoltre si riportano, di seguito, il numero di ore erogate dagli Specialisti Ambulatoriali interni, per livello di assistenza, nel triennio di riferimento:

	2019				2020				2021			
Livello di assistenza	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.
Prevenzione	235	-	-	**235**	255	-	-	**255**	255	-	-	**255**
Assistenza Ospedaliera	98	-	-	**98**	358	-	-	**358**	138	-	-	**138**
Assistenza Territoriale	6.109	959	595	**7.663**	6.310	979	612	**7.900**	6.496	979	573	**8.048**
TOTALE AZIENDA	**6.442**	**959**	**595**	**7.996**	**6.923**	**979**	**612**	**8.513**	**6.889**	**979**	**573**	**8.441**

Riepilogo per Sesso

Rispetto all'analisi per genere del personale dipendente per l'anno 2021 si evidenzia un ulteriore incremento del personale di sesso femminile in valore assoluto ed in percentuale.

Anno	2019		2020		2021	
Sesso	N	%	N	%	N	%
Donne	5.025	*60,2%*	5.191	*61,3%*	5.819	*63,0%*
Uomini	3.329	*39,8%*	3.279	*38,7%*	3.414	*37,0%*
Totale	**8.353**	***100,0%***	**8.470**	***100,0%***	**9.233**	***100,0%***

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per età

Rispetto all'analisi per età del personale dipendente, di seguito rappresentata, si rileva che la classe di età maggiormente popolata nel 2021 è quella dai 50 ai 59 anni con una percentuale pari ad oltre il 32% del totale.

Il personale dipendente appartenente alla fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2021 è pari a poco più del 50%, di cui oltre il 18% al di sopra dei 60 anni. Si evidenzia, comunque, un incremento della percentuale di personale al di sotto dei 40 anni di età quale risultato delle politiche assunzionali adottate dalla Direzione Strategica Aziendale.

Anno	2019		2020		2021	
Decade	N.	%	N.	%	N.	%
20-29	261	*3,1%*	384	*4,5%*	682	*7,4%*
30-39	1.117	*13,4%*	1.316	*15,5%*	1.773	*19,2%*
40-49	2.004	*24,0%*	2.029	*24,0%*	2.139	*23,2%*
50-59	3.133	*37,5%*	2.997	*35,4%*	2.954	*32,0%*
>60	1.838	*22,0%*	1.744	*20,6%*	1.685	*18,3%*
Totale	**8.353**	***100,0%***	**8.470**	***100,0%***	**9.233**	***100,0%***

Fonte: Controllo di gestione

Riepilogo per Tipo rapporto di lavoro

L'analisi del personale dipendente relativamente al tipo di rapporto di lavoro evidenzia un ulteriore diminuzione dell'incidenza del personale amministrativo sul totale del personale dipendente a favore del personale tecnico, soprattutto addetto all'assistenza, tra il 2020 ed il 2021.

	2019			2020			2021		
Qualifica	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale
Dirigenti Medici	88	1.555	**1.643**	93	1.526	**1.619**	138	1.498	**1.636**
Dirigenti Sanitari non Medici	19	193	**213**	29	202	**231**	67	199	**266**
Pers. Comparto Infermieri	129	3.257	**3.386**	409	3.116	**3.525**	544	3.132	**3.676**
Pers. Tecnico Sanitario	2	355	**357**	2	349	**352**	2	369	**371**
Altro Pers. Di comparto	66	632	**698**	95	586	**680**	61	874	**935**
Totale Ruolo Sanitario	***304***	***5.993***	***6.296***	***628***	***5.778***	***6.407***	***812***	***6.072***	***6.883***
Dirigenti		9	**9**	1	8	**9**		8	**8**
Personale di Comparto	1	1.229	**1.230**	4	1.278	**1.282**	3	1.568	**1.571**
Totale Ruolo Tecnico	***1***	***1.238***	***1.239***	***5***	***1.286***	***1.291***	***3***	***1.576***	***1.579***
Dirigenti	2	9	**11**	1	9	**10**		11	**11**
Personale di Comparto		1	**1**	1		**1**		1	**1**
Totale Ruolo Professionale	***2***	***10***	***11***	***2***	***9***	***11***	***-***	***12***	***12***
Dirigenti	1	27	**28**		33	**33**		30	**30**
Personale di Comparto	12	767	**779**	26	703	**729**	73	656	**729**
Totale Ruolo Amministrativo	***12***	***794***	***807***	***26***	***735***	***761***	***73***	***686***	***759***
TOTALE AZIENDA	**319**	**8.034**	**8.353**	**661**	**7.809**	**8.470**	**887**	**8.346**	**9.233**

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno
Fonte: Controllo di gestione

Sorveglianza sanitaria

I giudizi di idoneità condizionati formulati nell'ambito dell'attività di sorveglianza sanitaria e di radioprotezione medica negli anni dal 2019 al 2021 sono di seguito riportati. Si precisa che, in ossequio ai provvedimenti ministeriali riferiti alla emergenza sanitaria pandemica, che disponevano di ridurre al minimo

necessario la sorveglianza sanitaria al fine di ridurre le occasioni per la diffusione del visrus CoVID-19, nel corso del 2020 e del 2021 sono state effettuate meno visite mediche rispetto agli anni precedenti.

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Num. medio dipendenti	8353	8470	9233
Num. giudizi idoneità condizionati	523	386	289
Incidenza %	6,3%	4,6%	3,1%

Fonte: U.O. Sorveglianza Sanitaria

Formazione

Di seguito si riportano alcuni dati relativi all'attività di formazione del personale dipendente precisando che la riduzione del numero dei corsi del 2020 e del 2021, sebbene il dato sia in fase di consolidamento, è da attribuirsi al già citato stato di emergenza sanitaria pandemica.

ANNO	N. corsi	N. edizioni	N. partecipanti
2018	177	355	10.276
2019	133	405	9.478
2020	40	64	1763
2021*	37	234	4246

*** dato in fase di consolidamento**
Fonte: U.O. Formazione

3.2.3 Risorse tecnologiche

Risorse Tecnologiche

Il parco delle tecnologie medicali della ASL Bari consta di circa 23.000 apparecchiature con un valore di circa euro 120.000.000,00. Atteso il grado di obsolescenza delle stesse, la spesa sostenuta per la manutenzione delle attrezzature in questione, relativa all'esercizio 2021, è stata di circa Euro 10.000.000,00.

Le grandi attrezzature biomedicali installate nell'ASL Bari sono riportate di seguito:

- n.5 Sistemi per angiografia
- n.2 Gamma camera computerizzate
- n.19 Mammografi digitali
- n.6 R.M.
- n.15 T.A.C.

Al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie in sicurezza si è provveduto, con l'adozione del Bilancio di Previsione 2022, ad approvare il Piano di Rinnovo Biennale 2022/2023 delle tecnologie biomedicali così come previsto dalla normativa vigente.

Risorse ICT

Le tecnologie ICT a disposizione sono quantificate in:

- circa n.6500 postazioni lavoro (PC)

- circa n.7700 apparecchi telefonici con tecnologia IP
- n.20 server fisici
- circa n.120 server virtuali.

Nel corso del 2020, a seguito dell'aggiudicazione del rilancio competitivo nell'ambito dell'Accordo Quadro Regionale denominato RUPAR-SPC, è stata realizzata la nuova infrastruttura di rete geografica che prevede, nell'ottica dell'utilizzo di piattaforme applicative *web-based*, un aumento del *throughput* complessivo e la realizzazione di un anello in fibra ottica destinata a collegare la sede del CTO, dove risiede la *server farm* aziendale, il P.O. Di Venere, dove verranno dislocati gli apparati di sicurezza per garantire l'alta affidabilità, il P.O. San Paolo e la *server farm* di InnovaPuglia.

La nuova rete multifunzionale consente, tra l'altro, l'introduzione di elementi migliorativi nell'ambito sicurezza con caratteristiche di controllo dettagliato delle azioni e dei pericoli legati al rischio cibernetico esterno/interno, la realizzazione di tutti i collegamenti periferici in Fibra Ottica e caratteristiche trasmissive tra 10Mbps e 100Mbps a sito.

Le caratteristiche evolute della multicanalità permettono la trasformazione dei servizi unicamente VoIP (fonia su IP) verso scenari di *unified communication* e *collaboration*, con l'introduzione di piattaforme di videoconferenze da sala e personali, la fornitura di nuovi apparati multimediali di sala, licenze *webex* per l'utilizzo tramite PC e l'integrazione dei servizi video e VoIP in mobilità e distanza con la sostituzione in corso di tutti i terminali telefonici con modelli di nuova generazione.

Nel 2021 è stata strutturata e perfezionata la piattaforma aziendale di videoconferenza inizilamente implementata, nel 2020, per consentire riunioni divenute impossibili da tenere in presenza a causa dell'evento pandemico.

Anche la rete aziendale Wi-Fi è stata sottoposta ad approfondita rivisitazione al fine di permettere l'attivazione della "Cartella clinica elettronica" e migliorare l'accoglienza dedicandone parte dell'utilizzo all'utenza delle strutture di ricovero.

3.2.4 Quadro economico-finanziario degli anni 2019-2020-2021

La gestione economico finanziaria degli esercizi 2019 e 2020 è stata improntata al rispetto delle misure di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica, introdotte nell'ordinamento nel corso degli ultimi anni con riferimento a specifiche tipologie di spesa, applicabili direttamente o indirettamente agli enti e alle aziende del sistema sanitario nazionale e regionale, in quanto disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica.

Di seguito il riepilogo dei dati di bilancio più significativi riferiti agli esercizi 2019-2020 ed una analisi più dettagliata relativa ai soli Costi della produzione il cui monitoraggio è condizione imprescindibile per la sostenibilità di tutto il Ciclo della Performance e per il raggiungimento del fondamentale pareggio di bilancio aziendale.

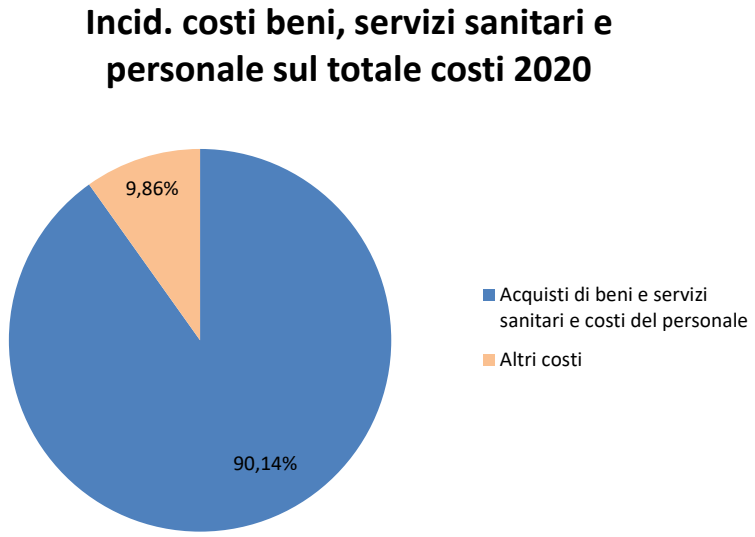
Scostamento macro-aggregati di bilancio			
	Anno 2020	Anno 2019	Scostam.
Valore della Produzione	**2.335.483.370,97**	**2.375.876.693,94**	-1,7%
Costi della produzione	2.329.622.599,33	2.360.885.246,24	-1,3%
Altri costi	5.791.094,75	14.895.035,85	-61,1%
Totale costi	**2.335.413.694,08**	**2.375.780.282,09**	-1,7%
Risultato di esercizio	**69.676,89**	**96.411,85**	-27,7%

Scostamento macro-aggregati dei Costi della produzione				
	Anno 2020	Incid. sul totale costi 2020	Anno 2019	Incid. sul totale costi 2019
Acquisti di beni sanitari	441.709.032,18	18,96%	425.160.236,03	18,01%
Acquisti di beni non sanitari	6.204.815,62	0,27%	4.734.289,12	0,20%
Acquisti di servizi sanitari	1.201.859.484,10	51,59%	1.272.112.111,81	53,88%
Acquisti di servizi non sanitari	86.861.977,85	3,73%	83.077.535,52	3,52%
Manutenzione e riparazione	26.553.543,75	1,14%	22.183.951,34	0,94%
Godimento di beni di terzi	16.850.592,03	0,72%	15.379.120,86	0,65%
Costi del personale	456.429.566,35	19,59%	446.734.064,42	18,92%
Oneri diversi di gestione	6.225.085,91	0,27%	7.379.139,61	0,31%
Ammortamenti	28.022.863,15	1,20%	26.645.502,79	1,13%
Svalutazione immobilizz.ni e crediti	6.570.215,17	0,28%	2.959.811,03	0,13%
Variazione delle rimanenze	- 2.020.374,59	-0,09%	7.899.413,27	0,33%
Accantonamenti	54.355.797,81	2,33%	46.620.070,44	1,97%
Totale costi della produzione	**2.329.622.599,33**	**100,0%**	**2.360.885.246,24**	**100%**

Fonte: Bilancio di Esercizio 2020

L'incidenza dei costi per acquisti di beni e servizi sanitari e di quelli relativi al personale dipendente sul totale dei costi dell'esercizio sono graficamente rappresentati di seguito:

	Anno 2020	Incid. sul totale costi 2020
Acquisti di beni e servizi sanitari e costi del personale	2.099.998.082,63	90,14%
Altri costi	229.624.516,70	9,86%
Totale costi della produzione	**2.329.622.599,33**	**100,0%**



I dati economici relativi all'anno 2021 risentono inevitabilmente della rimodulazione delle attività sanitarie, e di supporto tecnico-amministrativo, che l'Azienda ha dovuto prevedere per garantire l'assistenza ai cittadini affetti dal CoVID-19, nell'ambito della citata emergenza sanitaria internazionale, e per continuare ad assicurare l'erogazione delle prestazioni in emergenza-urgenza. Tuttavia il Piano strategico regionale per la campagna vaccinale straordinaria anti Covid-19, attivata alla fine del 2020 e proseguita per tutto il 2021, ha consentito il contenimento della ospedalizzazione dei soggetti positivi al citato coronavirus ed ha permesso la ripresa delle attività sanitarie ordinarie ed il recupero delle prestazioni in lista di attesa.

I dati di produttività e quelli riferiti ai costi del 2021, attualmente in fase di consolidamento, confermano, infatti, il sensibile incremento nella erogazione di prestazioni sanitarie del 2021 rispetto al 2020.

3.2.5 Quadro economico-finanziario di previsione del 2022

Il bilancio economico preventivo per l'anno 2022, giusta D.D.G.n.2444 del 30/12/2021, è stato redatto tenendo conto della stima dei ricavi ancora provvisori e con le ipotesi di riduzione dei costi, in considerazione delle attuali normative nazionali e delle disposizioni regionali anche relativamente al protrarsi dell'emergenza sanitaria da diffusione del virus CoViD-19.

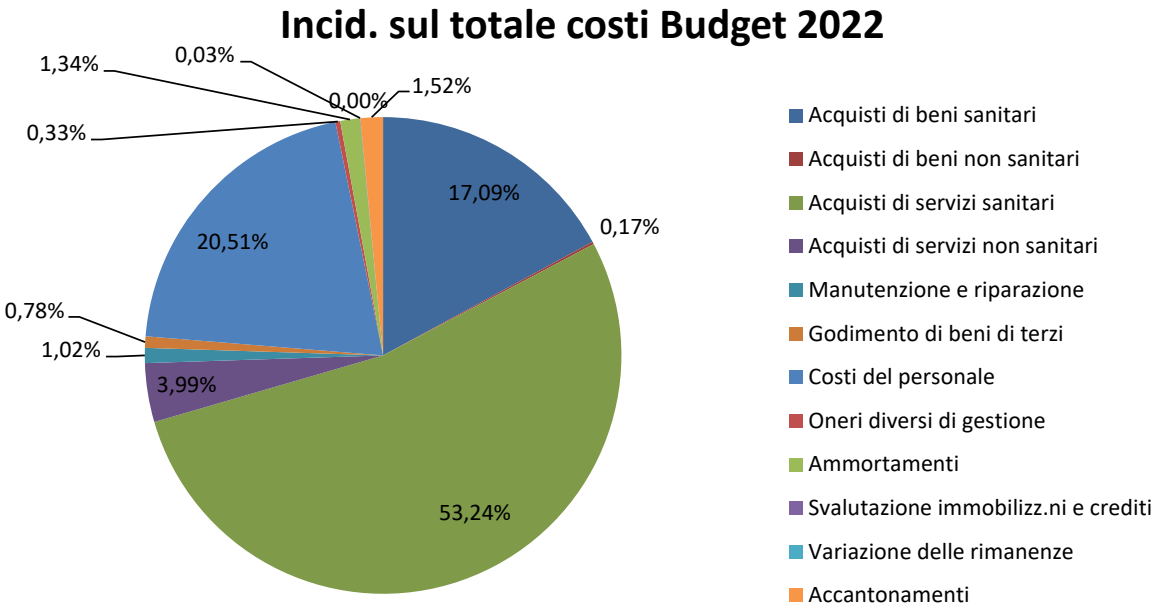
Di seguito è riportato il riepilogo dei dati di bilancio più significativi riferiti al Bilancio di Previsione dell'esercizio 2022, risultato in equilibrio economico finanziario, ed una analisi più dettagliata sugli scostamenti relativi ai soli Costi della produzione:

ASL Bari
PugliaSalute

Macro-aggregati di bilancio	
	Budget 2022
Valore della Produzione	**2.456.769.000,00**
Costi della produzione	2.479.683.000,00
Altri costi	38.727.000,00
Totale costi	**2.518.410.000,00**
Utile (Perdita) dell'Esercizio	**- 61.641.000,00**

Fonte: Bilancio di previsione 2022

Macro-aggregati dei Costi della produzione		
	Budget 2022	**Incid. sul totale costi Budget 2022**
Acquisti di beni sanitari	423.724.000,00	17,09%
Acquisti di beni non sanitari	4.247.000,00	0,17%
Acquisti di servizi sanitari	1.320.074.000,00	53,24%
Acquisti di servizi non sanitari	98.942.000,00	3,99%
Manutenzione e riparazione	25.305.000,00	1,02%
Godimento di beni di terzi	19.231.000,00	0,78%
Costi del personale	508.529.000,00	20,51%
Oneri diversi di gestione	8.080.000,00	0,33%
Ammortamenti	33.176.000,00	1,34%
Svalutazione immobilizz.ni e crediti	763.000,00	0,03%
Variazione delle rimanenze	-	0,00%
Accantonamenti	37.612.000,00	1,52%
Totale costi della produzione	**2.479.683.000,00**	**100,0%**



3.3 Analisi S.W.O.T.

L'analisi dei due contesti, interno ed esterno, costituisce il percorso aziendale che consente alla Direzione Aziendale di comprendere in modo dettagliato la situazione strategica dell'azienda (diagnosi strategica) e formulare le alternative strategiche. Tale analisi mira, perciò, ad individuare le opportunità e le minacce che interessano o in prospettiva possono interessare l'azienda sanitaria (analisi contesto esterno) e i punti di forza e di debolezza dell'organizzazione (analisi contesto interno).

L'analisi S.W.O.T. (Strenghts Weaknesses Opportunities Threats) prevede proprio la costruzione di una matrice che riporta su un sistema assiale le variabili dell'analisi (opportunità-minacce/punti di forza e di debolezza), che combinandosi definiscono il quadro delle condizioni strategiche che l'azienda deve fronteggiare adottando precise scelte strategiche

I due quadranti, che presentano combinazioni coerenti delle variabili (opportunità- punti di forza, minacce-punti di debolezza), determinano situazioni ben definite di comportamento strategico, finalizzate per un verso alla crescita e per altro verso al ridimensionamento delle attività, che possono essere mantenute in una logica di contenimento dei costi, o definitivamente abbandonate.

Negli altri due quadranti le variabili esterne e interne si combinano con modalità alternative positivo-negativo che tendono a vincolare le scelte strategiche.

Strengths (Punti di forza)	**Weakness (Punti di debolezza)**
Progressivo potenziamento quali-quantitativo delle risorse umane	Parziale adozione dei modelli organizzativi Regionali
Rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie	Liste di attesa
Implementazione del Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa (aggiornamento C.U.P. aziendale)	Resistenza al cambiamento
Utilizzo dei Fond Europei per il potenziamento dell'Assistenza Territoriale con integrazione Ospedale-Territorio	Elevata estensione territoriale di competenza
Percorso Attuativo di Certificazione del Bilancio Aziendale	Elevato *turnover* del personale amministrativo e tecnico
Ridefinizione dell'Organigramma aziendale	Elevato *turnover* della dirigenza apicale
Riordino della Rete Ospedaliera	Ritardo nell'assegnazione degli obiettivi triennali economico-gestionali di salute e funzionamento da parte della Regione
Costituzione delle Reti assistenziali Regionali	Aumento dei costi di acquisizione dei fattori produttivi sanitari
Legge 27 dicembre 2019, n.160 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022	Presenza di strutture pubbliche (Policlinico, IRCCS), private (accreditate e non accreditate) ed E.E. nel territorio di competenza dell'ASL
Patto per la salute per gli anni 2019-2021	Invecchiamento della popolazione
Sanità digitale	Carenza di Medici Specialisti
Piano Nazionale Ripresa Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute	Migrazione sanitaria
	Emergenza internazionale per la diffusione del virus SARS-CoV-2 (CoViD-19)
Opportunities (Opportunità)	**Threats (Minacce)**

Sezione II – Il Piano della Performance

Il Piano della Performance (art.10 c.1 lett. a) D.Lgs.27 ottobre 2009 n.150) è il documento programmatico triennale attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'ASL Bari.

Il Piano triennale della Performance è il documento che traccia i contenuti programmatici della pianificazione e verifica dei risultati aziendali: dalla iniziale definizione degli obiettivi annuali si procede durante l'anno al loro monitoraggio e controllo, fino ad arrivare, l'anno successivo, alla loro verifica misurando i risultati raggiunti. Programmare per tempo gli obiettivi e controllarne successivamente gli esiti è determinante non solo per poter rendicontare agli *stakeholder* aziendali le modalità di utilizzo delle risorse pubbliche ma anche per pianificare le attività e gli obiettivi degli anni successivi. Il Piano della performance è, quindi, uno degli strumenti indispensabili per ottimizzare l'attività di programmazione e di controllo delle Aziende Sanitarie e garantire l'erogazione dei migliori servizi sanitari alla collettività.

1 Mandato Istituzionale e missione

La "missione" identifica la ragion d'essere e l'ambito in cui l'Azienda opera in termini di politiche ed azioni perseguite e rappresenta l'esplicitazione dei principi fondamentali che guidano la scelta degli obiettivi che si intende perseguire.

I Principi su cui è fondata l'organizzazione dell'Azienda sono:

- Centralità del cittadino
- Decentramento dei poteri decisionali e delle responsabilità
- Unitarietà del disegno organizzativo
- Innovazione gestionale e tecnologica
- Fruibilità del servizio
- Gestione per processi
- Modello professionale basato sulla progressiva realizzazione del governo clinico
- Pianificazione dell'offerta socio-sanitaria e dei luoghi di fruizione
- Continuità dei percorsi di cura
- Sussidiarietà, la concertazione e la partecipazione
- Semplificazione delle procedure e dei percorsi
- Umanizzazione del rapporto di assistenza
- Accoglienza e la Comunicazione efficace ed eticamente corretta

2 Albero della performance

L'Albero della Performance rappresenta graficamente i legami tra *mission*, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tale rappresentazione dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione aziendale. Ricevute le indicazioni regionali (obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale e obiettivi di performance annuali), integrate con le esigenze prettamente strategiche aziendali, correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, le stesse vengono tradotte in obiettivi operativi, assegnati ai Dirigenti ed a loro

volta declinati in “Piani Operativi” con indicazione anche della equipe coinvolta nelle attività finalizzate al loro raggiungimento.

Gli obiettivi assegnati alla Direzione Generale costituiscono la base di partenza per l’elaborazione dell’Albero delle Performance.

In altri termini, l'albero della performance dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all’interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale ed alla missione.

Le prospettive considerate per la definizione del modello di valutazione multidimensionale della performance della ASL Bari segue l’approccio descritto nel sistema di misurazione delle performance, *Balanced Scorecard* (BSC), in base al quale le attività aziendali vengono valutate bilanciando misure interne ed esterne sulla base delle seguenti 4 prospettive:

1. la prospettiva economico-finanziaria: gli obiettivi sono quelli economico-finanziari, misurati con i tradizionali indicatori di redditività: quando possibile i costi sono rapportati alla produzione al fine della ottimizzazione delle risorse;
2. la prospettiva del paziente/utente: l'obiettivo è il miglioramento dell'offerta assistenziale nel rispetto dell’equità dell’accesso alle cure, l’umanizzazione delle stesse e la trasparenza dei processi aziendali con particolare riferimento alla garanzia della tempestività delle risposte ai bisogni espressi;
3. la prospettiva dei processi interni all'azienda: l'obiettivo è l’ottimizzazione dei processi già in essere e l’identificazione di quei nuovi processi attraverso i quali l’Azienda possa raggiungere l’eccellenza. Tale miglioramento si ottiene partendo da una rigorosa misurazione della produzione e dal *benchmarking*;
4. la prospettiva di innovazione e della qualità: l'obiettivo è lo sviluppo dell’organizzazione, la crescita globale dell'azienda e degli operatori, l’affinamento delle tecniche di misurazione della qualità, l’individuazione e la valorizzazione delle eccellenze.

L’albero della performance nasce dallo schema sotto riportato di obiettivi che la Direzione Generale considera strategici per l’anno 2022, giusta D.D.G.n.2228 del 07/12/2021.

Num. Obiett.	Obiettivo	Prospettiva	Dimensione
1	Riorganizzazione rete ospedaliera	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
2	Implementazione delle reti cliniche regionali quali, tra le altre, la Rete Oncologica Pugliese (DGR.n.221/2017), la Rete Nefrologico/Dialitica/Trapiantologica Pugliese (DGR.n.1679/2018); la Rete trasfusionale pugliese (DGR.n.900/2017), la Rete diffusa di Servizi di Genetica Medica (DGR.n.986/2017), le Reti tempo dipendenti (rete ictus, rete trauma, rete cardiologica)	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
3	Attuazione del Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa vigente	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
4	Definizione dei requisiti per l’accreditamento della Breast Unit da parte dell’A.Re.S.S.	Processi interni all'azienda	Capacità di governo della domanda sanitaria
5	Miglioramento appropriatezza chirurgica	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
6	Miglioramento appropriatezza medica	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
7	Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
8	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità

ASL Bari
PugliaSalute

Num. Obiett.	Obiettivo	Prospettiva	Dimensione
9	Miglioramento qualità di processo	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
10	Miglioramento qualità percepita	Innovazione e qualità	Appropriatezza e qualità
11	Potenziamento delle attività nell'ambito del Rischio Clinico	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
12	Potenziamento del controllo dell'appropriatezza dei ricoveri/congruità SDO in Strutture Ospedaliere Private	Processi interni all'azienda	Appropriatezza e qualità
13	Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale	Innovazione e qualità	Appropriatezza e qualità
14	Potenziamento dei Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)	Processi interni all'azienda	Assistenza sanitaria Territoriale
15	Potenziamento delle attività mirate all''integrazione Ospedale-Territorio	Processi interni all'azienda	Assistenza sanitaria Territoriale
16	Potenziamento assistenza domiciliare	Processi interni all'azienda	Assistenza sanitaria Territoriale
17	Potenziamento dell'offerta nell'ambito della salute mentale	Paziente/Utente	Assistenza sanitaria territoriale
18	Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	Paziente/Utente	Prevenzione
19	Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)	Paziente/Utente	Prevenzione
20	Potenziamento copertura vaccinale	Paziente/Utente	Prevenzione
21	Potenziamento del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici Ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali, Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta al fine del contenimento della spesa farmaceutica con particolare riferimento all'utilizzo di farmaci biosimilari e generici nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
22	Pieno utilizzo della piattaforma Edotto per la redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
23	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
24	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa agli acquisti diretti di farmaci e dispositivi medici nel rispetto dei tetti di spesa regionali	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
25	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	Processi interni all'azienda	Assistenza farmaceutica
26	Implementazione del Piano triennale 2020-2022 per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione	Innovazione e qualità	Sanità digitale
27	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Innovazione e qualità	Sanità digitale
28	Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	Innovazione e qualità	Sanità digitale
29	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Innovazione e qualità	Sanità digitale
30	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Innovazione e qualità	Sanità digitale
31	Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
32	Riduzione dei Tempi di Pagamento dei fornitori	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
33	Perfezionamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC) degli Enti del S.S.R.	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
34	Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
35	Deflazionamento del Contenzioso	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
36	Revisione sistematica delle procedure amministrative (governance aziendale) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
37	Realizzazione del Piano degli Investimenti e aggiornamento delle gare	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa

Num. Obiett.	Obiettivo	Prospettiva	Dimensione
38	Pianificazione dei fabbisogni di personale ai sensi del D.Lgs.n.165/2001 e ss.mm.ii.	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
39	Potenziamento del sistema relativo alla sicurezza sul lavoro	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
40	Utilizzo Finanziamenti FESR o di altra provenienza	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
41	Prosecuzione delle attività per la realizzazione dell'Ospedale Monopoli-Fasano	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
42	Definizione ed adozione dell'Atto Aziendale	Economico-finanziaria	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa
43	Attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	Processi interni all'azienda	Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa

Per la valutazione del grado di raggiungimento degli elencati obiettivi strategici sono stati utilizzati oltre n.380 indicatori con relativo target focalizzando l'attenzione per il 2022 sugli obiettivi di processo che consentono sia il miglioramento della qualità assistenziale sia la migliore allocazione delle risorse con riduzione degli sprechi:

Prospettiva	Num. Indicatori
Econom.-finanz.	49
Innovaz. e qualità	24
Paziente utente	36
Processi interni	280
Totale	**389**

La traduzione dello schema sopra riportato in obiettivi assegnati alle diverse Unità Operative aziendali viene rappresentato nel seguente Albero della Performance:

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
Appropriatezza e qualità	**Appropriatezza delle prestazioni sanitarie**	Report semestrale sulle attività svolte
		Controllo appropriatezza cartella clinica/congruità SDO ex art 56 (Strutture Osped. Private - IRCCS Maugeri e EE Miulli): numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri/congruità SDO in Strutture Osped. Private: numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife e gammaknife in Strutture Osped. Private, IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Controllo su ricoveri per COVID-19 presso le Strutture COVID (EE Miulli, Gruppo GVM)
		Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche
		Riabilitazione ex art 26 (Strutture private): Verifica correttezza procedure autorizzative - Aderenza al piano riabilitativo
		Riabilitazione ex art.25 L 833/1978: appropriatezza prescrittiva: N° prescrizione/Tot prescrizioni

ASL Bari
PugliaSalute

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Verifica congruità protocollo Regionale IMA-SCA in Strutture Private e EEMiulli: verbale di congruità
		Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in Strutture Osped. Private, IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDA verificate/numero SDA prodotte
	Appropriatezza prescrittiva	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi
		Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica
		Report trimestrale sui casi di inappropriatezza prescrittiva dei MMG riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto
	Appropriatezza setting assistenziale	Elaborazione di un protocollo relativo ad interventi psicoeducativi-terapeutici rivolti ai familiari di soggetti under 18 con patologie di contesto
		Formazione di un gruppo avanzato di social skills metacognitivo
		Formazione di un gruppo di problem-solving rivolto ad utenti con ritiro sociale
		Monitoraggio e verifica degli eventi di contenzione: N° schede di monitoraggio/ N° eventi contenitivi
		Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)
		Report semestrale e annuale su tipologia acuta e cronica e n. pazienti trattati secondo le LG della società scientifica SIMSI
		Report semestrale sui dati di attività
		Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative
		Valutazione e predisposizione con monitoraggio di PTR residenziali riabilitativi DCA di competenza ASL BA (comprese proroghe)
	Clinical governance	Aggiornamento del Manuale per gli Operatori Sanitari dei Punti Nascita della ASL Bari
		Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11
		Applicazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio: N° procedure applicate/ N° tentati suicidi annuali notificati per reparto
		Attivazione del sistema di telemedicina Resmed Airview per la gestione di pazienti con OSA in trattamento con CPAP
		Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016
		Definizione di un protocollo operativo con le sedi periferiche (spoke) impegnate nel programma di screening mammografico I° livello per omogeneizzare i percorsi delle pazienti dubbie e/o sospette verso il centro di II livello aziendale
		Elaborazione di due protocolli assistenziali relativi alle principali patologie in carico, sia in regime residenziale che assistenziale
		Elaborazione di PDTA per l'endoscopia digestiva nel trattamento delle Emorragie Digestive, mediante l'adozione di un modello organizzativo Hub- Spoke per la gestione delle emergenze/urgenze
		Elaborazione di percorso assistenziale per il ricovero di pazienti di alta complessità
		Elaborazione di Progetto di presa in carico del paziente con scompenso cardiaco
		Elaborazione di protocollo per la gestione in follow-up ambulatoriale dei pazienti dimessi dall'U.O.
		Elaborazione di un protocollo di interventi diagnostici, farmacologici e riabilitativi per soggetti con esordi correlati ad uso di sostanze
		Elaborazione di un protocollo interno di gestione medico-infermieristica dell'evento parto.
		Elaborazione di un protocollo psicodiagnostico tarato su utenti under 18
		Elaborazione di Linee Guida Aziendali sull'Insufficienza Respiratoria
		Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),
		Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute

ASL Bari
PugliaSalute

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Procedura per il percorso delle pazienti prese in carico dalla PMA di Conversano.
		Procedura assistenziale complessa per malati rari con Sindrome di Rett
		Procedura Aziendale di Gestione dello Screening con HPV primario
		Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
		Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
		Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11
		Realizzazione modulo di 16 incontri di gruppo con interventi di Like Skill e Cognitive Remediation Therapy.
		Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.
		Utilizzazione della Ecografia polmonare domiciliare nello studio dei pazienti con patologia neurovegetativa
		Valutazione Clinica mediante l'uso di scale standardizzate
		Valutazione disfagia in pazienti affetti da encefalopatia epilettica e/o malattia rara: N. pazienti valutati
	Efficienza operativa	Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche: Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate
		PDTA per la presa in carico del paziente/detenuto con patologia pneumologica presso la Casa Circondariale di Bari
		Relazione check list rischi ambientali
	Efficienza organizzativa	Audit trimestrale tra UOC sulla modalità di gestione dei casi complessi
		Continuità dell' Osservatorio permanente con TM e CCFF per la definizione di protocolli operativi con Tribunale Minori e Consultori
		Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche
		Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101
		Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio
		Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio
		Revisione e approvazione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio
	Formazione	Eventi formativi Formazione specifica - rischio elevato dei lavoratori che operano presso le strutture ospedaliere e territoriali della ASL BARI
		Eventi formativi per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro
		Evento formativo con Enti Ausiliari su procedure di ingresso e monitoraggio progetti terapeutici
		Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)
		Organizzazione corsi per la Gestione avanzata delle vie aeree per le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri
		Organizzazione corsi per la Gestione del Triage intraospedaliero per le UU.OO. dei PS
		Organizzazione di corso di formazione per esecuzione di Tracheotomie chirurgiche e percutanee rivolto a personale medico e infermieristico delle UU.OO. Di ORL e Rianimazione
		Organizzazione di eventi formativi per i Referenti aziendali (referenti distrettuali e farmacisti territoriali) della Rete Malattie Rare
		Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente alla UOS Ass. Consultoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento
		Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente alla UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento
		Organizzazione di eventi formativi per il personale medico e infemieristico/ostetrico sul passaggio ad HPV Test primario
		Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto
		Organizzazione di evento formativo aziendale rivolto ai MMG e Farmacisti
		Organizzazione di evento formativo per il trattamento delle disfagie
		Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio
		Personale NPIA coinvolto in eventi ECM per gruppi di coordinamento
		Piano di formazione obbligatoria biennale BLSD e ALS per le UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e per il personale delle Sale Operatorie
		Promozione di corsi di formazione base per la Gestione del rischio clinico
		Realizzazione di Evento dipartimentale di lotta allo stigma
	Lotta allo stigma e inclusione sociale	Evento dipartimentale di lotta allo stigma
		Realizzazione di evento dipartimentale di lotta allo stigma e promozione della salute rivolto agli operatori del DSM
	Miglioramento della qualità assistenziale	Analisi esomica di Casi clinici ambulatoriali o provenienti da UUOO di Pediatria/Neuropsichiatria infantile con sospetto per malattia rara
		Elaborazione di 1 protocollo operativo antincendio all'interno della Camera Iperbarica e dei locali dell'U.O.
		Elaborazione di 1 protocollo operativo interno all'U.O. relativamente al trattamento delle intossicazioni da monossido di carbonio
		Elaborazione di 1 protocollo operativo interno all'U.O. relativamente alla detersione e sanificazione della Camera Iperbarica, maschere oronasali e tubi di ventilazione
		Elaborazione di protocollo per la gestione del servizio di counselling fertilità per le pazienti oncologiche giovani
		Indice di Ricostruzione immediata post-Mastectomia (età <= 55 aa)
		Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD
		Trasferimento della metodologia di analisi delle mutazioni del gene della Fibrosi cistica su piattaforma NGS
		Utilizzo del Sistema di Sequenziamento NGS per test DNA fetale per la analisi genomica ad ampio spettro (previo counseling)
	Miglioramento della qualità percepita	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza
		Somministrazione di questionari sulla qualità percepita dagli stakeholders (Comunità Terapeutiche, USSM, UIEPE) con Relazione finale
	Obblighi informativi	Redazione Report su nati vivi da tecnica di inseminazione semplice e di II e III livello 2018-2019-2020-2021
Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa	**Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione
		Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza
	Certificazione dei Bilanci	Completamento del Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci
	Comunicazione istituzionale	Adeguamento del Portale aziendale alla ridefinizione della Struttura organizzativa Dipartimentale della ASL
		Gestione dei dati e delle informazioni per l'aggiornamento delle pagine web sul Portale istituzionale aziendale
		Gestione dei reclami/segnalazioni ed elogi
		Gestione diretta dei social network aziendali Facebook, Twitter, Instagram
		Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale
		Organizzazione di eventi aziendali
	Controllo della spesa	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali
		Mobilità Passiva extraregionale Assistenza Specialistica relativa alla Neuropsichiatria Infantile
		Monitoraggio della spesa annua per residenzialità riabilitativa per DCA rispetto al budget assegnato
		Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per malati e disturbati mentali da privato

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Monitoraggio delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto
		Monitoraggio timbrature per prestazioni aggiuntive
		Predisposizione del C.E. relativo all'Assistenza Penitenziaria
	Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio	Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP
	Deflazionamento del contenzioso	Analisi del contenzioso SIMT anni precedenti e predisposizione proposte conciliative coerenti con la D.D.G. 1607/2021
		Analisi del contenzioso SIMT anni precedenti e predisposizione proposte conciliative coerenti con la DDG 1607/2021
		Piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive 2022 relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno
	Efficienza operativa	Collaborazione con STP alla Redazione del Piano della Performance 2022-2024
		Collaborazione con STP nella stesura della Relazione annuale sulla Performance
		Liquidazione saldi annualità pregresse, fino al 2021 compreso, relative all'E.E. "Miulli" e I.R.C.C.S. "Maugeri"
		Predisposizione Capitolato tecnico, per la parte di competenza, propepedeutico all'avvio di nuova Gara per l'affidamento in concessione della gestione di RSA di Modugno e Alberobello
		Predisposizione di lettere per interruzione dei termini di prescrizione con riferimento al contenzioso relativo all'applicazione della DGR 1037/2012
		Recupero crediti cessione emazie a CBH, come da disposizioni della Direzione Strategica
		Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Accreditate in conformità alle disposizioni regionali
		Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Sociosanitarie in conformità alle disposizioni regionali
	Efficienza organizzativa	Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Dipartimenti Territoriali
		Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Distretti
		Aggiornamento dei DVR , P.E., dei PP.OO
		Aggiornamento del Regolamento Aziendale sul Patrocinio legale per i dipendenti della ASL BA
		Aggiornamento delle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Sociosanitarie alla luce delle nuove Disposizioni Regionali
		Ampliamento dell'offerta per il pagamento delle prestazioni attive tramite il sistema PagoPA
		Analisi comparativa per Distretto dei costi per Assistenza protesica da privato
		Attivazione recupero somme nei confronti dei Comuni morosi
		Avvio del servizio del progetto per l'efficientamento energetico degli Ospedali San Paolo e della Murgia
		Avvio delle delegazioni trattanti per l'utilizzo dei Fondi della Contrattazione Integrativa del Comparto
		Azioni propedeutiche per il monitoraggio delle Macrostrutture sull'attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale
		Conclusione dei lavori di ristrutturazione avviati presso la palazzina dell'ex CTO
		Controllo della spesa per le Manutenzioni di competenza
		Dematerializzazione ciclo passivo
		Elaborazione Procedura per la gestione delle cessioni di credito
		Espletamento Gare sotto soglia dopo la ricezione dei capitolati tecnici (DDG 2161/2016), in seguito ad assegnazione della Direzione Amministrativa Aziendale
		Espletamento visite obbligatorie del personale neoassunto e di prossima quiescenza ai sensi del D.L. 81/2008 e s.m.i.
		Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne
		Gestione amministrativa e giuridica del personale assegnato all'UOC Medicina Penitenziaria
		Gestione amministrativo-contabile del Contributo Economico Straordinario-COVID-19

ASL Bari
PugliaSalute

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Implementazione a regime delle procedure di reclutamento del personale convenzionato in modalità remota
		Implementazione a regime delle procedure di reclutamento del personale dipendente in modalità remota
		Implementazione di procedura informatica per la definizione del Piano dei fabbisogni e relativo monitoraggio
		Indizione procedura di Gara per il rinnovo della dotazione dello strumentario chirurgico destinato alle strutture ospedaliere e territoriali
		Indizione procedura di gara per il servizio di supporto alle attività amministrative della ASL BA, comprensivi dell'alimentazione dei flussi informativi socio sanitari e amministrativi contabili
		Indizione Procedura di gara per l'acquisizione di kit procedurali in TNT e correlati servizi accessori
		Intervallo di tempo tra richiesta Documento Unico di Valutazione Rischi da Interferenze e consegna dello stesso alle Strutture competenti
		Invio all'AGP del Capitolato tecnico per Indizione Procedura di gara per l'acquisizione di kit procedurali in TNT e correlati servizi accessori
		Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale
		Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dell'attività in ALPI dei volumi di attività istituzionale
		Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi
		Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica in occasione dei CE trimestrali
		Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato
		Numero Unico Aziendale
		Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari
		P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione
		Predisposizione Capitolato di gara per la manutenzione e gestione dello strumentario chirurgico
		Predisposizione dei capitolati di gara per l'acquisizione delle Apparecchiature per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
		Predisposizione del Regolamento Aziendale per la sicurezza e l'utilizzo delle postazione di informatica individuale
		Predisposizione del Regolamento per la Telefonia Fissa e Mobile
		Predisposizione di Regolamento di organizzazione della Struttura Burocratico Legale
		Procedura per la definizione delle azioni e responsabilità dell'avvio a visita sanitaria di cui al D.L. 81/2008 e s.m.i.
		Procedure di Gara sotto soglia per fabbisogno di fornitura di beni/servizi per fabbisogno ospedaliero ASL aggregato
		Protocollo operativo per la gestione dei rimborsi franchigia su polizze assicurative
		Razionalizzazione del Servizio Centralinisti: attivazione turno unico dei centralinisti
		Redazione Bilancio di Genere 2021
		Rendicontazione degli interventi di cui all'Art.2 decreto Legge n. 34/2020 (Decreto rilancio)
		Revisione ed Aggiornamento del Regolamento aziendale per la disciplina delle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, con particolare riferimento alle procedure sotto soglia comunitaria
		Ricognizione beni inventariati presso i Presidi Ospedalieri
		Rispetto dei target di spesa per la Rendicontazione dei Fondi Europei
		Supporto alla Direzione Strategica per la definizione dei criteri per la graduazione degli incarichi dirigenziali PTA
		Supporto alle Direzioni Amministrative di Presidio per la ricognizione dei beni inventariati presso i Presidi Ospedalieri
		Svincolo delle somme vincolate per pignoramenti
		Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale
		Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa
		Ultimazione concorso per l'assunzione di assistente tecnico programmatore - categorie protette

ASL Bari
PugliaSalute

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Verifica sulla corretta esecuzione dei contratti affidati a fornitori per servizi complessi inerenti l'assistenza territoriale in qualità di DEC
	Formazione	Costruzione Albo docenti interni
	Governance aziendale	Aggiornamento degli obblighi delle Macrostrutture ASL in termini di videosorveglianza
		Aggiornamento della circolare in materia di Privacy a seguito dell'adozione del D.Lgs.n.101/2018 e del GDPR
		Riassetto della Rete dei Referenti URP
		Supporto operativo alle Macrostrutture per le pubblicazioni nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale
	Monitoraggio attività libero professionale	Aggiornamento tariffe ALPI
		Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2022
		Relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI e verifica del rispetto dello svolgimento di quest'ultima nella fascia oraria autorizzata
	Monitoraggio della spesa	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa residenziale/semiresidenziale per tossicodipendenti da privato
	Obblighi informativi	Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2019-2020-2021-2022
	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)
		Trasmissione prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dip. come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)
	Qualità flussi informativi	Ricezione, correzione, validazione ed invio dei flussi ministeriali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (Modelli NSIS)
		Rispetto delle scadenze per l'invio informatico dei flussi ministeriali di competenza UOSE Art.50 ex legge n.326/2003 su Sistema TS
		Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP
		Verifica della validazione, con rilevazione e correzione di eventuali anomalie, dei flussi regionali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (CEDAP, SDO, ISTAT D.11, ISTAT D.12, ISTAT D.14)
	Riduzione costi	Costi utilizzo mezzo proprio 2022 / costi utilizzo mezzo proprio 2021
	Rispetto dei tempi di pagamento	Tempo medio annuo di pagamento delle fatture dopo la liquidazione delle stesse
	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Monitoraggio mensile delle presenze di utenti in comunità
		Monitoraggio per DSS dei tempi di pagamento delle fatture con peggiore performance e conseguente incontro con il personale addetto
		Num. giorni necessari per la liquidazione fatture
		Trasmissione bolle caricate in Eusis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni
Assistenza farmaceutica	**Controllo della spesa**	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA
		Riduzione delle preparazioni esterne di Cannabinoidi da parte delle Farmacie Convenzionate ed avvio delle preparazioni galeniche interne
	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi per beni sanitari (farmaci e dispositivi) e dei costi della farmaceutica convenzionata per ATC con scostamento rispetto all'esercizio precedente
	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazione del Direttore del Dipartimento
		Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre secondo le indicazione del Direttore del Dipartimento
	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali
Assistenza Sanitaria Territoriale	**Integrazione Ospedale-Territorio**	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale
		Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scompenso Cardiaco

ASL Bari
PugliaSalute

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze generali insorgenti in pazienti in Day Service oculistico erogato presso Strutture Territoriali
	Lotta allo stigma e inclusione sociale	Progetto sperimentale peer to peer
		Realizzazione di evento di lotta allo stigma e promozione della salute rivolto a utenti, operatori, popolazione
Capacità di governo della domanda sanitaria	**Analisi epidemiologiche**	Aggiornamento dell'analisi, per singolo DSS, della cronicità per coorti di pazienti in base alla complessità e relativo setting assistenziale
		Analisi Mobilità Passiva Ospedaliera
		Relazione sullo Stato di Salute della popolazione della ASL BA
	Appropriatezza setting assistenziale	% pazienti presi in carico e/o rivalutati nel 2022 con applicazione protocollo di valutazione con scale standardizzate riconosciute nei DCA
		Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale
	Clinical governance	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti
		Incremento dei punti di offerta diagnostico-operativa per lo screening
		% Abbandoni da P.S.
		% Accessi seguiti da ricovero
		% di ricoveri per Gastroenterite
		% Dimissioni volontarie
		% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg
		% parti cesarei depurati (NTSV)
		% parti vaginali con Episiotomia
		% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni
		% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione
		% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza
		Adeguamento dell'organizzazione dell'attività del Servizio alle Linee Guida previste dal GISCI per il passaggio a HPV test primario per lo screening cervicale
		Assessment psicologico pazienti affetti da cefalea: N. pazienti valutati
		Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke
		Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna ed incontinenza urinaria: N. ricoveri ordinari
		Avvio attività ERCP presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni di ERCP
		Degenza Media
		Degenza Media Pre Operatoria
		Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16
		Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)
		Importo attività ambulatoriale
		Indice Chirurgico
		Indice di Rotazione
		Monitoraggio dei punti nascita secondo la procedura aziendale di implementazione Racc. Ministeriali n. 6 e n.16 adottate nel 2019
		Monitoraggio e verifica sulle Dimissioni volontarie presso gli S.P.D.C.
		Monitoraggio implementazione procedura per la presentazione dell'istanza di autorizzazione dei farmaci e/o trattamenti extra-LEA a carico del SSN/SSR per i pazienti affetti da MR
		N. di Tracheotomie chirurgiche
		N. pazienti affetti da Sindrome di Dravet e Sindrome di Lennox Gastaut con prescrizione di cannabidiolo (Epidiolex)
		N. prestazioni di Day Service
		Numero inserimento IUD post IVG
		Numero pazienti inviate ai consultori post IVG
		Numero pazienti reclutate dai consultori

ASL Bari
PugliaSalute

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Numero sedute farmacologiche per IVG e Aborti spontanei
		Numero sedute IVG farmacologiche
		Organizzazione attività riabilitativa presso CC Bari con monitoraggio degli esiti
		Percentuale Colecistectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg
		Percentuale di Tracheotomie percutanee sul totale della Tracheotomie eseguite
		Peso medio DRG
		Potenziamento attività endoscopica presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni endoscopiche esterne ed interne
		Potenziamento attività ERCP presso il P.O. San Paolo: N.prestazioni di ERCP
		Procedura operativa relativa agli accertamenti tossicologici richiesti dalle Forze dell'Ordine
		Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA
		Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici
		Protocollo operativo per la esecuzione di indagini con radiofarmaci nefrotropi
		Protocollo operativo per la preparazione e controlli di qualità sui radiofarmaci nefrotropi
		Protocollo per la Gestione ambulatoriale dei codici Bianchi e Verdi Pediatrici afferenti ai PP.SS. dei Presidi Ospedalieri della ASL BA
		Protocollo per la gestione degli accessi venosi, in condivisione con le UU.OO. Del Presidio
		Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario
		Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC e loro familiari
		Reclutamento di donne per la prevenzione delle recidive di IVG con contraccezione con inserimento IUD e follow up
		Screening Carcinoma del Carcinoma del Colon-Retto: potenziamento dell'attività di II livello
		Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello
		Screening pre-eclampsia
		Sperimentazione Attivazione di sportello telefonico (un giorno/settimana per tre ore per almeno 9 mesi) informativo -psicoeducativo DCA per genitori di utenti fascia età 5-13 aa su due comuni
	Donazione Organi e/o Tessuti	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale
	Efficienza assistenziale	Numero di sedute di counseling organizzate con l'U.O. di Genetica Medica per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache
		N. procedure invasive per la presenza di malformazioni fetali
		Report semestrale e annuale sulle patologie trattate con indicazione indilazionabili urgenti e primarie distinte per tipologia e provenienza ASL del paziente
	Efficienza operativa	Analisi e gestione del Rischio Clinico all'interno della UOC di Medicina Penitenziaria
		Attività di prevenzione verso la popolazione detenuta, di una delle patologie presenti all'interno degli Istituti Penitenziari attraverso l'attivazione di misure utili a prevenire la comparsa, la diffusione e la progressione della patologia selezionata
		Attivazione Ambulatorio Cefalee - Terapie avanzate: Numero visite
		Attivazione di Ambulatori di Terapia del Dolore e Cure Palliative
		Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale
		Implementazione Ambulatorio Cefalee: Numero visite
		Implementazione attività ambulatoriale M. di Parkinson e Disturbi del movimento: Numero visite
		Mappatura delle linee di attività con previsione delle connesse prestazioni e definizione dei correlati fabbisogni di personale
		N. Valutazioni medico legali per responsabilità professionali su richieste SBL redatti entro 120 giorni sul totale delle visite medico-legali eseguite
		N.ro misure di esposizioni ambientali/N.ro diagnostiche radiologiche
		N.ro schede personali dosimetriche aggiornate/ N.ro schede totali

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Numero Prestazioni ambulatoriali Psicologi (visita e somministrazione test)
		Potenziamento Ambulatorio Potenziali Evocati: Numero prestazioni
		Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale
		Risposta formale ai reclami entro 1 settimana dalla data di notifica da parte del Direttore DSM
		Supporto all'OIV e STP per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget annuale
		Unità di sangue raccolte
		Utilizzo del software CartSan presso tutte le sedi e unificazione degli archivi
	Efficienza organizzativa	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS
		Completamento installazione apparecchiature Radiologiche di cui alla procedura di gara aggiudicata con Deliberazione n. 1161 del 24/06/2019
		Effettuazione esami e refertazione di TC e RM, ove presente entro 72 h. dalla richiesta per pazienti ricoverati
		Elaborazione della Carta dei Servizi del CTMR
		Elaborazione Protocollo condiviso per la validazione a distanza degli esami di laboratorio in emergenza-urgenza
		Numero di prestazioni Ecotomografiche
		Numero mensile di visite gestite in Ambulatorio di Ostetricia e Ginecologia
		Numero prestazioni ambulatoriali esterne
		Prestazioni in remoto dalla sede implementato da consulto con pediatri di libera scelta
		Tempi di attesa per visite di genetica medica programmabili
	Governo delle liste di attesa	Produzione di Reporting con analisi dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio sulla base dei dati delle settimane indice forniti dalla Regione Puglia
	Miglioramento della qualità assistenziale	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia
	Progetto Autismo: CAT Provinciale	Attivazione Cartella CAT nel SISM: N. cartelle cliniche
	Registro regionale delle malformazioni	N° casi comunicati
Prevenzione	**Attuazione Piano dell'Alimentazione Animale**	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti
	Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	n. campionamenti PNAA effettuati/numero campionamenti previsti
	Attuazione Piano Nazionale Residui	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti
	Certificazione animali morti	Controlli su invio a smaltimento degli animali morti
	Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini
		allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot.allev. Bovini
		allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot.allev.bovini
		allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini in anagrafe
		allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe
		allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini
		modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti
	Controllo e contenimento randagismo	Cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati
		Iscrizione in BDR sistemaSIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute
	Controllo scorte farmaci in allevamento	Allevamenti controllati per la corretta gestione delle scorte di medicinali / N. totale allevamenti
	Efficienza dei Servizi di Prevenzione	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti
	Efficienza organizzativa	Effettuaz. tamponi rapidi al personale sanitario e di interesse sanitario della ASL BA a frequenza mensile, secondo il protocollo SIRGISL con finalità epidemiologiche e in caso di ferie, rientro da malattia e nell'ambito delle visite mediche pre-assuntive
		Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget dei SIAV A, B e C
		Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget del SIAN

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Programmazione campagne di vaccinazioni obbligatorie per il personale sanitario della della ASL BA, inserimento su portale Giava, comunicazioni sitituzionali, segnalazione dei non vaccinati per scelta
	Formazione	Elaborazione di protocollo operativo per controlli congiunti con SIAV B su ristorazione
		Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale dell'U.O.: organizzazione di eventi su temi diversi da quelli dei precedenti anni
		Organizzazione di Convegno Aziendale sullo Screening del Carcinoma del Colon-Retto
		Organizzazione di Convegno Aziendale sullo Screening del Carcinoma della Mammella
		Organizzazione di Convegno Aziendale sullo Screening della Cervice Uterina
	Implementazione Piano Regionale CC.UU. di residui di prodotti fitosanitari	Controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni operati/totale controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni
	mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE
	Miglioramento della qualità assistenziale	Avvio dello Screening Neonatale per la Atrofia Muscolare Spinale
		Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio
		Screening Carcinoma della mammella: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio
	Piano Regionale della Prevenzione 2020 – 2025- Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele e articoli (REACH-CLP)	Controlli annui comprensivi di documentali e analitici
	Piano regionale finalizzato all'eradicazione dlla Malattia di Aujeszky	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini
	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2020
		Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2008
	Potenziamento attività di controllo	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016
		N. controlli su Piscine Pubbliche o Private espletati / N. richieste di controllo Piscine Pubbliche o Private pervenute
		N. controlli su Piscine Pubbliche o Private/N. richieste di controllo Piscine Pubbliche o Private pervenute
		N. Piscine Pubbliche o Private Controllate/N. Totale Piscine Pubbliche o Private Censite
	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	allevamenti galline ovaiole con annesso centro di imballaggio uova - controlli semestrali/totalità centri di imballaggio
		N. Az. agricole in regime di condizionalità ispezionate/ N. Az. agricole in regime di condizionalità da ispezionare (su indicazioni di AGEA)
	Potenziamento C.U. sui depositi di farmaci veterinari	Depositi controllati/totale depositi
	Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati
	Potenziamento controlli ufficiali sull'impiego dei medicinali veterinari	n. scorte proprie del veterinario per attività zooiatriche/ 33% del totale delle scorte proprie del veterinario per attività zooiatriche
	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati
		Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale
	Potenziamento del controllo ufficiale sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dello stabilimento	mangimifici controllati/totale mangimifici in anagrafica aggiornata
	Potenziamento della copertura vaccinale	Copertura vaccinale per Influenza negli anziani: attività di promozione e efficientamento
	Potenziamento dell'attività di prevenzione del rischio correlato alle attività lavorative	Monitoraggio delle prescrizioni/limitazioni dei giudizi di idoneità per ogni P.O.
	Potenziamento screening	N° di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale/N° tot. di bambini nati vivi
	Potenziamento Screening Carcinoma Cervice Uterina	Consolidamento diagnostica molecolare per HPV
		Tempo di refertazione della diagnostica citologica relativa alla popolazione individuata come target pr la metodica citologica
		Tempo di refertazione della diagnostica istologica
	Potenziamento screening oncologici	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni
	Prevenzione primaria delle dipendenze	Incontri di prevenzione primaria con studenti/familiari/docenti presso scuole dell'obbligo utilizzando format autorizzato da Direzione DDP
	Promozione sicurezza alimentare	Controlli congiunti con SIAV B su industrie alimentari, ristorazione scolastica e Socio Assistenziale
		Controlli congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e Socio Assistenziale
		Controlli mirati utilizzo di sale iodato presso ristorazione collettiva
		Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA
	Qualità flussi informativi	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza
	Qualità flussi informativi Dipartimento di Prevenzione	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
	Qualità flussi informativi Ministero della Salute	Modello FLS 18 Assistenza Sanitaria Collettiva: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
	Qualità flussi informativi Regione Puglia	Scheda nazionale A Rilevazione attività: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
		Scheda nazionale B Rilevazione attività: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Relazione annuale sullo stato di salute dei lavoratori della ASL BA
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nelle attività agricole e zootecniche	Numero di aziende agricole e zootecniche con dipendenti vigilate nell'annualità di riferimento
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano edilizia	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano Regionale della Prevenzione 2020 - 2025	Elaborazione di almeno 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PRP
		Elaborazione di almeno 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PRP (MSK)
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: rischio chimico/cancerogeni	Controllo dei parametri utilizzati nella valutazione del rischio chimico nell'ambito delle aziende verificate per rischio da chemicals
		Numero di aziende verificate per rischio da chemicals, con particolare riferimento al comparto metalmeccanica
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoronelle attività agricole e zootecniche	Numero di aziende agricole e zootecniche con dipendenti vigilate nell'annualità di riferimento
	Screening Carcinoma Colon-Retto	Processazione del 100% dei campioni pervenuti e comunicazione dei test positivi al Centro Screening

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile
	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile
Sanità digitale	**Sanità digitale**	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia
		% di prestazioni ambulatoriali con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia
		Attivazione di un progetto di informatizzazione legato all'implementazione dello smart-working
		Attivazione Nuova Piattaforma di Gestione del Protocollo e dei Provvedimenti Amministrativi
		Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale
		Migrazione su Cloud Regionale di almeno due piattaforme applicative
		Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata

3 Dagli obiettivi strategici pluriennali agli obiettivi operativi annuali

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione Strategica all'interno della *mission* e recepiscono le linee di indirizzo nazionali e regionali: esse sono il filo conduttore che congiunge il passato (valori), il presente (missione), il futuro prossimo (obiettivi), il futuro di lungo periodo (visione) e che consolida la ricerca della coerenza strategica. Le politiche e le strategie vengono declinate ogni anno in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budget.

Per la definizione degli obiettivi strategici generali relativamente all'anno 2022 la Direzione Strategica ha tenuto conto dei seguenti riferimenti normativi:

- D.G.R. 129/2018, avente ad oggetto "Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018";
- contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale in data 05/09/2018 con il Presidente della Regione Puglia;
- D.G.R.n.1487 del 02/08/2019 avente ad oggetto "*Schemi di contratto approvati con la D.G.R.n.320 del 13/03/2018 per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. – Integrazione e nuova approvazione*";
- D.G.R. 2437/2019, con cui l'organo di governo regionale ha individuato ed assegnato gli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
- il Programma Nazionale Esiti (P.N.E.), sviluppato da A.G.E.N.A.S., i cui indicatori "sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN";
- obiettivi LEA, come da ultimo individuati con d.p.c.m. 12/1/2017, il cui perseguimento sarà misurato, secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza, attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (D.M. Salute 12 marzo 2019), basato sulle informazioni disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
- leggi nazionali e regionali vigenti (c.d. obiettivi di Legge).

Nelle more della individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance alle Aziende Sanitarie Locali ed alle Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R da parte della Giunta Regionale, anche per l'anno 2022 gli Obiettivi Strategici aziendali sono riferibili, di massima, ai riferimenti normativi sopra riportati, così come anche la conseguente declinazione in obiettivi operativi, salvo l'aggiornamento annuale degli stessi anche alla luce della futura nomina del Direttore Generale, designato con D.G.R.n.2073 del 06/12/2021, e dell'assegnazione dei relativi obiettivi di mandato.

Inoltre, alla luce del persistere della grave situazione sanitaria da COVID-19, si è preferito individuare obiettivi "qualitativi", tesi al miglioramento dell'organizzazione e delle procedure aziendali, a scapito di obiettivi meramente "quantitativi", le cui possibilità di conseguimento appaiono imprevedibili ed aleatorie, a tutto danno della certezza degli impegni assunti con gli *stakeholder* esterni

Il passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi è realizzato tramite la contrattazione degli obiettivi operativi di budget descritta dettagliatamente nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) aggiornato con D.D.G.n.285 del 05/03/2020.

Gli obiettivi di budget, coerenti con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale e con gli obiettivi regionali annuali, sono frutto di una contrattazione tra la Direzione Generale (sulla base dell'istruttoria svolta dalla Struttura Tecnica Permanente con la U.O. Controllo di Gestione) ed i Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori di Dipartimento Amministrativo ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative (UU.OO.) di Staff.

Il conseguimento degli obiettivi, misurato con un criterio di proporzionalità, costituisce condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa aziendale, nel rispetto dei principi stabiliti nel D.Lgs.n.150/2009, nel D.Lgs.n.74/2017, nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della dirigenza e del comparto e nella regolamentazione aziendale.

Il budget operativo trova rappresentazione nella scheda di budget per centro di responsabilità aziendale (Dipartimento, Unità Operativa Complessa, Unità Operativa Semplice Dipartimentale, Distretto, Area di Gestione e Unità Operativa Complessa e Semplice Dipartimentale di Staff).

La scheda di budget è costituita dai seguenti elementi:

- La descrizione sintetica dell'obiettivo
- La prospettiva alla quale ciascun obiettivo è collegato
- Il peso di ogni singolo obiettivo: ogni obiettivo sarà pesato secondo 3 valori: Alto-1; Medio-0,5 e Basso-0,25
- L'individuazione del relativo indicatore
- Il target che si deve raggiungere
- Gli obiettivi generali di cui sono espressione analitica

La contrattazione verte su un gruppo di obiettivi, organizzati secondo le 4 prospettive sopra enunciate, predisposti dalla Direzione Aziendale, dopo fase istruttoria curata dalla S.T.P. e dalla U.O. Controllo di Gestione (CdG), eventualmente integrati con ulteriori obiettivi specifici proposti dai Direttori/Responsabili di Struttura.

È previsto, indicativamente, un set di 10 obiettivi per ogni Struttura, per un peso complessivo tendenzialmente omogeneo.

Gli obiettivi devono essere:

- coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte strategiche dell'Azienda e della Regione;
- misurabili, pertinenti e chiaramente descritti;

- rapportati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili;
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- tali da determinare un miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- comparabili, quando possibile, con i risultati raggiunti nei periodi precedenti e commisurati a valori standard definiti a livello regionale o a valutazioni ottenute tramite la comparazione con strutture aziendali che svolgono attività omologhe.

Il processo di *budgeting* si avvale, per la sua realizzazione operativa, del sistema informativo aziendale e dei suoi sottoinsiemi costituiti, in particolare, da contabilità generale, contabilità analitica, sistema di gestione dei magazzini, sistema di gestione dei cespiti, sistemi di gestione del personale e flussi informativi regionali e nazionali.

Il percorso di budget operativo si sviluppa, di norma, nelle seguenti fasi:

- Definizione del Regolamento del budget operativo: il Regolamento di budget viene elaborato dalla U.O. Controllo di Gestione, su mandato della Direzione Generale, ed adottato con atto deliberativo, nel più ampio quadro del SMVP elaborato dalla Struttura Tecnica Permanente, su mandato della Direzione Generale;
- Apertura fase di negoziazione: la fase di negoziazione ha inizio con incontri tra la Direzione Strategica ed i dirigenti apicali (Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle UU.OO. di Staff). Durante tali incontri la Direzione Generale, con il supporto della U.O. Controllo di Gestione, presenta la proposta di budget (liv.II) sulla base degli indirizzi strategici aziendali, come risultanti dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale e da quelli annuali assegnati dalla Regione ovvero individuati direttamente dallo Stato (liv. I), con l'invito ad integrarla eventualmente con obiettivi specifici;
- Fase istruttoria: questa fase si sviluppa inizialmente all'interno di ciascuna Macrostruttura, a cura del Direttore/Dirigente Responsabile, con la finalità di
    - illustrare ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative afferenti la proposta della Direzione Generale promuovendo il dibattito e la partecipazione attiva;
    - individuare per ciascuna Unità Operativa, d'intesa con i relativi Responsabili, gli eventuali obiettivi integrativi. Tali obiettivi integrativi devono essere in linea con le 4 prospettive precedentemente indicate e coerenti con gli obiettivi regionali e statali assegnati al Direttore Generale e comunque rientranti nella sostenibilità economica e tecnica dell'Azienda. I Direttori di Macrostruttura completano le schede di budget con le eventuali proposte di integrazioni scaturite dal confronto e le trasmettono al Controllo di Gestione. Successivamente il Controllo di Gestione effettua l'analisi delle proposte di budget operativo evidenziandone le eventuali incongruenze con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica.

  I Direttori di Macrostruttura completano le schede di budget con le eventuali proposte di integrazioni scaturite dal confronto e le trasmettono al Controllo di Gestione.

  Successivamente il Controllo di Gestione effettua l'analisi delle proposte di budget operativo evidenziandone le eventuali incongruenze con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica.
- Conclusione della negoziazione e formalizzazione delle schede di budget: la Direzione Generale valuta la proposta di budget operativo pervenuta dalle Macrostrutture, ed in particolare le eventuali integrazioni introdotte, sulla base dell'istruttoria predisposta dal Controllo di Gestione. La negoziazione si conclude, ove possibile, durante uno specifico incontro, con l'intesa tra il Direttore Generale e i Direttori/Dirigenti Responsabili di Macrostruttura e la sottoscrizione del documento di

budget operativo (scheda di budget). Copia delle schede sottoscritte viene pubblicata sulla Intranet aziendale all'indirizzo http://intranet/wordpress/cdg/cdg-sb/ raggiungibile da un computer collegato alla rete aziendale.

- Formalizzazione del budget operativo delle UU.OO.: il Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura formalizza le schede di budget sottoscritte con il Direttore Generale alle UU.OO. afferenti.
- Comunicazione interna della negoziazione dei budget operativi: i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative hanno il compito di:
    - informare i collaboratori assegnati alla Unità Operativa dell'esito della negoziazione
    - documentare l'avvenuta comunicazione tramite l'invio di verbale al Controllo di Gestione
    - predisporre il relativo Piano Operativo, che illustra, ripartisce ed assegna gli obiettivi di lavoro a tutto il personale della Unità Operativa, sia della dirigenza che del comparto. Tale documento, atto dirigenziale di programmazione annuale, è sottoscritto dal Direttore/Dirigente Responsabile e da tutto il personale assegnato alla U.O. ed inviato al Controllo di Gestione.

La scansione temporale per la negoziazione del budget operativo e la rendicontazione di fine anno del raggiungimento degli obiettivi è quella descritta nel citato S.M.V.P. che prevede, tra l'altro, che i Direttori dei DSS, i Direttori di Area, i Direttori Amministrativi dei Presidi Ospedalieri, i Direttori/Responsabili delle UU.OO. di Staff trasmettano alla Struttura Tecnica Permanente una relazione sul raggiungimento di ogni singolo obiettivo assegnato con osservazioni in merito all'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi. La S.T.P., con il coordinamento del Controllo di Gestione, ricevute le suddette relazioni, predispone gli atti da trasmettere all'O.I.V. per la valutazione di competenza. L'O.I.V. effettua la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Strutture dell'Azienda e la trasmette al Direttore Generale.

Potrà essere prevista una variazione dell'obiettivo/indicatore/target nel corso dell'anno nei seguenti casi:

- osservazioni/indicazioni formali dell'O.I.V.;
- tempestiva richiesta di variazione da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura e Ufficio di staff opportunamente motivate rispetto agli esiti del monitoraggio che rendano necessaria/opportuna la variazione in corso d'anno;
- circostanze imprevedibili al momento della programmazione;
- variazioni normative;
- variazioni organizzative aziendali;
- assegnazione di nuovi obiettivi da parte della Regione.

Le variazioni proposte sono soggette alla procedura di budget ed approvate con provvedimento deliberativo della Direzione Strategica.

4 Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

4.1 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Così come previsto dall'art.5, c.1, e dall'art.10, c,1 del D.Lgs.n.150/2009, la pianificazione del ciclo della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Un sistema di obiettivi, infatti, risulta sostenibile solo se è garantita la congruità tra le attività da portare a termine e le risorse effettivamente disponibili.

L'integrazione tra la definizione degli obiettivi generali ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio viene assicurata sia dalla coerenza dei contenuti sia dalla coerenza temporale con la quale vengono adottati i relativi atti. In particolare la definizione degli obiettivi generali di budget per l'anno 2022 è stata adottata con D.D.G.n.2228 del 07/12/2021, il Bilancio di Previsione per l'esercizio 2022 e pluriennale di previsione per gli esercizi 2022-2024 è stato adottato con D.D.G.n.2444 del 30/12/2021.

Tale integrazione si riflette anche nella reportistica predisposta per il monitoraggio degli indicatori utilizzati per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi. La metodologia utilizzata per la determinazione dei report si basa, infatti, sia sui dati forniti dai sistemi informativi economico-finanziari dell'Area Gestione Risorse Finanziarie, dell'Area del Patrimonio e dell'Area del Personale sia sui dati provenienti dai sistemi informativi destinati alla rilevazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle diverse unità operative, consentendo, perciò, un'adeguata valutazione tra grado di raggiungimento dell'obiettivo e risorse impiegate.

Il bilancio economico preventivo per l'anno 2022, in assenza di un DIEF per gli esercizi 2021-2022, è stato redatto tenendo conto della stima dei ricavi ancora provvisori (finanziamento per assegnazione indistinta in misura pari a quanto iscritto nel bilancio Preventivo 2022) e degli obiettivi di riduzione dei costi attribuiti alle singole aziende con le Nota Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale prot. A00_168/PROT/16/12/2021/4348, avente ad oggetto "Linee operative per l'adozione del Bilancio provvisorio di Previsione 2022." e Mail della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo della Regione Puglia del 28/12/2021 avente ad oggetto "Bilancio di previsione 2022.

La programmazione per l'anno 2021 risulta altresì fortemente influenzata dall'emergenza sanitaria determinata dalla diffusione del virus SARS COVID -19 che, a partire dal mese di marzo 2020 ha di fatto stravolto l'ordinaria operatività aziendale condizionandone in maniera significativa tanto la produzione quanto la struttura dei costi.

Gli effetti della pandemia, peraltro ad oggi ancora in corso, e l'impossibilità di prevederne la fine, rendono di fatto estremamente difficoltoso attuare una programmazione di breve periodo salvo che nella determinazione degli impatti sul 2022 di scelte operate nel corso del 2021 per fronteggiare l'emergenza in atto.

Gli effetti sul risultato economico della pandemia, per le diverse voci di costo, come indicato nel precedente paragrafo 4.2.5, determinano il risultato negativo previsto di -€ 61.641, in quanto la gestione riferita ai livelli essenziali di assistenza ordinari presenta una condizione di equilibrio di bilancio programmato.

A ciò si aggiungano poi, i provvedimenti e le disposizioni emanate nel 2022 dagli Uffici Regionali, come di seguito meglio rappresentati, i cui evidenti impatti sul conto economico dell'Asl di Bari non trovano contropartita in un incremento dell'assegnazione indistinta o in risorse aggiuntive specifiche:

- internalizzazione del servizio di 118
- incremento posti autorizzabili ed accreditabili presso strutture del Socio – Sanitario

- rinnovo del contratto del personale dipendente e convenzionato.

Sarebbe, inoltre, quanto mai opportuno recepire il blocco dei ricoveri avvenuto a livello nazionale nel 2020 e, in parte, nel 2021, attraverso i dati aggiornati sulla mobilità passiva i cui valori di addebito non vengono tempestivamente aggiornati.

L'ASL BA può considerarsi, perciò, a tutti gli effetti anche nel 2022 in condizioni di equilibrio economico – finanziario per la gestione riferita ai livelli essenziali di assistenza ordinari, mentre i costi presunti per la gestione dell'emergenza sanitaria in atto dovranno necessariamente trovare copertura con apposita assegnazione da parte dello Stato delle risorse COVID e/o di trasferimenti integrativi regionali

Ai fini della corretta gestione amministrativo-contabile dell'Azienda particolare attenzione viene rivolta al monitoraggio della situazione debitoria per ciascuna Macrostruttura che risulta direttamente collegato al monitoraggio dell'Indice di Tempestività dei Pagamenti. Quest'ultimo, grazie all'incisiva azione della Direzione Strategica Aziendale, è stato abbattuto dai 70 gg del 2015 ai -9 gg circa del 2021 passando per i -11 del 2020.

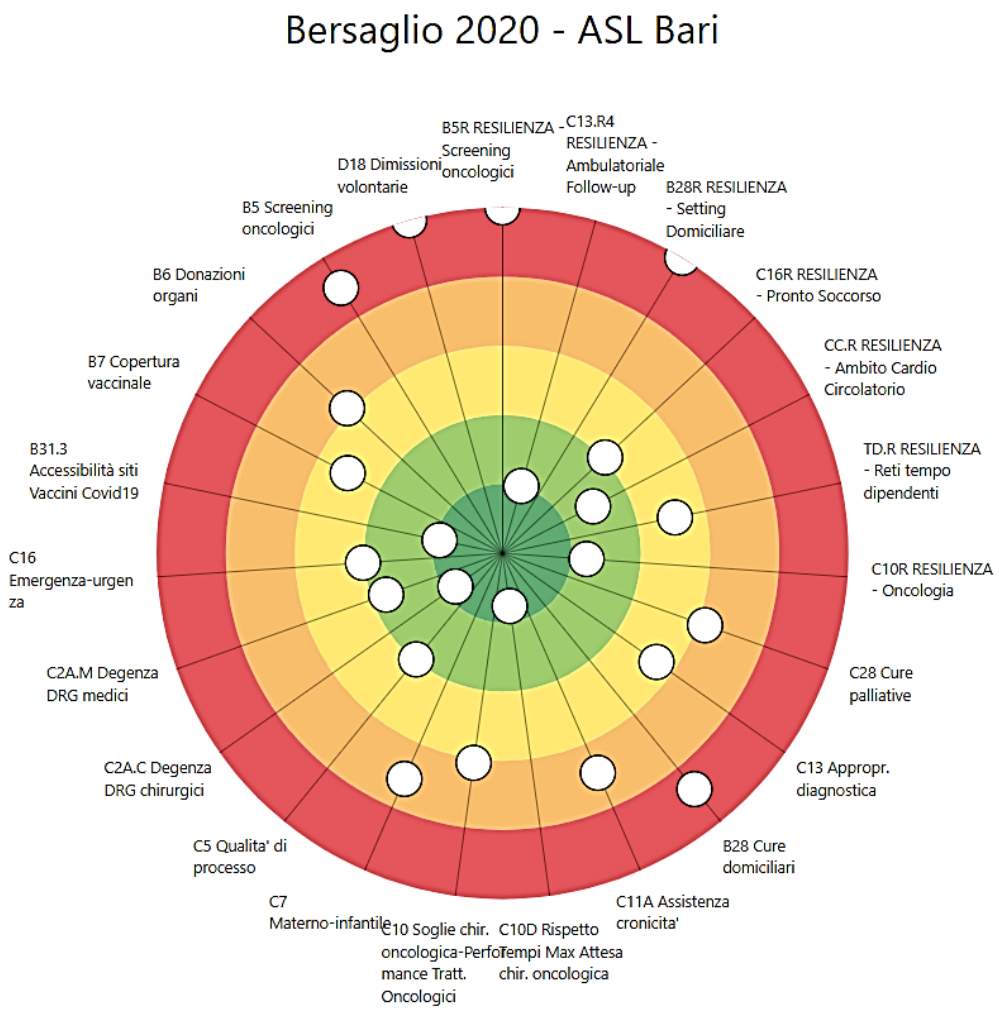
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I.T.P. (gg.)	70	31	12,7	10	9	-11	-9
Scostam. risp. 2015		-55,7%	-81,9%	-85,7%	-87,1%	-115,7%	-112,9%

4.2 Sistema di Valutazione della Performance dei sistemi sanitari regionali

Il progetto Network delle Regioni, progettato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha preso il via nel 2008 grazie alla collaborazione di Liguria, Piemonte, Toscana e Umbria. Ad oggi fanno parte del Network delle Regioni: Basilicata, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto.

Il sistema di valutazione della performance attraverso la rappresentazione del bersaglio riassume la performance di oltre oltre 300 indicatori per il sistema di valutazione dei sistemi sanitari Regionali.

Di seguito è rappresentato il grafico riepilogativo del report riferito all'anno 2020 per la ASL di Bari con gli esiti dei soli indicatori cui sia stata attribuita una valutazione da parte del MeS.



Si evidenzia che gli obiettivi valutati positivamente nel 2020 (aree verdi) riguardano:

- l'assistenza ambulatoriale – Follow-up (indicatore capacità di resilienza)
- l'ambito cardio-circolatorio (indicatore capacità di resilienza)
- l'assistenza oncologica (indicatore capacità di resilienza)
- il rispetto dei tempi massimi di attesa in chirurgia oncologica
- degenza media per ricoveri chirurgici
- degenza media per ricoveri medici

- accessibilità siti online dedicati alla vaccinazione contro il CoVID-19

Gli obiettivi che richiedono invece particolare attenzione (aree arancione e rossa) sono:

- l'estensione e l'adesione degli screening oncologici (anche come indicatore capacità di resilienza)
- l'assistenza domiciliare (anche come indicatore capacità di resilienza)
- le cure palliative
- la soddisfazione del paziente in ambito ospedaliero (percentuale dimissioni volontarie)
- la cura delle cronicità
- i trattamenti oncologici ospedalieri
- la qualità sanitaria dell'assistenza ospedaliera in ambito materno-infantile (oltre agli indicatori specifici per la fase parto, sono considerati alcuni indicatori relativi all'assistenza in gravidanza)
- qualità del processo di individuazione, donazione e prelievo di organi.

4.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Le azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione delle Performance che l'Azienda ritiene utile porre in essere riguardano, innanzitutto, l'adeguamento a quanto disposto dal Decreto Legislativo n.150/2009 e s.m.i., garantendo, di fatto, che il Sistema di valutazione della performance individuale dell'Azienda sia rivolto in primo luogo allo sviluppo delle competenze e all'orientamento dei comportamenti.

In tal modo il Sistema di valutazione della performance individuale, affiancandosi al Sistema di valutazione organizzativa, consentirà di evidenziare l'apporto del gruppo e/o quello individuale, a seconda delle circostanze specifiche, utile al raggiungimento degli obiettivi di programmazione.

Considerato che sostanzialmente tutto l'anno 2021 è stato caratterizzato dall'emergenza sanitaria pandemica, le principali aree di miglioramento per lo sviluppo del Ciclo della Performance (CdP) dell'ASL Bari sono quelle già proposte con il precedente Piano della performance 2021-2023 ovvero quelle di seguito sinteticamente indicate:

- promozione della cultura aziendale sul ciclo della performance organizzativa con particolare riferimento alla partecipazione del personale, con ulteriore sensibilizzazione dello stesso, nella definizione degli obiettivi in un'ottica *bottom-up*;
- promozione della cultura aziendale relativamente alla performance individuale con particolare riferimento al processo di valutazione (gestione dei colloqui di valutazione e del feedback, individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, gestione del conflitto);
- aggiornamento del sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale con revisione della metodologia di valutazione della performance individuale e con il miglioramento dell'integrazione con il ciclo della performance organizzativa.

ASL Bari
PugliaSalute

5 Allegati tecnici

Scheda di budget

ASLBA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2020

DIPARTIMENTO
UNITA' OPERATIVA

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 #	3		M			
2 #	3		M			
3	3 4		M			
4 #	4		M			
5 #	3		M			
6 #	1		A			
7 #	1 2		A			
8 #	1 2		B			
9	3 4		A			

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.
Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.
* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017 ** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25 L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 19/12/2019

DIRETTORE DIPARTIMENTO **DIRETTORE GENERALE**

ASL Bari
PugliaSalute

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area di Comparto

ASLBA

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

SCHEDA DI VALUTAZIONE N. 1 AREA COMPARTO CAT. DA "B" A "DS"

Anno/sessione di valutazione:	
Nome e Cognome:	
Matricola:	
Profilo professionale:	
Macrostruttura:	
Struttura di riferimento:	
Valutatore:	

Legenda Valutazione:
1= insoddisfacente
2= da migliorare
3= soddisfacente/adeguato
4=buono
5=ottimo

VALUTAZIONE COMPETENZE E COMPORTAMENTI

1) Contributo ai programmi dell'unità operativa
(indica la partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento della programmazione delle attività dell'unità operativa cui il professionista è assegnato)

2) Autonomia e responsabilità
(indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e livello di assunzione di resèponsabilità nel concreto agire nel proprio ruolo)

3) Qualità del contributo professionale
(indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio)

4) Programmazione attività
(indica il grado diprogrammare ed organizzare in modo appropriato le proprie attività nel rispetto degli impegni assunti)

5) Relazione con i colleghi
(indica il grado di disponibilità all'ascolto e alla collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa)

6) Orientamento ai bisogni dell'utenza
(indica il grado di cortesia, di diponibilità di puntualità, di presenza a disponibilità nelle risposte ai bisogni della utenza)

7) Flessibilità
(indica il grado di disponibilità rispetto alle richieste della routine lavorativa

8) Sviluppo professionale
(indica il grado dipartecipazione attiva alla manutenzione ed innovazione delle proprie competenze partecipando alla formazione aziendale)

Data _____ **Firma Valutatore** _____

Firma Valutato _____

NOTE

ASL Bari
PugliaSalute

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

SCHEDA DI VALUTAZIONE N. 2 AREA COMPARTO CAT. "A"

Anno/sessione di valutazione: ____

Nome e Cognome: ____

Matricola: ____

Profilo professionale: ____

Macrostruttura: ____

Struttura di riferimento: ____

Valutatore: ____

Legenda Valutazione:
1= insoddisfacente
2= da migliorare
3= soddisfacente/adeguato
4=buono
5=ottimo

VALUTAZIONE COMPETENZE E COMPORTAMENTI

1) Rispetto orario di servizio ____
(è puntuale e rispetta l'orario di servizio)

2) Rapporto con i colleghi e superiori ____
(accetta il confronto con i colleghi e superiori ed è disponibil a modificare i propri comportamenti ed a correggere gli eventuali errori;

3) Orientamento verso l'utente ____
(rispetta i diritti degli utenti, si relaziona in modo educato, gentile e professionale con l'utente è discreto, chiaro e competente nel fornire le indicazioni necessarie)

4) Utilizzo delle risorse materiali e strumentali ____
(utilizza correttamente le risorse materiali e strumentali: è attento alla custodia evita gli sprechi, segnala prontamente le carenze di materiali ed i guasti)

5) Osserva in maniera puntuale i compiti affidati ____
(indica il grado di disponibilità nell'attuare i compiti assegnati)

Totale votazione ____

Data _____ **Firma Valutatore** _____

Firma Valutato _____

NOTE

ASL Bari
PugliaSalute

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area della Dirigenza

DIRIGENTE NON TITOLARE DI STRUTTURA

VERIFICA e VALUTAZIONE ANNUALE DI PRIMA ISTANZA DEI RISULTATI DI GESTIONE e DEI RISULTATI RAGGIUNTI IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI AFFIDATI.

COGNOME e NOME

STRUTTURA di APPARTENENZA

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE nella STRUTTURA

OBIETTIVI ASSEGNATI

sul presente documento l'Azienda si riserva ogni diritto

ASL Bari
PugliaSalute

DIRIGENTE NON DI STRUTTURA

SEZIONE 1. Analisi della performance gestionale. Qualità e Quantità della prestazione di lavoro.

La valutazione della **performance** del Dirigente **è NEGATIVA** perché : • **Inadeguata. Per accertata noncuranza di capacità e/o di impegno (voto da 1 a 3)** • **Modesta.** Appena rispondente alle aspettative per il soddisfacimento delle attività istituzionali e configurante uno svolgimento minimale dell'Incarico affidato. Nel suo complesso insufficiente (**voto da 4 a 5**)	
La valutazione della performance del Dirigente **è POSITIVA** perché : • Prodotta con impegno e capacità accettabile e configurante uno svolgimento dell'Incarico affidato in linea con le aspettative (**voto da 6 a 7**) • Considerevole e realizzata svolgendo le funzioni proprie dell'Incarico affidato con impegno superiore alle attese e capacità significative (**voto da 8 al 9**) • Rilevante per le riscontrate ottime capacità ed il dimostrato spiccato impegno nello svolgimento dell'Incarico affidato che si configura largamente superiore alle aspettative anche per la spontanea assunzione di prestazioni lavorative supplementari rispetto a quelle proprie (**voto 10**)	
VOTAZIONE di VALUTAZIONE	

SEZIONE 2. Risposta al contributo all'assegnazione degli obiettivi nel percorso di budgeting.

La valutazione **è NEGATIVA** perché il Dirigente **non ha raggiunto gli obiettivi assegnati**: • Non avendo organizzato né pianificato il lavoro (**voto da 1 a 3**) • Avendo predisposto una insufficiente organizzazione e pianificazione del lavoro (**voto da 4 a 5**)	
La valutazione **è POSITIVA** perché il Dirigente **ha contribuito ai risultati** in relazione agli **obiettivi di struttura**: • Attraverso un soddisfacente percorso lavorativo (**voto da 6 a 7**) • In maniera largamente considerevole (**voto da 8 a 9**) • Brillantemente, anche in rapporto agli obiettivi "strategici" assegnati dalla Direzione in via suppletiva (**voto 10**)	
VOTAZIONE di VALUTAZIONE	

ASL Bari
PugliaSalute

VOTAZIONE COMPLESSIVA di VALUTAZIONE	

Data e firma del valutatore di prima istanza

_____

Data firma

Data e firma del Dirigente valutato

_____

Data firma

osservazioni del Dirigente valutato :

Data e firma del Dirigente valutato

_____

Data firma

sul presente documento l'Azienda si riserva ogni diritto

ASL Bari
PugliaSalute

DIRIGENTE TITOLARE DI STRUTTURA

VERIFICA e VALUTAZIONE ANNUALE DI PRIMA ISTANZA DEI RISULTATI DI GESTIONE e DEI RISULTATI RAGGIUNTI IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI AFFIDATI.

COGNOME e NOME

STRUTTURA di APPARTENENZA

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE

OBIETTIVI ASSEGNATI; BUDGET DI SPESA; RISORSE, etc.

sul presente documento l'Azienda si riserva ogni diritto

ASL Bari
PugliaSalute

DIRIGENTE DI STRUTTURA

SEZIONE 1. Analisi della performance gestionale. Qualità e Quantità della prestazione di lavoro.

La valutazione della performance del Dirigente **è NEGATIVA** perché : • **Inadeguata. Per accertata noncuranza di capacità e/o di impegno (voto da 1 a 3)** • **Modesta.** Appena rispondente alle aspettative per il soddisfacimento delle attività istituzionali e configurante uno svolgimento minimale dell'Incarico affidato. Nel suo complesso insufficiente (**voto da 4 a 5**)	
La valutazione della performance del Dirigente **è POSITIVA** perché : • Prodotta con impegno e capacità accettabile e configurante uno svolgimento dell'Incarico affidato in linea con le aspettative (**voto da 6 a 7**) • Considerevole e realizzata svolgendo le funzioni proprie dell'Incarico affidato con impegno superiore alle attese e capacità significative (**voto da 8 al 9**) • Rilevante per le riscontrate ottime capacità ed il dimostrato spiccato impegno nello svolgimento dell'Incarico affidato che si configura largamente superiore alle aspettative anche per la spontanea assunzione di prestazioni lavorative supplementari rispetto a quelle proprie (**voto 10**)	
VOTAZIONE di VALUTAZIONE	

SEZIONE 2. Risposta all'assegnazione degli obiettivi nel percorso di budgeting.

La valutazione **è NEGATIVA** perché il Dirigente **non ha raggiunto gli obiettivi assegnati**: • Non avendo organizzato né pianificato il lavoro (**voto da 1 a 3**) • Avendo predisposto una insufficiente organizzazione e pianificazione del lavoro (**voto da 4 a 5**)	
La valutazione **è POSITIVA** perché il Dirigente **ha raggiunto gli attesi risultati** in relazione agli **obiettivi assegnati**: • Attraverso un soddisfacente percorso lavorativo (**voto dal 6 a 7**) • In maniera largamente considerevole (**voto da 8 a 9**) • Brillantemente, anche in rapporto agli obiettivi "strategici" assegnati dalla Direzione in via suppletiva (**voto 10**)	
VOTAZIONE di VALUTAZIONE	

sul presente documento l'Azienda si riserva ogni diritto

ASL Bari
PugliaSalute

VOTAZIONE COMPLESSIVA di VALUTAZIONE	

Data e firma del valutatore di prima istanza

_____

Data firma

Data e firma del Dirigente valutato

_____

Data firma

osservazioni del Dirigente valutato :

Data e firma del Dirigente valutato

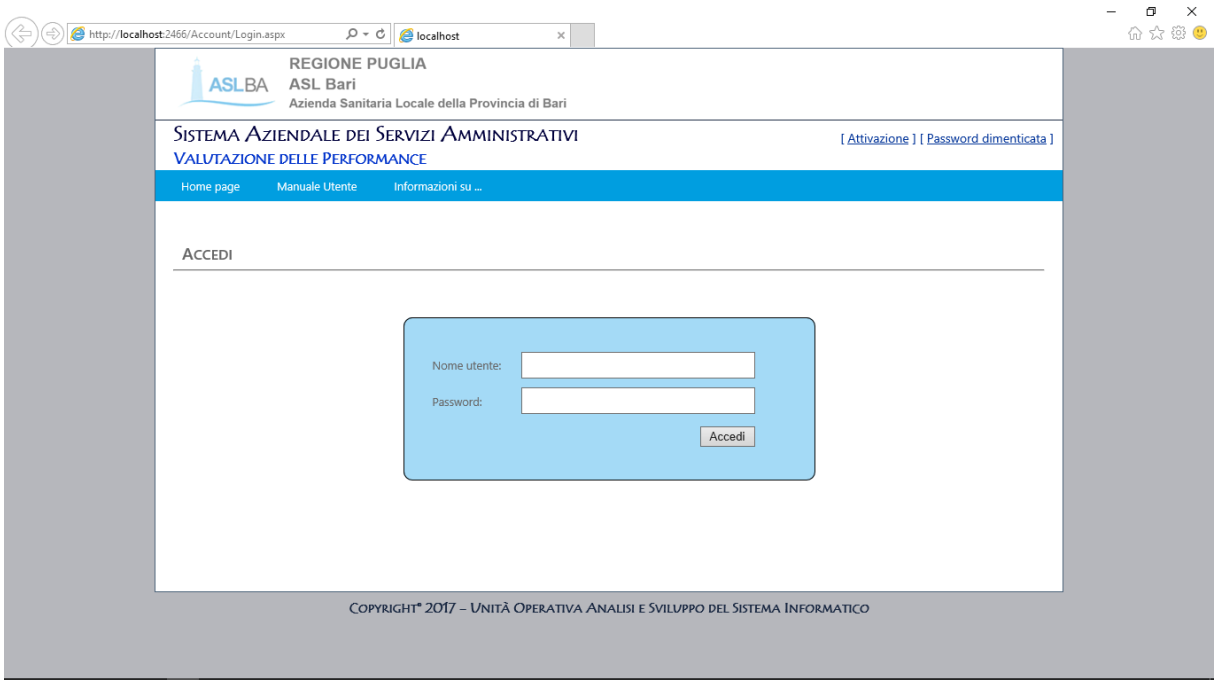
_____

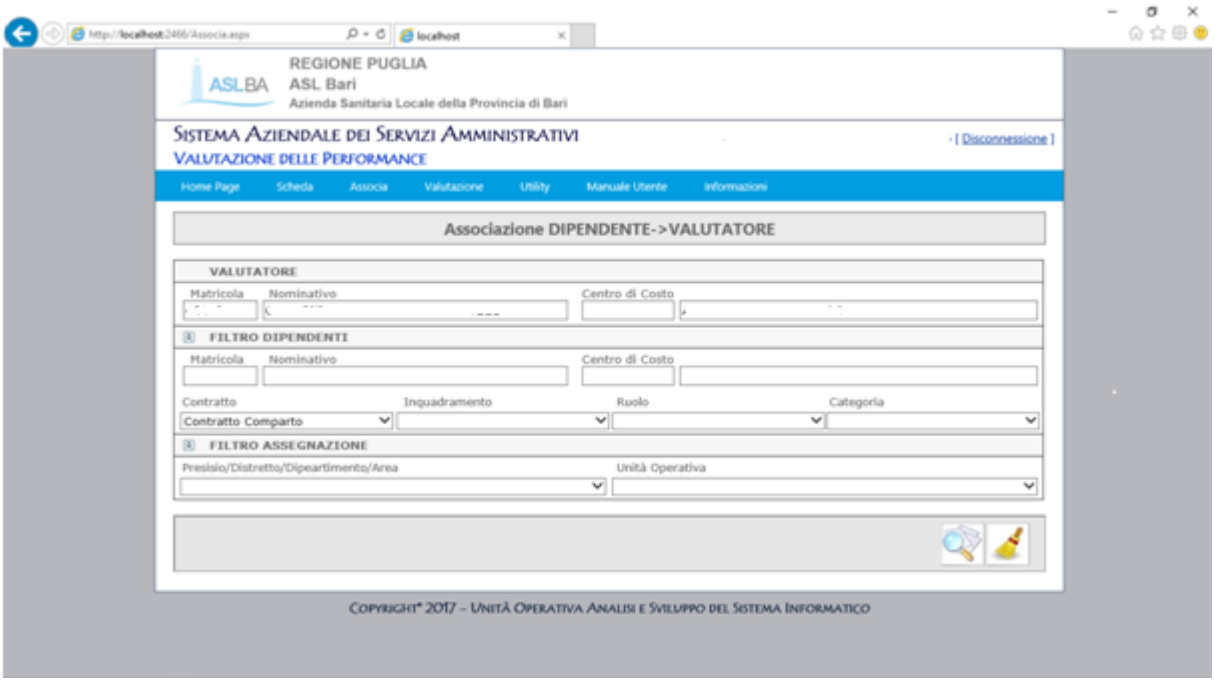
Data firma

sul presente documento l'Azienda si riserva ogni diritto

ASL Bari
PugliaSalute

Sistema aziendale di valutazione individuale del personale dipendente *web-based*





ASL Bari
PugliaSalute

VALUTATORE

Matricola	Nominativo	Centro di Costo	

DIPENDENTE

Matricola	Nominativo	Centro di Costo	

SCHEDA VALUTAZIONE AREA COMPARTO

Matricola	Cognome	Nome	Codice Fiscale

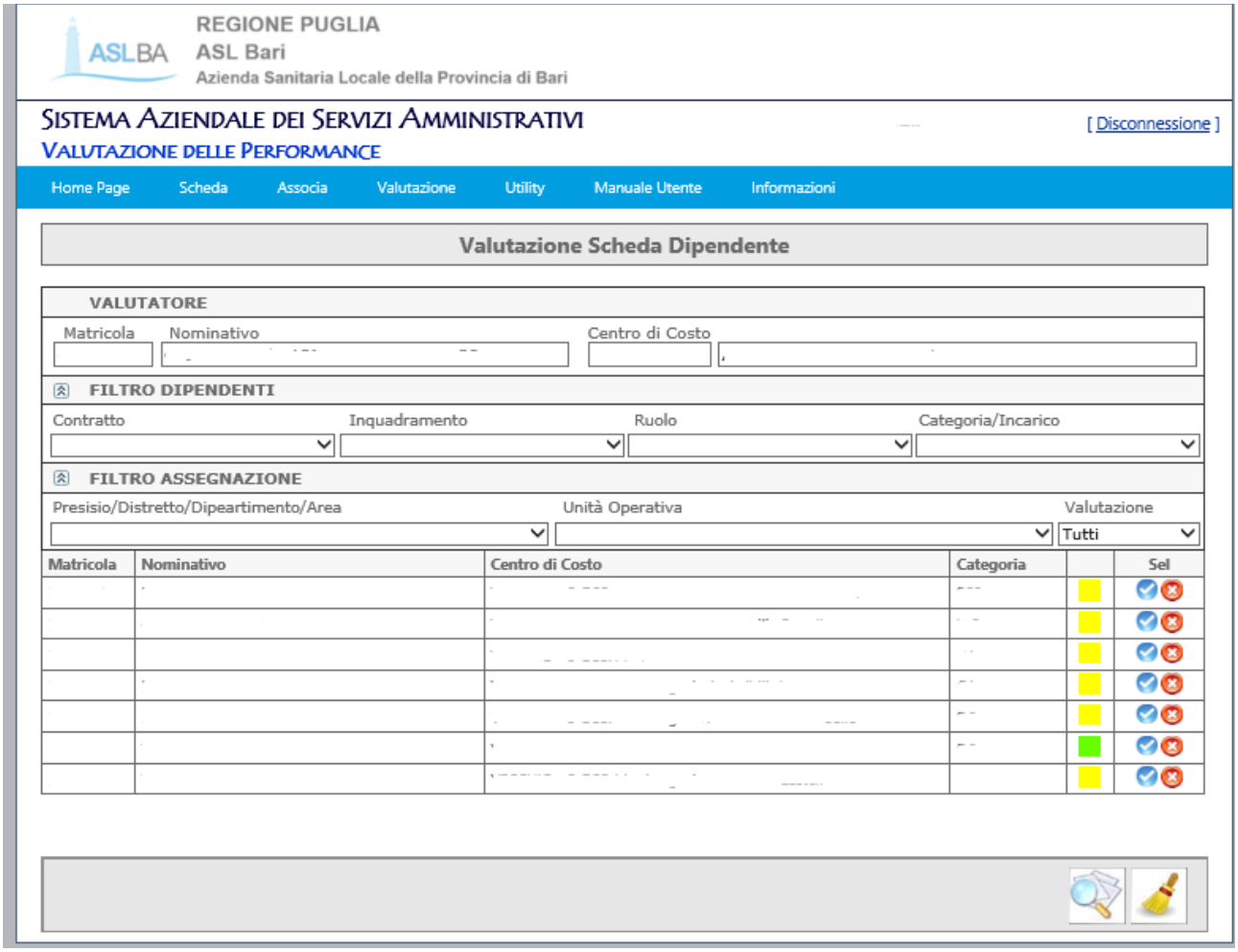
Contratto	Inquadramento	Ruolo	Categoria
Contratto Comparto	Tempo Indeterminato	COMPARTO AMMINISTRATIVO	D6

Legenda Valutazione: 1=insoddisfacente; 2=da migliorare; 3=soddisfacente/adeguato; 4=buono; 5=ottimo

Competenza	Indicatore	Specificazioni (opzionale)	Valutazione
Contributo ai programmi dell'unità operativa	(indica la partecipazione attiva allo sviluppo e al miglioramento della programmazione delle attività dell'unità operativacui il professionista è assegnato)		O1 O2 O3 O4 O5
Autonomia e responsabilità	(indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo)		O1 O2 O3 O4 O5
Qualità del contributo professionale	(indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio)		O1 O2 O3 O4 O5
Programmazione attività	(indica il grado di programmare ed organizzare in modo appropriato le proprie attività nel rispetto degli impegni assunti)		O1 O2 O3 O4 O5
Relazione con i colleghi	(indica il grado di disponibilità all'ascolto e alla collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa)		O1 O2 O3 O4 O5
Orientamento ai bisogni dell'utenza	(indica il grado di cortesia, di disponibilità, di puntualità, di presenza a disponibilità nelle risposte ai bisogni dell'utenza)		O1 O2 O3 O4 O5
Flessibilità	(indica il grado di disponibilità rispetto alle richieste della routine lavorativa)		O1 O2 O3 O4 O5
Sviluppo professionale	(indica il grado di partyecipazione attiva alla manutenzione ed innovazione delle proprie competenze partecipando alla formazione aziendale)		O1 O2 O3 O4 O5
Legenda Valutazione: 1=insoddisfacente; 2=da migliorare; 3=soddisfacente/adeguato; 4=buono; 5=ottimo		**TOTALE**	0

ANNOTAZIONI DEL VALUTATORE

ASL Bari
PugliaSalute



6 Allegato - Piano Organizzativo del Lavoro Agile (D.L. 19 mag 2020, n. 34, art. 263 comma 4-bis)

In calce al presente documento si allega il Piano Organizzativo del Lavoro Agile ai sensi del D.L. 19 maggio 2020, n.34, art.263 c. 4 bis.

Sezione III – Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

Premessa metodologica

Il presente Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT) dell'ASL BARI – triennio 2022/2024 – si pone in linea di continuità rispetto al precedente Piano aziendale in materia:

1. proseguendo l'attività di adeguamento alle indicazioni e novità metodologiche introdotte dal PNA 2019 (segnatamente, con riferimento alla necessità di integrare la fase di analisi del rischio corruttivo collegato a ciascun processo e ciascuna attività mappati, mediante la ricognizione dei relativi "fattori abilitanti", secondo le indicazioni metodologiche fornite dal PNA 2019, All. 1 - par. 4.2);
2. sia per l'esigenza di precisare ulteriormente l'adeguamento dell'assetto e della ripartizione di attività di prevenzione e delle connesse responsabilità, delineati dal precedente Piano, approvato con deliberazione del Direttore Generale (DDG) n. 512/2021, a seguito di un primo monitoraggio circa il concreto atteggiarsi della mutata macro-organizzazione aziendale, avviata per effetto dell'adozione della DDG n. 1005/2020, integrata con successiva DDG 246/2021 e, da ultimo, con DDG 2112/2021, adottata nel mese di dicembre 2021. Il processo di aggiornamento della macro-organizzazione aziendale risulta tutt'ora in corso di perfezionamento.

Quanto al primo profilo, infatti, si segnala che, anche in ragione del massivo intervento di rivisitazione della programmazione aziendale in tema di integrità e trasparenza, necessario per garantire corretta attuazione alle novità introdotte dal PNA 2019, con il PTPCT 2021/2023 si è ritenuto di definire una prima mappatura dei rischi in applicazione della nuova metodologia introdotta con il predetto PNA 2019 e rinviando al presente PTPCT l'ulteriore approfondimento della fase di valutazione ed analisi dei rischi precedentemente individuati, attraverso la ricognizione dei relativi fattori abilitanti, ovvero delle circostanze che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di cattiva amministrazione.

Con il presente Piano, inoltre, si completa l'*iter* di sostanziale recepimento delle recenti misure di prevenzione specifiche in materia di segnalazione all'Unità di Informazione Finanziaria (UIF), istituita presso la Banca d'Italia delle operazioni sospette di riciclaggio, ai sensi dell'art. 10, d. lgs. 90/2017 e delle Linee Guida UIF del 23/4/2018 per le comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette (con riferimento alle quali, sia consentito rinviare alla successiva Parte II, par. 1, lett. o).

Viene sostanzialmente confermata, infine, la regolamentazione interna in tema di trasparenza contenuta nel PTPCT 2021/2023, coerente con le modifiche normative introdotte dal d. lgs. 97/2016 (con riferimento alla quale, sia consentito rinviare alla tabella degli obblighi di pubblicazione allegata *sub* 2 alla presente Sezione e, più in generale alla Parte III del presente Piano).

Quanto al secondo profilo, deve confermarsi che l'elaborazione del Piano relativo al triennio 2021/2023 non ha potuto tenere conto, per l'anno 2021, di tutti i significativi mutamenti impressi alla macro-organizzazione dell'Azienda, per effetto della recente adozione, nel mese di luglio 2020, della DDG. n. 1005/2020, come successivamente integrata, nel mese di febbraio 2021 e quasi contestualmente all'approvazione del PTPCT, con DDG n. 246/2021.

Solo nel corso dell'anno appena concluso, infatti, hanno avuto avvio le prime attività attuative della nuova organizzazione dipartimentale impressa all'Ente. Circostanze, quali la natura provvisoria degli incarichi annuali di direzione dipartimentale (conferiti con DDG 1813/2020, efficace fino al mese di dicembre 2021 ed attualmente in via di conferimento definitivo), la pendenza delle attività di creazione dei Comitati interni ai dipartimenti ovvero di adozione dei regolamenti disciplinanti il riparto di competenze e funzioni intradipartimentali, tutt'ora in corso, infatti, hanno consentito all'RPCT un limitato avvio delle interlocuzioni con i nuovi vertici dipartimentali, per la valutazione congiunta ed il conseguente aggiornamento delle concrete azioni ed attività richieste a ciascuna articolazione aziendale in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, anche per effetto dell'inserimento dell'ulteriore livello dipartimentale per le aree di intervento tecnico-amministrativo, da sempre maggiormente esposte a rischi corruttivi.

Il quadro delineato dal presente Piano, infatti, consegue – come il precedente – ad interlocuzioni e confronti sulle puntuali misure di integrità, avviati fin dai primi mesi del 2021 con i vertici delle Macrostrutture aziendali già coinvolte per il precedente triennio, pur con qualche primo coinvolgimento delle nuove articolazioni dipartimentali[1].

Il coinvolgimento dei tre nuovi Direttori di Dipartimenti tecnico-amministrativi sarà garantito stabilmente a seguito del definitivo conferimento dei relativi incarichi, sia in sede di rilevazione dello stato dell'attuazione delle misure programmate a tale data sia in sede di programmazione per il triennio successivo.

Venendo agli aspetti generali di elaborazione del Piano, come in passato, si è sollecitata la partecipazione attiva di tutta la struttura organizzativa, come riflessa nella attuale Rete dei Referenti RPCT, aggiornata – da ultimo – con la DDG n. 512/2021. L'apporto delle articolazioni ospedaliere è avvenuto, in maniera mediata, mediante l'attività di coordinamento delle Direzioni Amministrative delle Aree ospedaliere Bari Nord e Bari Sud, anche nella veste di Referenti RPCT per i rispettivi presidi ospedalieri (P.O.), oltre che della Direzione del Dipartimento per i Servizi Direzionali, cui afferiscono tutte le Direzioni Mediche di P.O.

Come anticipato, nella definizione del Piano, particolare attenzione è stata indirizzata:

- alla puntuale ricognizione dei fattori abilitanti il verificarsi di fatti/episodi corruttivi, distinti per ciascun processo a rischio caratterizzante le attività rientranti nella competenza istituzionale dell'Amministrazione, anche per effetto delle indicazioni ricevute – nel contesto della partecipazione al Primo *Forum* per l'Integrità in Sanità, organizzato dall'associazione *Transparency* Italia – all'esito della valutazione del PTPCT 2021/2023, condotta da terzi indipendenti e di cui alla comunicazione del 16/7/2021 - prot. 94437/2021);
- all'esito del monitoraggio – su cui cfr. infra, par. 3 – delle misure oggetto del Piano relativo al triennio 2021/2023, quale base conoscitiva per la successiva valutazione circa la necessità di conferma ovvero modifica/integrazione delle stesse anche per il triennio 2022/2024.

In linea con le scansioni del PNA 2019, il presente Piano si articola in tre parti:

1. la Parte I, dedicata alla presentazione specifica del contesto criminale esterno, oltre che alla descrizione delle modalità di gestione del rischio[2];

[1] È il caso dell'avvio delle misure di vigilanza sulla società *in-house* Sanitaservice ASL BA, che ha visto il coinvolgimento sia del Direttore del Dipartimento Amministrativo sia del Direttore del Dipartimento Acquisti, Investimenti e Tecnologie; per maggiori dettagli, si rinvia al relativo par. della Parte II di questa Sezione.

[2] Per la presentazione dell'Azienda e dei contesti interno ed esterno all'Azienda, si rinvia alla Sezione I – L'Amministrazione e l'analisi dei contesti interno ed esterno.

2. la Parte II, dedicata alle misure di prevenzione del rischio di corruzione, ulteriormente ripartita in misure generali e misure specifiche, secondo la distinzione accolta dal PNA 2019; nonché alla misura trasversale relativa ai rapporti con la società in-house Sanitaservice ASL BA, alle misure specifiche per la situazione di emergenza sanitaria in corso e per la gestione della fase attuativa degli interventi aziendali finanziati tramite il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
3. la Parte III, dedicata alla misura della trasparenza e all'istituto dell'accesso civico.

Alla Parte II, accede la tabella delle misure anticorruzione allegata *sub* 1) alla presente Sezione, contenente le misure generali e specifiche di prevenzione e contenimento del rischio ed integrata, con il presente Piano, con le risultanze della ricognizione dei fattori abilitanti, avviata nel mese di settembre 2021 (con nota prot. 62272/2021); nella medesima Parte II, viene riportata, inoltre, la tabella relativa ai fattori di rischio utilizzata per la valutazione del livello di rischio di ciascun processo e sub-processo individuato in tabella *sub* 1).

Alla Parte III, infine, afferisce la tabella allegata *sub* 2) alla presente Sezione, ricognitiva degli obblighi di pubblicazione.

Parte I Il processo di elaborazione del PTPCT

1. Rilievo anticorruzione del modello organizzativo dipartimentale

Per maggiori approfondimenti circa il nuovo modello organizzativo aziendale, così come per l'analisi dei contesti interno ed esterno, si rinvia alla Sezione I.

In questo paragrafo, partendo dalla descrizione contenuta alla Sezione I, ci si soffermerà sull'individuazione e descrizione dei principali caratteri del contesto criminale presente sul territorio provinciale.

Come anticipato nella premessa metodologica a questa Sezione, la DDG n. 1005/2020, così come le successive DDG nn. 246/2021 e 2112/2021 prevedono la istituzione di tre dipartimenti tecnico-amministrativi, aventi ambiti di attività non schiettamente medico-sanitari:

- Dipartimento Amministrativo (cui fanno capo l'Area Gestione Risorse Finanziarie, l'Area Gestione Risorse Umane e le due Direzioni Amministrative di P.O.);
- Dipartimento Sicurezza e qualità (cui fanno capo l'U.O. Sicurezza e Gestione Sinistri, l'U.O. Rischio Clinico, l'U.O. Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, l'U.O. Medicina del lavoro e Sorveglianza Sanitaria, l'U.O. Fisica Sanitaria e l'U.O. Formazione);
- Dipartimento Investimenti, acquisti e tecnologie (cui fanno capo l'Area Gestione Tecnica, l'Area Gestione Patrimonio, l'U.O. High Technology Assessment– HTA e l'U.O. Analisi e Sviluppo Software Informatico).

I tre Dipartimenti anzidetti, chiamati a standardizzare procedure e procedimenti riconducibili, rispettivamente:

- all'ambito amministrativo tout court;
- all'ambito sanitario;
- all'ambito specifico degli approvvigionamenti;

si aggiungono ai Servizi di *staff* e ai Dipartimenti ospedalieri e territoriali, di cui si è detto alla Sezione I.

I tre Dipartimenti tecnico-amministrativi, benché non aventi natura gerarchico/strutturale ma funzionale, rappresentano un dato di estremo rilievo nell'ottica della futura definizione ed attuazione della strategia aziendale in materia di integrità, attesa la possibilità che le nuove Direzioni dipartimentali garantiscano uniformità nelle attività di esecuzione delle misure di prevenzione del rischio e di trasparenza, oltre che nella fase di dialogo e raccordo con l'RPCT.

Le potenzialità connesse alla piena operatività delle articolazioni dipartimentali troveranno pieno sviluppo solo per effetto della nomina del nuovo direttore Generale, recentemente designato con DGR 2073/2021 e del conseguente conferimento definitivo degli incarichi di Direzione dei Dipartenti risultanti dalla nuova organizzazione aziendale.

A partire da tale momento, inoltre, potrà pienamente dispiegarsi la funzione di raccordo con l'RPCT e vigilanza delle direzioni dipartimentali rispetto all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Sia consentito ricordare, infatti, che nel rispetto di quanto deliberato dalla Direzione Strategica a luglio 2020 con la DDG n. 1005/2020, con la DDG n. 1813 del 16/12/2020, dati il persistere dello stato pandemico e la centralità di taluni Dipartimenti aziendali, tra gli attori chiamati a garantire "*celere ed efficiente coordinamento delle attività assistenziali sia di natura medico/sanitaria, ma anche tecnico/amministrativa, necessarie per combattere l'emergenza sanitaria in corso ed un supporto alla Direzione Strategica aziendale, anche al fine di accelerare il processo di riorganizzazione aziendale e di decentrare lo stesso coinvolgendo le strutture apicali*", si è provveduto a:

a. disporre una proroga annuale[3] dei Direttori di Dipartimento che restano immutati o che subiscono mere incorporazioni o scorpori[4],"*tanto in ragione della prevalente esigenza di tutelare la continuità gestionale e/o organizzativa, anche in virtù della grave situazione emergenziale e la massima celerità delle procedure, quanto in considerazione della correlata preminenza dell'interesse ad assicurare la massima efficienza organizzativa anche in ragione della temporaneità degli incarichi a prorogarsi, nelle more del completamento del complessivo processo di ristrutturazione aziendale in corso*";

b. conferire un incarico provvisorio, per i Dipartimenti vacanti, mutati sostanzialmente o di nuova istituzione, per anni uno, o, comunque, fino al momento, antecedente, di nomina dei Direttori di Dipartimento titolari, previamente effettuando una comparazione dei curricula ad opera della Direzione Generale o, comunque, una valutazione idoneativa nel caso in cui vi sia un'unica candidatura[5].

La medesima DDG n. 1813/2020, infine, ha dato atto dell'impossibilità – al momento ancora ricorrente – del conferimento degli incarichi di Direzione dei Dipartimenti di Riabilitazione, di Area Medica e di Area Chirurgica, attesa l'attuale carenza di titolari Direttori di Struttura Complessa che possano accedervi, pendendo numerose procedure concorsuali per tali incarichi.

Sia con riferimento a queste ultime che alle analoghe procedure, finalizzate al conferimento degli incarichi di Struttura Complessa, di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale/Alta Valenza Strategica e di Struttura Semplice afferenti ai singoli Dipartimenti, deve segnalarsi lo svolgimento e la conclusione – nel corso del 2021 – di numerosissime procedure selettive.

Di particolare rilievo, nell'ottica del contenimento del rischio corruttivo, il recente conferimento disposto con la DDG n. 1540 del 1°/9/2021, degli incarichi di responsabilità di n. 13 delle nuove U.O.S. amministrative e tecniche previste con la DDG n. 1005/2020, come di seguito riportato:

[3] La proroga è stata disposta fino al 6/12/2021, o, comunque, fino al momento, antecedente, di nomina dei Direttori di Dipartimento titolari.

[4] Le Direzioni di Dipartimento prorogate con la DDG n. 1813/2020 sono relative ai seguenti Dipartimenti: Dipartimento Cardiovascolare; Dipartimento Materno-Infantile; Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale; Dipartimento Gestione del Farmaco; Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero; Dipartimento di Prevenzione; Dipartimento delle Dipendenze Patologiche e Dipartimento di Salute Mentale.

[5] Sono stati così conferiti gli incarichi di Direzione dei seguenti Dipartimenti: Dipartimento Nefrourologico; Dipartimento di Ortopedia; Dipartimento di Area medica specialistica; Dipartimento Neurosensoriale; Dipartimento Gestione avanzata rischio riproduttivo e gravidanza a rischio; Dipartimento Emergenza-Urgenza; Dipartimento Anestesia e Rianimazione; Dipartimento Radiodiagnostica; Dipartimento Assistenza Territoriale; Dipartimento Amministrativo; Dipartimento Sicurezza e Qualità e Dipartimento Investimenti, acquisti e tecnologie.

1. U.O.S. Acquisizione attrezzature e beni mobili, afferente all'Area Gestione Patrimonio;
2. U.O.S. Acquisizione servizi, afferente all'Area Gestione Patrimonio;
3. U.O.S. Acquisizione beni, afferente all'Area Gestione Patrimonio;
4. U.O.S. Impegni e liquidazioni, ciclo attivo e ciclo passivo, afferente all'Area Gestione Risorse Finanziarie;
5. U.O.S. Trattamento economico, giuridico e previdenziale, afferente all'Area Gestione Risorse Umane;
6. U.O.S. Personale convenzionato, afferente all'Area Gestione Risorse Umane;
7. U.O.S. Assunzioni e concorsi, afferente all'Area Gestione Risorse Umane;
8. U.O.S. Direzione Amministrativa DSS 1-2-3, afferente funzionalmente per le attività anticorruzione al Dipartimento Assistenza Territoriale;
9. U.O.S. Direzione Amministrativa DSS 4-5, afferente funzionalmente per le attività anticorruzione al Dipartimento Assistenza Territoriale;
10. U.O.S. Direzione Amministrativa DSS Bari, afferente al Dipartimento Assistenza Territoriale;
11. U.O.S. Direzione Amministrativa P.O. Corato-Molfetta, afferente alla Direzione Amministrativa PP.OO. Area Nord;
12. U.O.S. Direzione Amministrativa P.O. Murgia, afferente alla Direzione Amministrativa PP.OO. Area Nord;
13. U.O.S. Affari Generali, posta in *staff* alla Direzione Strategica.

A queste, si aggiungono i conferimenti relativi agli incarichi di responsabilità per la U.O.S. URP, disposto con la DDG n. 1539/2021 a seguito del pensionamento del precedente titolare, nonché per la U.O.S. *Privacy*, disposto con la DDG n. 1769/2021.

La riconducibilità di buona parte delle attività, ritenute dall'Autorità come particolarmente esposte a rischi corruttivi, tra quelle di competenza di talune delle U.O.S. oggetto di recente conferimento, così come la posizione di interlocutore privilegiato dell'RPCT, senza dubbio riconoscibile al titolare della U.O.S. *Privacy*, anche quale *Data Protection Officer* aziendale, nominato con la successiva DDG n. 2069 del 24/11/2021, confermano l'impegno della Direzione Strategica nella predisposizione dell'impianto organizzativo necessario all'attuazione della strategica complessiva in materia di integrità adottata dall'Amministrazione, su impulso dell'RPCT.

Come anticipato in premessa, cionondimeno, solo al termine delle numerose ulteriori attività attuative della DDG n. 1005/2020, la Direzione Strategica – su impulso del medesimo RPCT – sarà chiamata ad una nuova ed aggiornata valutazione circa l'assetto delle concrete azioni ed attività richieste a ciascuna articolazione aziendale in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, alla luce della definitiva ricognizione dei procedimenti di competenza di ciascuna Macroarticolazione interna.

2. Il processo di elaborazione del PTPCT: soggetti interni ed esterni, ruoli e responsabilità

Il mutato quadro organizzativo, delineato dalla DDG n. 1005/2020 e modificato con le DDG n. 246/2020 e n. 2112/2021, non ha modificato la designazione dell'RPCT, disposta con la DDG n. 2399/2019, e l'aggiornamento del gruppo di lavoro RPCT e della Rete dei Referenti RPCT, ivi contenuto e successivamente integrato con DDG n. 392/2020 e, da ultimo, con la DDG n. 512/2021.

L'attuale incarico di RPCT è stato conferito con la DDG. n. 2399/2019, per le motivazioni ivi dettagliatamente rappresentate[6].

Quanto all'attuale composizione:

- del gruppo di lavoro RPCT, si evidenzia che lo stesso non viene delineato quale ufficio stabilmente "dedicato" a supporto dell'RPCT, essendo i dipendenti individuati quali componenti già assegnati ad altre articolazioni aziendali. Nel dettaglio, il gruppo di lavoro RPCT risulta composto da due collaboratori di categoria D, assunti nel mese di ottobre 2018 (cui si aggiunge, per effetto della individuazione temporaneamente disposta dal Direttore Generale con la nota del 17/6/2021- prot. 79014/2021, oggetto di ratifica con il provvedimento deliberativo di adozione del presente atto, un terzo collaboratore a tempo determinato di categoria D, assunto nel mese di marzo 2021), e da un coadiutore amministrativo di categoria BS, assunto nel mese di giugno 2018 - quest'ultimo per le sole attività di segreteria), i quali risultano ordinariamente assegnati – rispettivamente – alla Struttura Burocratico Legale - SBL, all'Area Gestione Risorse Finanziarie - AGRF e al Dipartimento di Salute Mentale - DSM, i tre collaboratori; nonché all'Ufficio Delibere, incardinato nella U.O.S. Affari Generali, il coadiutore). Siffatti compagine ed assetto – anche in ragione dei rilevanti sforzi assunzionali profusi dall'Ente già all'indomani del venir meno del blocco del turn-over conseguente alla l.r. Puglia 2/2011 (cd. Piano di rientro) e delle notevoli dimensioni e complessità dell'ente – non potranno che essere riconsiderati, come già richiesto dall'RPCT nella Relazione relativa all'anno 2020 e nuovamente nelle Relazione per il 2021, in favore della istituzione di un gruppo dedicato di supporto all'RPCT, ferma la natura di incarico aggiuntivo del solo RPCT, rispetto ad altro e principale incarico, secondo quanto consentito dall'Autorità[7];
- della Rete dei Referenti RPCT, si segnalano la tempestiva sostituzione dei componenti attualmente in servizio presso altre Pubbliche Amministrazioni, cessati dal servizio ovvero, comunque, gli aggiornamenti conseguenti al nuovo assetto organizzativo aziendale, disposta con il presente atto.

Quanto al ruolo dei Direttori/Responsabili di tutte le Macrostrutture nella complessiva strategia anticorruzione dell'Ente, come in passato – tanto in considerazione della complessa organizzazione amministrativa e sanitaria dell'Azienda quanto al fine di assicurare una più puntuale osservanza della l. 190/2012 – gli stessi sono confermati quali primi responsabili dell'attuazione delle misure disposte con il

[6] Si evidenzia che il dirigente amministrativo individuato quale RPCT dalla DDG 2399/2019 risulta successivamente individuato quale titolare della U.O.S. Affari Generali, con la DDG. n. 1540/2021.

[7] È doveroso richiamare il disposto dell'art. 1, c. 7, l. 190/2012, che impone alle amministrazioni pubbliche di disporre ogni eventuale modifica organizzativa necessaria per assicurare all'RPCT "funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività. Tale previsione legislativa è stata recentemente richiamata, nel corso della giornata "Semplificazione e Trasparenza", organizzata dall'Autorità lo scorso 26/10/2021, dagli interventi dei consiglieri Giacomazzo e Forteleoni, i quali, prendendo le mosse dalla natura di incarico aggiuntivo dell'RPCT ed in considerazione della rilevanza dei compiti e responsabilità assegnati al medesimo, hanno ribadito il forte auspicio – da sempre espresso dall'ANAC – in favore della costituzione di un Ufficio stabile e dedicato a supporto dell'RPCT, pena il rischio di sostanziale inefficacia della strategia complessiva disegnata dall'Ente.

PTPCT, così come della tempestiva e corretta esecuzione delle indicazioni provenienti dall'RPCT, ferma la funzione di interfaccia tra i predetti Direttori/Responsabili e l'RPCT, nonché di supporto di natura tecnica in favore dei medesimi Direttori/Responsabili di Macrostruttura, attribuita dal PNA ai Referenti. Si richiama in particolare, il contenuto della disposizione di servizio del 16/02/2015 (prot.n.31595) con cui il R.P.C.T. *pro tempore* ed il Commissario Straordinario fornivano indicazioni in merito all'obbligo di comunicazione immediata "*alla Direzione Generale di ogni attività di ispezione, verifica e controllo che Organi Amministrativi, Giudiziari, Militari esterni effettuano d'ora in poi presso le Strutture Aziendali con istantaneo e conseguente invio del relativo verbale ispettivo, verifica o controllo*".

I Referenti, infatti, sono obbligati a concorrere con il RPCT alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, così come a fornire un presidio tecnico alle articolazioni aziendali, ai fini della corretta attuazione delle norme in materia di trasparenza. In ottemperanza a quanto previsto dalla normativa di riferimento, i predetti Referenti collaborano con l'RPCT assicurando:

1. l'individuazione, nell'ambito delle rispettive Macrostrutture e d'intesa con i relativi Direttori/Responsabili, le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione aggiornando e trasmettendo periodicamente all'RPCT le schede per il censimento di tutte le attività rilevanti gestite, dei relativi rischi corruttivi e fattori abilitanti la corruzione e del relativo livello di rischio, ai fini dell'aggiornamento del PTPCT;
2. l'attuazione, d'intesa con l'RPCT, di meccanismi di formazione interna a ciascuna Macrostruttura, attuazione e controllo delle decisioni;
3. il tempestivo aggiornamento dell'RPCT, con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio di corruzione per ciascuna Macrostruttura;
4. il primo monitoraggio circa il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
5. il monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione in forza alla propria struttura assicurando, in caso di conflitto d'interesse, anche potenziale, l'attivazione dei meccanismi di astensione e sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6-bis della Legge 241/1990 del personale in conflitto;
6. il primo monitoraggio dell'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità ad assolvere la funzione sua propria nonché la proposta di eventuali modifiche dello stesso quando siano accertati significativi scostamenti dalle prescrizioni/misure programmate ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione che richiedono un necessario adeguamento del Piano stesso; a tale scopo i Referenti concorrono all'istruttoria delle relazioni periodiche circa lo stato di attuazione delle misure anticorruzione e di trasparenza previste dal Piano, chieste alle rispettive Macrostrutture dall'RPCT in sede di monitoraggio, comunicando all'RPCT eventuali criticità rilevate e collaborando con il rispettivo Direttore/Responsabile di Macrostruttura in sede di proposta di possibili modalità idonee al superamento delle difficoltà riscontrate, secondo quanto previsto in tabella 1);
7. il primo monitoraggio circa l'attuazione effettiva delle misure di rotazione previste dal Piano ovvero

delle misure alternative alla rotazione, motivando in merito alle ragioni ostative della rotazione stessa;

8. elementi utili alla individuazione, da parte dell'RPCT, del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamato ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
9. l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa garantendo che nell'esercizio delle rispettive funzioni, l'esercizio delle stesse nell'ambito dell'organizzazione amministrativa sia resa quanto più possibile trasparente e le attività espletate dalle singole unità organizzative siano coordinate fra loro.

Tutti i dirigenti ed i dipendenti, per l'area di rispettiva competenza:

a. assicurano attività informativa nei confronti dell'RPCT, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile;
b. partecipano al processo di gestione del rischio;
c. coadiuvano il Direttore Responsabile di Macrostruttura alla proposta delle misure di prevenzione (art. 16, d.lgs. n. 165 del 2001 e l. 190/2012);
d. assicurano l'osservanza del Codice di comportamento;
e. adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55-bis d.lgs. n. 165 del 2001);
f. osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, c. 14, della l. n. 190/2012);
g. trasmettono entro il 31 luglio di ciascun anno una relazione all'RPCT, indicando le criticità riscontrate tanto nell'attuazione delle misure di cui alla tabella allegata sub 1) alla presente Sezione quanto degli obblighi di pubblicazione di cui alla tabella allegata sub 2) alla presente Sezione, gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza dello stesso, i bisogni formativi in tema di integrità/trasparenza, con l'individuazione nominativa del personale da formare, nonché le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare il PTCP[8]; a questi dati si aggiungono i dati relativi ai procedimenti giudiziari e disciplinari rilevanti, da trasmettere entro il 31 dicembre di ciascun anno, così da consentire all'RPCT di predisporre la propria Relazione annuale;
h. garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal d.lgs n. 33/2013 così come modificato dal d.lgs 97/2016, secondo quanto riportato in tabella 2), allegata alla presente Sezione;
i. assicurano all'RPCT e alla Direzione Generale il necessario supporto istruttorio, in sede di esame

[8] Il termine del 31 luglio, pur apparentemente collocato troppo a ridosso dell'inizio dell'anno, risulta coerente – dopo una prima annualità, il 2021, in cui era fissato al 30 ottobre – in considerazione della peculiare complessità organizzativa dell'Ente e dell'elevato numero di Macrostrutture che partecipano alla definizione delle misure anticorruzione e alla loro successiva attuazione. La mole di dati, informazioni e documenti oggetto di interlocuzione tra le anzidette Macrostrutture e l'RPCT, anche in ragione della assenza di un ufficio dedicato a supporto del RPCT, impone la previsione di un termine che lasci all'RPCT e alle Macrostrutture un lasso di tempo congruo all'approfondimento delle criticità eventualmente rilevate nella prima metà di ciascun anno, anche ai fini dei necessari interventi con il PTPCT relativo al triennio successivo.

delle segnalazioni di presunti episodi corruttivi ricevute dall'Azienda.

Al riguardo si rammenta che l'art. 8, D.P.R. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti dell'RPCT, la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento di tutti i dipendenti (dirigenti e non) in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione del presente Piano.

Nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo dell'RPCT nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente come alla responsabilità del RPCT si affiancano, con maggiore decisione, quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPC, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione. Lo stesso d.lgs. 165/2001 all'art. 16, c. 1, lett. l-*bis*), l-*ter*) e 1-*quater*), prevede, d'altra parte, tra i compiti dei dirigenti quello di concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione, fornendo anche informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo e provvedendo al loro monitoraggio.

Premessi gli anzidetti brevi cenni sull'organizzazione a supporto delle attività dell'RPCT, quanto alla redazione del Piano, il medesimo Responsabile, già nel 2021, ha proposto al Direttore Generale un cambiamento di prospettiva nella individuazione delle misure più opportune a fronteggiare il rischio del verificarsi di fenomeni di *mal-administration*.

Anche in ragione della necessità di completare l'adeguamento della strategia aziendale alla nuova metodologia illustrata dal PNA 2019, nonché alla luce degli esiti di un primo monitoraggio specifico sulla mappatura dei procedimenti (avviato dall'RPCT nel mese di marzo 2020 e conclusosi nel successivo mese di giugno 2020 – nell'ambito delle attività propedeutiche all'attestazione OIV circa il corretto adempimento, nella specie, degli obblighi di cui all'art. 35, d. lgs. 33/2013), infatti, è stato ritenuto opportuno procedere ad una nuova mappatura dei processi aziendali rilevanti, prendendo esplicitamente le mosse dalle aree di rischio generali e specifiche individuate dall'ANAC, con il PNA 2019 e, per l'ambito sanitario, con l'Aggiornamento 2015 al PNA 2013 e con il PNA 2016, alle quali vengono ricondotti i singoli processi aziendali e le relative Macrostrutture interne competenti, piuttosto che da "autonome" categorizzazioni proposte dagli Uffici.

Alle due aree generali e specifiche, si aggiunge l'area trasversale, rappresentata dalle misure di raccordo con la società *in-house* aziendale Sanitaservice ASL BA, per gli ambiti dell'anticorruzione e della trasparenza. Già nel 2021, inoltre, il Piano ha introdotto specifiche misure volte alla mitigazione dei rischi corruttivi emersi durante la prima fase pandemica; le stesse, ulteriormente precisate e rafforzate, sono confermate anche per l'anno 2022.

Vengono introdotte, infine, con il Piano relativo al triennio 2022-2024, prime specifiche misure aventi ad oggetto l'organizzazione per la gestione dei programmi riconducibili all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 "Sanità".

Come già avvenuto per il triennio 2021-2023 (nota del 1°/12/2020 - prot. 70431), con la analoga nota del 13/12/2021 (prot. 81229), pertanto, l'RPCT ed il Direttore Generale hanno proposto a tutte le Macrostrutture una prima bozza di mappatura dei processi a rischio, aggregati rispetto ai macro-insiemi rappresentati dalle aree di rischio, generali, specifiche e trasversali, individuate dai PNA succedutisi nel tempo, nonché relativi ai rischi legati alla gestione della fase pandemica e all'attuazione del PNRR. Con tale comunicazione, l'RPCT ed il Direttore Generale hanno sollecitato riflessioni di tutte le Macrostrutture sulla nuova mappatura proposta.

In precedenza, con la nota del 28/9/2021 (prot. 62272), l'RPCT ed il Direttore Generale coinvolgevano altresì tutti gli Uffici anche nella attività di approfondimento della fase di valutazione del rischio, mediante la

individuazione dei fattori abilitanti il verificarsi di fenomeni corruttivi – per ciascuna attività già censita nel PTPCT 2021-2023.

A tale fine, veniva formulata una prima proposta di individuazione dei fattori abilitanti, sollecitando valutazioni e proposte di modifiche delle Macrostrutture, da far pervenire all'RPCT mediante la compilazione di una griglia di ulteriori fattori (di cui al paragrafo successivo).

In tal modo, è stato possibile assicurare una maggiore uniformità/omogeneità di trattamento a situazioni spesso sovrapponibili o, comunque, analoghe, anche in vista della definizione ed attuazione delle pertinenti misure volte al contenimento del rischio di verificarsi di eventi avversi.

Entrambe le predette note del 28/9/2021 (prot. 62272) e del 13/12/2021 (prot. 81229), pubblicate nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, alla sottosezione Altri contenuti/prevenzione della corruzione, inoltre, hanno avviato una consultazione pubblica, aperta a tutti gli *stakeholder* interni ed esterni, finalizzata a sollecitare contributi ed eventuali proposte di modifica tanto alla ricognizione dei fattori abilitanti quanto alle connesse e consequenziali misure programmate per il contenimento del rischio di corruzione, in relazione all'anno 2022. Tale modalità è stata ritenuta la più idonea a garantire trasparenza e pari opportunità di coinvolgimento a tutti i numerosi soggetti, interni ed esterni, che interagiscono con l'Azienda nelle materie di competenza di quest'ultima (per una ricognizione complessiva, cfr. *infra* Sezione I, par. 3 Contesto interno ed esterno e questa Sezione, par. 6 Contesto criminale esterno). Deve segnalarsi la mancata ricezione di osservazioni e proposte da parte degli *stakeholder* esterni.

Sulla base delle osservazioni formulate dai Direttori/Responsabili delle Macrostrutture[9], quali soggetti maggiormente qualificati per una corretta identificazione sia dei fattori che favoriscano la commissione di fatti di *maladministration* sia delle attività a maggior rischio di corruzione, nonché delle misure più idonee per il relativo trattamento ed – in quanto tali – destinatari di specifici obiettivi in tema di integrità (su cui v. infra par. 4 Collegamento con il ciclo della *performance* e la programmazione di *budget*), l'RPCT ha proceduto alla redazione della proposta definitiva delle misure per il trattamento del rischio, integrando e modificando

[9] Osservazioni e proposte, ovvero conferme delle misure proposte il 13/12/2021, sono state formulate dalle seguenti Macrostrutture:
- UOGRC (mail del 16/12/2021);
- Direzione Amministrativa DAT (nota prot. 2196 del 12/01/2022);
- DSS 9 e DSS 10 (nota prot. 84772 del 29/12/2021);
- DSS 14 (nota prot. 2150 del 12/1/2022);
- DSS 11 (mail del 24/1/2022)
- DSS 12 (mail del 24/1/2022)
- AGRF (nota prot. 1565 del 10/1/2022);
- AGRU (mail del 12/1/2022);
- AGT (mail del 25/01/2022);
- SPPA (mail del 24/1/2022)
- Dipartimento Gestione del Farmaco (mail del 10/1/2022);
- PO Area Nord (mail del 10/1/2022);
- PO Area Sud (mail del 24/1/2022);
- AGP (mail del 17/1/2022, successivamente integrata con mail del 18/1/2022);
- HTA (mail del 24/1/2022);
- RULA (mail del 5/1/2022);
- SBL (nota prot. 2333 del 13/1/2022);
- UPD (mail del 25/1/2022);
- U.O. Medicina forense, gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione (mail del 25/1/2022)
- Dipartimento Dipendenze Patologiche e Dipartimento Salute Mentale (mail del 10/1/2022);
- Area Socio Sanitaria (mail del 20/1/2022);
- 118 (mail del 24/1/2022);
- UOASSI (mail del 24/1/2022);
- Controllo di Gestione (mail del 24/1/2022)
- Servizio di informazione e comunicazione istituzionale (mail del 25/1/2022)

i documenti trasmessi il 28/9/2021 ed il 13/12/2021, in relazione alle proposte ritenute meritevoli di accoglimento, da sottoporre alla successiva approvazione con deliberazione del Direttore Generale. Su un piano generale, si precisa che – anche sulla scorta di pregresse indicazioni della Direzione Strategica confermate anche per il triennio 2022/2024 – non sono state ritenute accoglibili eventuali proposte volte all'eliminazione/ridimensionamento di misure di trattamento già previste nel PTPCT relativo al triennio precedente e già in corso di attuazione alla data del 31/12/2021.

Analogamente, si ritiene opportuno rinviare al conferimento definitivo degli incarichi di Direzione Dipartimentale ed all'esito di condivisione con i Responsabili individuati, l'assegnazione ai medesimi di nuove misure anticorruttive[10].

3. La nuova metodologia di analisi, valutazione e trattamento del rischio – esiti del monitoraggio 2021

Come anticipato nei precedenti PTPCT, già dal 2020 l'RPCT ha coordinato le attività finalizzate all'applicazione della metodologia descritta nel PNA 2019, proseguendo e sistematizzando l'attività nel corso del 2021.

A tale scopo, lo stesso ha preso le mosse:

- dalla mappatura aggiornata dei processi contenuta nel PTPCT 2021/2023, sostanzialmente coerente con la nuova struttura organizzativa di cui alle DDG n. 1005/2020 e n. 246/2021;
- dalle risultanze dell'aggiornamento della mappatura delle attività e dei procedimenti rilevanti ai sensi dell'art. 35, d. lgs. 33/2013, avviato già nel mese di marzo 2020, all'indomani della pubblicazione della delibera ANAC n. 213 del 4/3/2020 e conclusosi nel mese di giugno 2020, con la pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- dalle interlocuzioni con le Macrostrutture, intrattenute dall'RPCT chiamato a supportare l'OIV nell'attività di attestazione del corretto adempimento delle misure di trasparenza relative agli obblighi individuati con la delibera ANAC n. 294 del 13/4/2021 e conclusosi nel mese di giugno 2021, con la pubblicazione del documento di attestazione OIV nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- infine, dall'attività di monitoraggio circa l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, programmate dal PTPCT per l'anno 2021.

Diversamente che in passato, i risultati del monitoraggio circa l'attuazione delle misure [11] (avviato nel mese di luglio 2021, con nota prot. 44645 del 6/7/2021), per quanto disponibili solo in relazione a talune

[10] È il caso della prima proposta formulata dal Direttore Amministrativo DAT (con nota del 12/01/2022 – prot. 2196) che, a seguito di trasmissione a cura del referente RPCT DAT al nomindando Direttore DAT, potrà essere prevista con il piano relativo al triennio 2023-2025.

[11] Benché, come già per l'anno precedente, la comunicazione di avvio del monitoraggio, a firma del Direttore Generale e dell'RPCT, sia rimasta priva di riscontro da parte di talune Macrostrutture assegnatarie delle misure e fermo il rilievo di tale circostanza ai fini della valutazione dell'obiettivo trasversale previsto dal Piano della Performance, su cui v. infra par. 4 Collegamento con il ciclo della *performance* e la programmazione di *budget*, d'intesa con la Direzione Generale non si è ritenuto di sollecitare le Macrostrutture inadempienti, anche alla luce della concomitante recrudescenza della pandemia (cd. quarta ondata) che ha nuovamente coinvolto tutte le attività aziendali nell'attuazione immediata di misure di contrasto alla ulteriore diffusione del *virus*, così come alla massima celerità nella somministrazione dei vaccini (completamento primo e secondo ciclo vaccinale COVID e somministrazione a tutta la popolazione della cd. dose Booster o terza dose.

Macrostrutture, ad ogni buon conto, hanno visto un più attivo coinvolgimento partecipativo delle Macrostrutture richieste e confermato il tendenziale sufficiente grado di attuazione da parte degli Uffici, già rilevato per il 2020. Proprio in considerazione della esigenza di rendere omogenei i livelli di maturità acquisiti dalle Macrostrutture nell'esecuzione delle misure di trattamento già previste negli anni precedenti, pertanto, le misure proposte per il 2022 hanno complessivamente "aggiunto" nuove e differenti misure, per lo più limitatamente agli ambiti legati alla gestione della pandemia ovvero delle risorse PNRR, senza sostanzialmente eliminare le ulteriori misure "generali" e "specifiche" per il SSN (queste ultime, previste dagli Aggiornamenti 2015 al PNA 2013 e nel PNA 2016), già previste al patrimonio operativo dei dipendenti tutti con il PTPCT 2021/2023. Con riferimento alle misure già programmate per il 2021, ove dal monitoraggio circa la loro attuazione si siano rilevate criticità, la programmazione 2022 ha disposto correttivi e modifiche ovvero posticipandone le scadenze temporali per il compiuto adeguamento, senza sostanzialmente alterare l'impianto complessivo della misura.

In particolare, secondo la metodologia prevista dal PNA 2019 già seguita per l'elaborazione del PTPCT relativo al 2021, per tutte le misure previste dal presente Piano, si è proceduto a individuare:

- la relativa area di rischio individuata dal PNA e i processi in cui l'area si articola e, per ciascuno di essi, i principali rischi corruttivi;
- i soggetti responsabili dell'attuazione delle misure di trattamento (Macrostrutture);
- tempi e modalità per l'adeguata attuazione delle misure e per il relativo monitoraggio da parte dell'RPCT.

In aggiunta, rispetto al precedente Piano, sono stati individuati altresì:

- fattori abilitanti il verificarsi del rischio individuato per ciascuna attività in cui si articola il processo aziendale;
- *target* attesi dall'attuazione di ciascuna misura di contenimento del rischio corruttivo.

L'esito di tale analisi è stata, successivamente, oggetto di condivisione con il Direttore Generale. Congiuntamente, pertanto, RPCT e Direzione Generale hanno indirizzato a tutte le Macrostrutture e a tutti i portatori di interessi, sia con la nota prot. 62272 del 28/9/2021 che con la successiva nota prot. 81229 del 13/12/2021, la rappresentazione schematica di processi, attività e rischi rilevati, in relazione alle differenti aree di rischio generali, specifiche e trasversali previste dai PNA succedutisi nel tempo.

Particolarmente significativo, nella seconda metà del 2021, il coinvolgimento di tutte le strutture amministrative (in primis, l'Area Gestione Risorse Umane) nelle attività di programmazione ed attuazione delle due misure di obbligo di esibizione del cd. green pass per l'accesso agli uffici, tanto da parte dei dipendenti tutti di interesse sanitario che dei numerosi terzi che accedono quotidianamente alle sedi aziendali, oltre che di sospensione dei dipendenti in situazione di irregolarità circa l'obbligo vaccinale, introdotte dal legislatore nazionale. Meno numerose ma pur sempre rilevanti, inoltre, le difficoltà nel completamento delle attività di monitoraggio, derivate dalla quarantena e/o, comunque, l'assenza giustificata, disposte nei confronti dello stesso personale aziendale, in quanto positivo al *virus* o, comunque, contatto stretto di persona positiva. Delicata, ancora per il 2021, la situazione del Dipartimento di Prevenzione, per il prioritario coinvolgimento nell'azione di tracciamento del *virus* e somministrazione vaccinale,
Puntuali approfondimenti circa lo stato di attuazione delle misure specifiche previste dal PTPCT per l'anno 2021 venivano, cionondimeno, attivati a seguito della ricezione di segnalazioni anonime e non.

L'ultima rappresentazione ha incluso, altresì, una prima proposta di misure di trattamento per il 2022, in relazione alla quale:

- si sollecitavano osservazioni ed eventuali integrazioni;
- si confermava la valutazione del livello di rischio specifico per ciascuna attività riconducibile all'ufficio, in coerenza con i fattori abilitanti rilevati per ciascuna di esse mediante ricorso alla griglia che segue[12] e secondo gli indicatori di rischio e le indicazioni riportati nella successiva griglia segue riportata nel testo (originariamente diramata a Macrostrutture e *stakeholder* il 1°/12/2020)[13].

Griglia allegata alla nota del 28/7/2021, per la individuazione dei fattori abilitanti relativi a ciascuna attività istituzionale mappata:

ID. MISURA (All. 1 – colonna G)	**FATTORI ABILITANTI**	**Barrare con una x se si ritiene sussistente il fattore abilitante**	**GIUDIZIO SINTETICO**
indicare obbligatoriamente numero arabo corrispondente	Assenza/insufficienza di trasparenza		*Eventuali annotazioni:*
	Attività di controllo/verifica preventiva/*ex post*assente/insufficiente		*Eventuali annotazioni:*
	Rilevanza esterna del procedimento: Elevata influenza di interessi esterni sia sociali che economici		*Eventuali annotazioni:*
	Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole - Grado di standardizzazione e codificazione delle attività		*Eventuali annotazioni:*
	Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni		*Eventuali annotazioni:*
	Complessità della normativa applicabile		*Eventuali annotazioni:*
	Mancato rispetto della normativa statale/regionale e regolamentare interna applicabile		*Eventuali annotazioni:*
	Elevato Grado di Esternalizzazione del processo o di fasi di esso		*Eventuali annotazioni:*
	Scarsa responsabilizzazione interna dei dipendenti		*Eventuali annotazioni:*
	Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee		*Eventuali annotazioni:*
	Procedure amministrative/contabili/informatiche e prassi aziendali non adeguate/efficaci		
	Assenza/insufficienza di collaborazione dei		*Eventuali annotazioni:*

[12] La proposta, indirizzata ad uffici e *stakeholder* il 28/9/2021, chiarisce che i fattori riportati nella griglia assolvono lo scopo di semplificare la complessiva individuazione dei medesimi richiesta, fornendo un ausilio metodologico alle attività valutative e salva la possibilità per i Dirigenti di individuare ulteriori eventi abilitativi, avendo cura di menzionarli all'atto dell'autovalutazione.

[13] La proposta, indirizzata ad uffici e *stakeholder* il 1°/12/2020, chiarisce che gli indicatori riportati nella griglia assolvono lo scopo di semplificare la valutazione del rischio richiesta, fornendo un ausilio metodologico alle attività valutative e salva la possibilità per i Dirigenti di avvalersi di altri indicatori. Il giudizio totale viene definito quale valore (alto/medio/basso) quantitativamente prevalente, ferma la possibilità di diversa motivazione da parte del Dirigente.

ID. MISURA (All. 1 – colonna G)	FATTORI ABILITANTI	Barrare con una x se si ritiene sussistente il fattore abilitante	GIUDIZIO SINTETICO
	dipendenti della struttura alla mappatura dei processi		
	Eccessivo grado di accentramento delle funzioni gestionali – monopolio competenze		*Eventuali annotazioni:*
	Eccessiva discrezionalità del procedimento (ruolo del decisore interno)		*Eventuali annotazioni:*
	Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico		*Eventuali annotazioni:*
	Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità		*Eventuali annotazioni:*
	Altro (ulteriori fattori abilitanti proposti)		*Eventuali annotazioni:* (***N.B. campo a compilazione obbligatoria, in presenza di proposta***)

Griglia allegata alla nota del 1°/12/2020, per la valutazione del livello di rischio relativo a ciascuna attività istituzionale mappata:

INDICATORI DI RISCHIO	VALORE BASSO (barrare con una x)	VALORE MEDIO (barrare con una x)	VALORE ALTO (barrare con una x)	GIUDIZIO SINTETICO FINALE
Stato della Trasparenza				*Eventuali annotazioni:*
Stato di attuazione dei controlli				*Eventuali annotazioni:*
Rilevanza esterna del procedimento: Grado di interessi esterni sia sociali che economici				*Eventuali annotazioni:*
Grado di standardizzazione e codificazione delle attività				*Eventuali annotazioni:*
Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni				*Eventuali annotazioni:*
Grado di Esternalizzazione del processo o fasi di esso				*Eventuali annotazioni:*
Grado di responsabilizzazione interna dei dipendenti				*Eventuali annotazioni:*
Grado di formazione dei dipendenti interni				*Eventuali annotazioni:*
Grado di collaborazione dei dipendenti della struttura alla mappatura del processo				*Eventuali annotazioni:*

INDICATORI DI RISCHIO	VALORE BASSO (barrare con una x)	VALORE MEDIO (barrare con una x)	VALORE ALTO (barrare con una x)	GIUDIZIO SINTETICO FINALE
Stato di accentramento delle funzioni gestionali				*Eventuali annotazioni:*
Grado di discrezionalità del procedimento (ruolo del decisore interno)				*Eventuali annotazioni:*
Casi di conflitto di interessi segnalati dai dipendenti/dirigenti				*Eventuali annotazioni:*
Numero di procedimenti verificatisi - giudiziari corruttivi - disciplinari				*Eventuali annotazioni:*
Irregolarità e rilievi segnalati da organi interni (Direzione Strategica, Collegio Sindacale, OIV, RPCT)				*Eventuali annotazioni:*
Segnalazioni pervenute dall'esterno (segnalazioni riservate, segnalazioni anonime circostanziate, reclami, etc)				*Eventuali annotazioni:*
Altro				*Eventuali annotazioni:* ***(N.B. campo a compilazione obbligatoria, in presenza di proposta)***
TOTALE(*)				**GIUDIZIO FINALE (dati, evidenze e motivazione della valutazione effettuata)**

Con riferimento a ciascuna misura di trattamento, inoltre, la proposta trasmessa alle Macrostrutture a dicembre 2021 ha confermato, salvi taluni limitati "aggiustamenti" resisi necessari all'esito del monitoraggio o per effetto della nuova organizzazione aziendale (si pensi allo scorporo della U.O.C. Neuropsichiatria infantile, precedente inserita all'interno del Dipartimento di Salute Mentale), l'individuazione dei singoli uffici assegnatari della misura. Al medesimo tempo, sono stati riproposti esplicitamente in formato tabellare:

- l'eventuale presenza della misura già nel precedente PTPCT ovvero la natura di nuova misura introdotta nel 2022 o, comunque, parzialmente modificata rispetto all'anno precedente;
- i tempi per l'avvio delle nuove misure;
- i tempi per l'attuazione a regime di tutte le misure programmate;
- i tempi e le modalità per il monitoraggio da parte dell'RPCT, anche ai fini della valutazione dei Dirigenti tenuti all'attuazione delle misure, nel quadro della misurazione della performance;
- il *target* atteso per l'anno 2022 ovvero l'obiettivo minimo assegnato all'ufficio per la corretta attuazione della misura, come programmato con il Piano 2022 e secondo le indicazioni fornite dall'ANAC con la nuova Piattaforma per l'acquisizione dei PTPCT (al fine di semplificare le successive attività di monitoraggio e redazione della Relazione annuale RPCT);
- la natura della misura di trattamento, secondo le tipologie indicate dall'ANAC con la nuova Piattaforma per l'acquisizione dei PTPCT (al fine di semplificare le successive attività di monitoraggio

e redazione della Relazione annuale RPCT).

All'esito della ricezione delle osservazioni da parte delle Macrostrutture, la ricognizione tabellare è stata integrata con l'indicazione dell'eventuale previsione della specifica misura di trattamento anche quale obiettivo operativo di *budget* per l'anno in corso (così evidenziando le strette interconnessioni tra ciclo di prevenzione della corruzione e ciclo della *performance*, su sui si rinvia al par. 4).

4. Gli obiettivi strategici in materia di integrità: il collegamento tra PTPCT e ciclo della performance/programmazione di budget

La *mission* aziendale, riconducibile alla necessità di assicurare risposta alle esigenze di salute, nella duplice accezione di prevenzione (ex ante) e cura (ex post), viene garantita attraverso molteplici attività ed interventi posti in essere dalle articolazioni aziendali.

Gli obiettivi strategici definiti a livello aziendale, per l'anno 2022, sono stati approvati con la DDG n. 2228 del 7/12/2021.

Come già accaduto nel 2021, gli stessi, alla luce del persistere della grave situazione sanitaria che vede tra i principali attori chiamati a fronteggiarla proprio le Amministrazioni sanitarie, sono stati individuati secondo un approccio "qualitativo", teso al miglioramento dell'organizzazione e delle procedure aziendali, a scapito di obiettivi meramente "quantitativi", le cui possibilità di conseguimento appaiono – fin d'ora – imprevedibili ed aleatorie, a tutto danno della certezza degli impegni assunti con gli *stakeholder* tutti.

Di seguito, si riporta l'obiettivo generale di budget approvato per l'anno 2022, in tema di integrità, riferito alla Macro-area di riferimento, confermativo di quanto già previsto per l'anno precedente:

ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA
Attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

Tutti gli obiettivi strategici, inoltre come meglio precisato alla precedente Sezione II – Il Piano della *Performance*, sono ulteriormente caratterizzati, nell'albero della *performance*, sulla base della rispettiva afferenza alle prospettive considerate per la definizione del modello di valutazione multidimensionale della performance della ASL BA, in applicazione del cd. sistema *Balanced Scorecard* (BSC), secondo cui le attività aziendali vengono valutate bilanciando misure interne ed esterne sulla base delle seguenti 4 prospettive:

1. la prospettiva economico-finanziaria;
2. la prospettiva del paziente/utente;
3. la prospettiva dei processi interni all'azienda;
4. la prospettiva di innovazione e della qualità.

Anche a livello di obiettivi operativi di *budget* per l'anno 2022, approvati unitamente al Piano della Performance con il presente atto, si conferma la previsione specifica di un obiettivo in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza ("*Attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza*"), oltre alla presenza di due obiettivi strettamente correlati alla prevenzione della corruzione ("*Perfezionamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC) degli Enti del S.S.R.*" e "*Revisione sistematica delle procedure amministrative (governance aziendale) con l'obiettivo di garantire*

l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza") e di numerosi obiettivi che – benché apparentemente di interesse esclusivamente sanitario – risultano idonei a contenere rischi corruttivi e, pertanto, tradotti in specifiche misure di prevenzione della corruzione secondo quanto riportato nella tabella, allegata *sub* 1) al presente Piano.

Obiettivi operativi di budget 2022 rilevanti anche ai fini di prevenzione della corruzione:

Obiettivo
Attuazione del Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa vigente
Potenziamento del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici Ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali, Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta al fine del contenimento della spesa farmaceutica con particolare riferimento all'utilizzo di farmaci biosimilari e generici nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali Pieno utilizzo della piattaforma Edotto per la redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale
Potenziamento del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici Ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali, Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta al fine del contenimento della spesa farmaceutica con particolare riferimento all'utilizzo di farmaci biosimilari e generici nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali Pieno utilizzo della piattaforma Edotto per la redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale
Potenziamento del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici Ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali, Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta al fine del contenimento della spesa farmaceutica con particolare riferimento all'utilizzo di farmaci biosimilari e generici nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali Pieno utilizzo della piattaforma Edotto per la redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale
Implementazione del Piano triennale 2020-2022 per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione
Perfezionamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC) degli Enti del S.S.R.
Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate
Revisione sistematica delle procedure amministrative (*governance aziendale*) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza
Attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

Il primo è stato ulteriormente suddiviso, all'atto della declinazione in "Piani Operativi" contenenti indicazione anche della *equipe* coinvolta per ciascuna articolazione aziendale nelle attività programmate, in due azioni con le quali le Macrostrutture aziendali vengono chiamate a garantire:

a. sia l'attuazione delle misure di contenimento del rischio di corruzione, così come previste ed assegnate dal PTPCT, a seguito del procedimento di definizione delle stesse descritto ai precedenti parr. ed oggetto di elencazione puntuale alla tabella delle misure anticorruzione, allegata sub 1) alla presente Sezione;

b. sia il corretto rispetto degli obblighi di trasparenza di cui tanto al d. lgs. 33/2013 quanto agli ulteriori provvedimenti normativi che abbiano introdotto obblighi di pubblicazione, secondo quanto previsto dal PTPCT e di cui all'allegata tabella sub 2) alla presente Sezione. Sulla misura della trasparenza, sia dato rinviare alla successiva Parte III di questa Sezione.

Si segnala che, rispetto all'anno 2021, oltre alla bipartizione anzidetta tra obiettivo anticorruzione e obiettivo trasparenza:

1. viene ulteriormente estesa la platea dei Direttori/Responsabili destinatari degli obiettivi in materia di integrità, a seguito dell'adozione dei primi provvedimenti attuativi della nuova macrorganizzazione

dell'Ente[14];

2. talune misure di trattamento del rischio corruttivo vengono previste anche quali obiettivi di budget, così da rafforzare la responsabilizzazione dei Dirigenti alla loro attuazione[15].

Nel contesto del ciclo della *performance* e, più precipuamente, della valutazione della *performance* relativa all'anno 2022, infatti, tutti i Direttori/Responsabili assegnatari dei due obiettivi predetti saranno valutati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), anche con riferimento alle puntuali attività poste in essere per l'attuazione delle misure di trattamento del rischio e la pubblicazione obbligatoria di atti/dati/documenti, inerenti le materie di competenza.

5. Integrazione tra il PTPCT e i sistemi di misurazione della performance e di controllo interno

Quanto alla necessità di integrazione tra strategia aziendale di prevenzione della corruzione e Sistema di misurazione della *performance*, rafforzata per effetto dell'entrata in vigore del d. lgs. 97/2016 e delle sinergie informative ivi previste tra RPCT ed OIV (cfr. art. 1, c. 8-*bis*, l. 190/2012, nel testo risultante dopo le modifiche introdotte nel 2016), si evidenzia in primo luogo la scelta, da tempo operata dall'Amministrazione, di "istituzionalizzare" un confronto costante e semplificato tra tali due figure, anche per effetto della partecipazione dell'RPCT alla Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV (STP), disposta con la DDG n. 2007 del 17/10/2019.

Si rammenta, inoltre, che in sede di aggiornamento del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* (SMVP), con DDG n. 285 del 5/3/2020, è stata procedimentalizzata – come più volte sollecitato dall'OIV – la fase di monitoraggio intermedio della *performance*, svolta mediante accesso diretto della STP e dell'OIV all'applicativo informatico "Cruscotto", in cui confluiscono dati ed informazioni a disposizione dell'UOC Controllo di Gestione.

Più recentemente, si segnala che – nel mese di marzo 2021 – la società regionale *in-house* Innovapuglia, che gestisce il Portale Salute, operativo dal mese di gennaio 2018 e presso cui sono allocati tutti i siti istituzionali degli enti e delle aziende del SSR, anche a seguito di richieste avanzate da questi ultimi già dai primi mesi del 2018, ha comunicato che è in corso di definizione l'attività di integrazione tra le sezioni "Albo Pretorio" e "Amministrazione Trasparente", così da semplificare le attività di pubblicazione evitando duplicazioni. Allo stato, la quasi totalità delle pagine contenute nella sezione "Albo Pretorio", ove rilevanti *ex* d. lgs. 33/2013, risulta collegata alla distinta sezione "Amministrazione Trasparente", così semplificando le attività di pubblicazione, evitandone la duplicazione.

Si rileva, comunque, l'opportunità – anche in ragione della mole di atti/dati/documenti, prodotti dall'Azienda che risultino oggetto di obblighi di pubblicazione – di sviluppare ulteriormente l'integrazione "informatica" che il Portale Salute regionale assicura tra le due sezioni presenti in ciascun sito di enti/aziende del SSR, facilitando ulteriormente la conversione in formato tabellare di numerosi dati ed informazioni oggetto di provvedimenti determinativi e deliberativi adottati dalle amministrazioni. In tal senso, è intenzione

[14] Si pensi al citato scorporo della U.O.C. Neuropsichiatria infantile, precedente articolazione interna al Dipartimento di Salute Mentale, per la prima volta individuata quale diretta destinataria di numerose misure legate alla fase di contrattualizzazione post accreditamento così come di inserimento di assistiti in strutture accreditate anche extra-provinciali ed extra-regionali.

[15] L'elenco delle misure individuate anche quali obiettivi di *budget* è contenuto nella tabella allegata *sub* 1) alla presente Sezione.

dell'Azienda avviare già nel 2022 apposite interlocuzioni con la Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale e, per il tramite di quest'ultimo, con la società Innovapuglia.

Quanto agli esiti delle attività di controllo dell'Organismo previste dal richiamato art. 1, c. 8-*bis* e dal successivo c. 14, svolte nel corso del 2021, in particolare, l'Organismo[16] – tempestivamente informato dall'RPCT circa l'adozione del PTPCT e la pubblicazione della Relazione RPCT relativa all'anno 2020, nonché destinatario di tutte le comunicazioni relative alle fasi di programmazione, monitoraggio e rendicontazione circa l'attuazione delle misure inserite nel PTPCT 2021 – ha avuto modo di verificare:

1. anche a seguito di apposite interlocuzioni informali con l'RPCT:

- in sede di programmazione, la coerenza tra il PTPCT 2021/2023 e i due obiettivi trasversali in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, previsti dal Piano della *Performance* relativo al medesimo triennio ed assegnati alle Macrostrutture tra gli obiettivi di budget annuali per il 2021;
- in sede di rendicontazione sull'attuazione delle misure previste dal PTPCT relativo al precedente triennio 2020/2022, la correttezza di quanto rilevato dall'RPCT nella Relazione annuale pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente in data 31/3/2021;

2. nel mese di giugno 2021, in sede di validazione della relazione sulla performance relativa all'anno 2020, la presenza di specifica rendicontazione circa la valutazione dello specifico obiettivo in tema di prevenzione della corruzione assegnato ai Direttori/Responsabili di Macrostruttura;
3. nel mese di giugno 2021, nel corso di specifici incontri propedeutici all'attestazione circa l'assolvimento degli obblighi di trasparenza, prevista dall'art. 14, c. 4, lett. g), d. lgs. 150/2009, il buon livello di rispetto, da parte delle Macrostrutture, degli obblighi di pubblicazione previsti dal d. lgs. 33/2013 (il documento di attestazione, approvato dall'OIV, è pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, al *link*: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/organismi-indipendenti-di-valutazione-nuclei-di-valutazione-o-altri-organismi-con-funzioni-analoghe).

Si segnala – altresì – il costante e progressivo coinvolgimento, da parte dell'RPCT e della Direzione Generale, del Collegio Sindacale destinatario di tutte le iniziative poste in essere dal Responsabile sia all'atto della programmazione delle misure di prevenzione (in tale contesto, con riferimento al 2022, si colloca la nota prot. 81129 del 13/12/2021) sia nelle successive fasi di attuazione delle misure (monitoraggio intermedio e definizione dei fattori abilitanti).

Come previsto già nel PTPCT 2020/2022, infine, con la DDG n. 167 del 9/2/2021, è stata aggiornata la composizione del Servizio Ispettivo Aziendale (SIA), istituito con precedente DDG *pro tempore* n. 1767 del 24/9/2014. Tale Servizio si colloca tra gli organismi chiamati dall'art. 2, d. lgs. 286/1999 e dall'art. 1, c. 62, l. 662/1996, ad assicurare i controlli interni di regolarità amministrativa e contabile. Con la citata deliberazione n. 167/2021 è stato demandato al nuovo Servizio Ispettivo Aziendale il compito di aggiornare il regolamento interno disciplinante modalità ispettive e forme della collaborazione con altri soggetti tra cui, in primo luogo, l'RPCT. Quest'ultimo potrà avvalersi, per le verifiche successive alla ricezione di segnalazioni ovvero nel

[16] Si evidenzia che, in corso d'anno, si è proceduto allo svolgimento della procedura selettiva per la nomina del nuovo OIV, attesa la scadenza del precedente. L'attuale Organismo è stato nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 948 del 1°/6/2021.

contesto delle ordinarie attività di monitoraggio e controllo circa il rispetto della l. 190/2012, della collaborazione del Servizio Ispettivo. Il Regolamento è stato approvato con DDG n. 823 dell'11/5/2021.

Con particolare riferimento all'attività ispettiva sanitaria, la Regione Puglia ha approvato il regolamento n. 16/2017, il quale dispone:

- all'art. 1, c. 1, che la Regione eserciti "*attività ispettiva, di vigilanza e di controllo nei confronti delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.), [omissis] nonché delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate, ai sensi dell'art. 39, lett. b), della legge regionale del 30 dicembre 1994 n. 38, mediante il Servizio ispettivo istituito presso la Segreteria generale della Presidenza della Giunta Regionale*";
- all'art. 1, c. 4, che la suddetta attività, esplicitamente qualificata alla stregua di vigilanza di «secondo livello», non sostituisca l'ordinaria attività di verifica e controllo attribuita alle altre strutture regionali ovvero aziendali competenti, ponendosi "*l'obiettivo di fornire maggiori rassicurazioni sul corretto e regolare funzionamento del sistema di gestione e controllo posto a presidio del servizio sanitario e socio-sanitario regionale pugliese*";
- all'art. 7, c. 5, che "*nel caso in cui illegittimità e/o irregolarità di gestione vengano riscontrate nei confronti di aziende o enti del Servizio Sanitario Regionale, la mancata tempestiva adozione di provvedimenti in autotutela ovvero di interventi correttivi da parte del Direttore Generale dell'azienda costituisce elemento di valutazione dello stesso in sede di verifica dei risultati di gestione e, nei casi più gravi di violazione di leggi o dei principi di buon andamento e di imparzialità, costituisce elemento per la decadenza ai sensi dell'art. 3-bis, d. lgs. 502/1992 e delle previsioni del contratto di lavoro di diritto privato*".

Da un lato, dunque, la regia regionale, dall'altro la nuova possibilità per l'RPCT di avvalersi degli esiti delle verifiche ispettive disposte dal Servizio rafforzano gli strumenti complessivamente a disposizione dell'Azienda per la prevenzione ed il contrasto della corruzione.

Quanto al primo profilo, si segnala nel corso del 2021 la proficua interazione tra RPCT e Servizio Ispettivo Regionale, a seguito della ricezione di una segnalazione anonima (reg. segn. 90/2021).

A seguito dell'insediamento del nuovo SIA aziendale e nel corso del primo incontro programmatorio delle attività programmate per il 2021, tenuto in data 18/2/2021, anche alla presenza del Direttore Amministrativo e dell'RPCT, si è dato atto che l'attività del SIA saranno bipartite in:

1. attività ispettiva ordinaria, oggetto di un piano annuale di attività – la cui prima approvazione, originariamente prevista per il 2022, viene con il presente Piano posticipata al termine della fase emergenziale – includerà anche attività di controllo:
    a. a supporto dell'UOS Organi e controlli interni;
    b. circa la funzionalità e l'attuazione di singole e specifiche misure previste dal PTPC;
2. attività ispettiva straordinaria, avviata a seguito:
    a. dell'eventuale ricezione di richieste da parte del Servizio Ispettivo regionale;
    b. dell'emergere di circostanze eccezionali necessitanti di approfondimenti e verifiche.

In particolare, quanto ai controlli ordinari di cui al precedente punto 1.a, si segnala che nel corso del 2021, il SIA è stato destinatario di una richiesta di intervento da parte della Direzione Amministrativa, nel più ampio quadro delle attività assistenziali assicurate dai DSS. Le verifiche richieste risultano, allo stato, ancora in corso.

6. Il contesto esterno specifico

Il presente paragrafo si pone l'obiettivo di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente in cui opera l'ASL e che potrebbero favorire il verificarsi di condotte *latu sensu* corruttive all'interno dell'Amministrazione.

Nel rinviare alla precedente Sezione I, per le generali caratteristiche demografiche della popolazione, nel cui ambito vanno individuati i destinatari finali delle attività tutte di competenza della ASL, particolare attenzione verrà dedicata nel prosieguo all'atteggiarsi degli *stakeholder* "tipici" dell'attività di prevenzione della corruzione e di trasparenza posta in essere dall'Azienda oltre che all'analisi dello specifico contesto "criminale" provinciale.

a. Principali stakeholder di riferimento in tema di integrità

Sui temi dell'integrità, oltre a quanto già rilevato alla precedente Sezione I, la ASL si relaziona – sia tramite le proprie articolazioni interne che tramite l'RPCT – con singoli cittadini, anche riuniti in associazioni, in sede di segnalazioni anticorruzione, di istanze di accesso civico semplice e generalizzato, e di segnalazioni di disservizi, di cui all'art. 14, c. 4, d. lgs. 502/1992.

Inoltre, sempre con riferimento ai temi dell'integrità, la ASL è in contatto con la magistratura ordinaria e contabile, oltre che con le forze dell'ordine (in particolare, NAS dei Carabinieri e Guardia di Finanza).

Negli ultimi mesi del 2020, infine, si segnala l'adesione da parte dell'Amministrazione al primo *Forum* dell'Integrità in Sanità, avente durata triennale e organizzato da *Transparency* Italia, in collaborazione con l'Associazione RE-ACT, al quale hanno aderito – tramite i propri RPCT – anche altre aziende sanitarie locali del territorio nazionale e con le quali si è instaurato un rapporto di collaborazione e scambio qualificato. L'adesione è stata confermata anche per il secondo anno.

Nel quadro di tale iniziativa, in particolare, le associazioni organizzatrici del *Forum* hanno demandato a soggetti terzi ed imparziali la valutazione dei PTPCT degli enti e delle aziende aderenti, cui è stato successivamente trasmesso il relativo documento di valutazione, contenente spunti di miglioramento da avviare con il presente ciclo di gestione del rischio[17]. Questi ultimi attengono, in particolare, al solo indicatore in tema di ambito e precisione della descrizione dei rischi e suggerendo, dunque, una più puntuale descrizione dei rischi mediante una più marcata distinzione tra eventi corruttivi che le misure programmate intendono evitare e relativi fattori abilitanti. L'RPCT e la Direzione Generale, come anticipato, hanno dato seguito all'indicazione ricevuta, tramite l'invio di una proposta di individuazione di fattori abilitanti riferiti a ciascuno dei processi mappati dal Piano 2021/2023, per la condivisione e la ricezione di eventuali proposte di modifica ed osservazioni da parte di tutti i soggetti interni ed esterni portatori di interessi (prot. 62272/2021). All'esito della ricognizione, anche grazie ai contributi ricevuti dalle Macrostrutture interne, in tab. 1) allegata alla presente Sezione, viene prevista apposita e distinta indicazione di eventi rischiosi e fattori abilitanti riferiti a ciascun processo aziendale mappato.

L'Azienda, inoltre, continua la collaborazione assicurata sulle tematiche della trasparenza e della prevenzione della corruzione con il *Network* Regione Puglia dei RPCT SSR, fin dalla sua istituzione con d.G.R.

[17] Il documento di valutazione relativo al triennio 2021/2023, acquisito al prot. 94437 del 23/7/2021, dà esplicitamente atto dei significativi progressi realizzati rispetto al Piano 2020/2022, attestando una valutazione più che positiva rispetto alla quasi totalità degli indicatori utilizzati (conformità del Piano alle disposizioni normative, navigabilità e chiarezza dei documenti, estensione e dettaglio dei processi, metodologia e oggetto della valutazione, ambito e programmazione delle misure).

48/2018 presso la Segreteria Generale della Presidenza della Regione Puglia – Sezione Affari istituzionali e giuridici, Basilicata ed al quale partecipano ASL regionali, IRCCS regionali, AOU regionali, IZS Puglia e Basilicata.

Nel corso di uno degli ultimi incontri, svoltosi il giorno 8/1/2020 presso gli uffici della Presidenza della Regione Puglia ed al quale hanno partecipato – per conto dell'ASL BA – l'RPCT ed il referente RPCT del Dipartimento di Prevenzione, sono stati approfonditi i principali rischi specifici afferenti alle attività delle Commissioni di invalidità civile, da cui sono scaturite le nuove misure preventive previste a decorrere dal 2020, confermate anche per il triennio 2021/2023 ed in relazione alle quali si rinvia all'allegata tabella sub 1) alla presente Sezione ed alla successiva Parte II, in tema di rotazione ordinaria.

Le anzidette misure, diretta derivazione delle Linee guida adottate dalla Regione Puglia, con la d.G.R. 1387/2018, oltre che rispettose di specifiche indicazioni formulate dalla stessa Autorità nel più ampio quadro del procedimento di vigilanza avviato nei confronti della ASL BA nel 2018 (fasc. UVMAC/1551/2018 – prot. ANAC 0025323), sono confluite nell'avviso pubblico, di cui alla D.D.G. 1395/2021 adottata nel mese di luglio u.s. Cionondimeno, pende – allo stato – ricorso innanzi alla magistratura amministrativa, instaurato da una delle associazioni di categoria avverso buona parte delle clausole tendenti alla minimizzazione dei rischi rilevati (si pensi ai divieti, per le associazioni, di designare soggetti in quiescenza lavorativa ovvero di designare il medesimo soggetto in più di una Commissione, nonché all'applicabilità delle regole in tema di rotazione anche ai sanitari di designazione associazionistica).

La partecipazione aziendale ai lavori del *Network* è proseguita anche nel corso del 2021, mediante:

- la proposta di due temi per approfondimenti uniformi a livello regionale (richiesta prot. 118796 del 27/9/2021), quali la specifica l'estensione applicativa nel contesto sanitario sia degli obblighi di trasparenza previsti dal combinato disposto degli artt. 14 e 41, cc. 2-3, d. lgs. 33/2013, alla luce dei recenti arresti della magistratura costituzionale ed amministrativa sia delle disposizioni dettate dal d. lgs. 39/2013, alla luce delle successive delibere ANAC 1146/2019, 1201/2019 e 713/2020;
- l'intervento all'incontro tenutosi il 20/10/2021 (convocazione prot. Regione Puglia AOO_166/0003145 del 30/9/2021 e successivo verbale acquisito al prot. ASL BA 75934/2021), sui rischi specifici per il settore sanitario, connessi alla gestione della pandemia COVID-19 e degli ingenti finanziamenti PNRR (la partecipazione è stata estesa dall'RPCT, anche quale momento formativo ed informativo, ai componenti del gruppo di lavoro RPCT ed alla rete dei referenti RPCT ASL BA AGRU ed AGP).

b. Contesto criminale

In Puglia, secondo quanto riferito già nella Relazione del secondo semestre 2019 del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (visualizzabile al *link*: https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/semestrali/sem/2019/2sem2019.pdf), "*gli eventi … hanno dato conferma di uno scenario mafioso eterogeneo, connotato dall'azione di diverse organizzazioni (mafia foggiana, criminalità barese e sacra corona unita), ciascuna delle quali tipicamente strutturata ed espressione, nelle rispettive aree di origine e di influenza, di una particolare strategia criminale*

ed evolutiva"[18]. Con la più recente relazione relativa al secondo semestre 2020 (visualizzabile al *link*: https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/semestrali/sem/2020/2sem2020.pdf), si segnala "*l'endemica vivacità dello scenario criminale pugliese*"[19].

Con peculiare riferimento alla provincia di Bari, la Relazione relativa al secondo semestre 2019 osserva come "*i clan continuino ad ispirarsi ai canoni camorristici*", assistendosi "*ad una ricerca di nuovi equilibri criminali tra le organizzazioni storicamente egemoni sul territorio che fungono da catalizzatori per gli altri sodalizi di minore caratura, presenti in forma frammentaria tra la città e la provincia. Un clima di relativo equilibrio criminale determinato sia dal ridimensionamento di alcune consorterie a seguito delle attività di contrasto, sia dalle alleanze, strette o imposte dai clan dominanti, tese ad ottenere i massimi profitti da una ponderata spartizione del territorio.* [omissis] *Quella barese può, pertanto, essere considerata come una realtà criminale evoluta, composta da mafiosi e da colletti bianchi, con elevate competenze tecniche e in grado di interagire con il mondo economico finanziario locale, nazionale ed estero. Un esempio di questa elevata competenza è rintracciabile sia nel settore del gioco, sia nella gestione dei subappalti, settore di riferimento dello stesso clan dominante*" nel territorio barese, pur confermandosi nel traffico degli stupefacenti e di armi l'attività illecita principale, anche in ragione della presenza – in Puglia – di numerosi porti.

Le coste ed i porti pugliesi, oltre a quelli tradizionali di armi e droga, favoriscono anche traffici illeciti di tipo diverso e, di recente, si è assistito ad una ripresa di diverse forme di contrabbando.

Venendo, in particolare, alle forme d'infiltrazione nell'economia legale e nella Pubblica Amministrazione, la cd. "mafia degli affari", riscontrata dalla DIA anche nei clan egemoni del barese e della sacra corona unita, la Relazione evidenzia trattarsi di attività "*più che mai proiettata al raggiungimento di obiettivi criminali a medio-lungo termine, puntando a consolidare le proprie posizioni nei settori nevralgici dell'economia regionale, punto di incontro tra mafiosi, imprenditori, liberi professionisti e rappresentanti infedeli della pubblica amministrazione. In tal senso, il comparto agro-alimentare e quello della mitilicoltura risultano fortemente vulnerabili, sia ai fini del riciclaggio, sia con riferimento alle frodi e alla sofisticazione alimentare, oltre che per l'accaparramento di erogazioni pubbliche*", benché maggiormente in aree garganiche.

I principali clan baresi sembrano aver orientato i propri obiettivi criminali verso affari connessi alle scommesse *on-line* e al gioco d'azzardo, da sempre strumenti efficaci per il riciclaggio di denaro e per la gestione delle estorsioni.

Alla luce di quanto innanzi, dunque, particolare attenzione sarà dedicata nel presente Piano, alle misure per il trattamento dei processi connessi al ciclo degli appalti ed alle erogazioni di carattere economico e non. Di particolare rilievo sono, infatti, secondo quanto rilevato dalla citata Relazione, "*gli aspetti che attengono alle irregolarità nella gestione delle procedure di affidamento dei servizi che, nella generalità dei casi, si concretizzano in forme di controllo nella fase di presentazione alle gare, nella presenza all'interno delle compagini societarie delle aziende assegnatarie di soggetti direttamente legati alla criminalità e nel ripetuto affidamento degli appalti alle medesime ditte*".

---

[18] La stessa relazione semestrale DIA riferisce, alla nota 840, come "*seppure in un quadro complessivamente non positivo, nella classifica stilata dal Sole24ore sul benessere delle città, rispetto al 2018, le province pugliesi, e in particolare Bari, hanno fatto tutte dei progressi significativi*".

[19] Nella precedente Relazione, relativa al primo semestre 2020, si conferma, quanto al contesto criminale pugliese che lo stesso ha sin da subito sviluppato la spiccata vocazione affaristico imprenditoriale mutuata dalla camorra e dalla 'ndrangheta nelle quali affonda le proprie radici. Oggi, dopo decenni, appare notevolmente evoluto e si presenta – come recentemente affermato dal Procuratore Generale di Bari, in occasione dell'intervento in sede di Inaugurazione dell'Anno Giudiziario 2020 – con i tratti di una moderna "*mafia del click … che sposta denaro, lo investe, lo scambia e lo occulta con un colpo di mouse ed entra nel tessuto sano dell'economia e lì si nasconde. Criminalità… sempre più pervasivamente infiltrata nella pubblica amministrazione*" che raggiunge il livello più alto nella Provincia di Foggia.

Come confermato in sede di aggiornamento della Relazione per il primo semestre 2020, inoltre, "*alla luce del particolare quadro emergenziale riferibile all'attuale crisi pandemica, non si esclude, dunque, che il più alto rischio di infiltrazione criminale possa riguardare vari settori, in particolar modo quello sanitario, polo di interessi considerevoli, quindi, appetibile in ragione delle consistenti risorse di cui è destinatario*" e su cui v. infra Parte II - par. 2.f sulle specifiche misure legate alla gestione COVID-19.

Anche la Relazione del secondo semestre 2020 rileva che, come prevedibile, "*l'attuale situazione economico-sanitaria causata dalla pandemia Covid-19 ha profondamente inciso sulle strategie criminali dei clan sempre pronti a consolidare il proprio consenso sociale sul territorio. In questo contesto di emergenza epidemiologica vanno letti i provvedimenti interdittivi antimafia alcuni dei quali connessi all'accaparramento fraudolento di erogazioni pubbliche nel settore dell'agricoltura*". Per fare fronte a tali rischi ed in considerazione della principale erogazione di competenza aziendale, l'assegno COVID (già assegno di cura), fermo il coordinamento e la supervisione regionale, è stato prevista una più spiccata collegialità delle attività di individuazione degli aventi diritto ai fini della successiva liquidazione da parte dei DSS di residenza. Con la nota del 14/9/2021 (prot. 58863), infatti, la Direzione Strategica ha disposto che il referente amministrativo aziendale per tali assegni sia affiancato, rispettivamente, dal Direttore del Dipartimento di Assistenza Territoriale per i profili di carattere sanitario e dal Direttore Amministrativo del medesimo Dipartimento per i profili di carattere amministrativo-contabile, attesa la caratterizzazione territoriale di tale tipo di erogazione.

Dallo scenario criminale descritto, l'Azienda ha focalizzato già dal 2021 la propria attenzione sui seguenti aspetti e misure più direttamente connessi alla gestione dell'emergenza sanitaria:

1. appalti;
2. rapporti con il privato accreditato;
3. attuazione della campagna vaccinale.

1. Appalti: con specifico riferimento alla situazione aziendale al 31/12/2020, in aggiunta rispetto alle ordinarie misure di contenimento del rischio e di cui alla tabella allegata sub 1), si rammenta l'adozione della circolare del Direttore dell'Area Gestione Tecnica dell'11/6/2020 (prot. 31163), in tema di rotazione negli affidamenti diretti di lavori manutentivi presso strutture ospedaliere, la quale vieta nuovi affidamenti diretti al medesimo operatore economico che sia stato affidatario nel corso delle ultime venti procedure affidate dall'Area in relazione all'intero territorio aziendale. Analoghe iniziative sono state intraprese, nel mese di dicembre 2020 (con nota prot. 73475 del 14/12/2020), dalla Direzione Amministrativa P.O. Area Nord, in relazione agli affidamenti diretti per cassa economale disposto dallo stabilimento ospedaliero San Paolo.

   Su un piano più generale, attesa la concomitanza tra l'esigenza ineliminabile e preminente di acquisire – con immediatezza – beni improvvisamente non più disponibili sul mercato e l'allargamento normativo dei presupposti legittimanti il ricorso ad acquisti mediante affidamento diretto, ha determinato l'Azienda fin dal 2020 – da un lato – a formalizzare acquisti (ad es. DPI) nella prima fase pandemica anche a fronte di corrispettivi anomali e, dall'altro, alla contestuale denuncia della circostanza agli organi inquirenti.
   A fronte del susseguirsi di norme legittimanti, in ragione dell'eccezionalità della situazione sanitaria, il ricorso a deroghe alle ordinarie regole in materia di approvvigionamenti, inoltre, pur ribadendo la legittimità del ricorso a tali strumenti esplicitamente consentiti dal legislatore nazionale, sono stati introdotti oneri di motivazione rafforzata, così da assicurare trasparenza alle scelte operate dall'Ente e minimizzare il rischio di ricorso a deroghe superflue o pretestuose (cfr. tabella 1, allegata alla presente Sezione).

Infine, al precipuo fine di ridurre ulteriori rischi corruttivi legati allo svolgimento di procedure straordinarie ed urgenti di acquisto necessarie al contrasto della diffusione del virus, l'Azienda ha fatto ricorso – già nel 2020 e ove disponibili – agli affidatari individuati a seguito di gare accentrate gestite dalla centrale di committenza Invitalia, l'Agenzia nazionale per lo sviluppo, di proprietà del Ministero dell'Economia, iscritta di diritto nell'elenco delle stazioni appaltanti qualificate (art. 38, d. lgs. n. 50/2016). Deve, al contrario, segnalarsi la criticità determinatasi in relazione all'approvvigionamento di dispositivi protesici, eccezionalmente disposto dall'Azienda per la perdurante assenza di acquisizioni operate dal Soggetto Aggregatore Regionale[20].

2. Rapporti con gli operatori del privato accreditato: viene effettuata con il precedente Piano la mappatura delle principali fasi in cui si articolano le interazioni tra ASL e soggetti eroganti prestazioni per conto e con oneri a carico del SSR, con riferimento alle quali vengono introdotte specifiche misure e cautele, tanto nella fase di gestione del rapporto contrattuale privatistico, quanto nella connessa fase di verifica ed ispezione circa la correttezza delle prestazioni sanitarie erogate per conto della ASL. Tali misure sono state originariamente oggetto di specifiche discussioni, a seguito della proposta effettuata dall'RPCT e dal Direttore Generale con nota del 1°/12/2020 (prot. 70431), con i Responsabili U.O. Gestione Rapporti Convenzionali (UOGRC) ed U.O. Valutazione Appropriatezza Ricoveri e Prestazioni (UVARP). Con il Piano relativo al triennio 2022/2024, le stesse vengono estese, ove compatibili, alle altre Macrostrutture interessate: i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendente Patologiche, l'Area per i Servizi Socio Sanitari e la U.O.C. Neuro-psichiatria Infantile e dell'Adolescenza. Per il concreto atteggiarsi delle stesse, si rinvia alla tabella allegata sub 1) alla presente Sezione. La strategicità delle stesse proprio in un periodo, come l'attuale, caratterizzato dal peculiare rischio per il settore sanitario conseguente all'emergenza sanitaria, è accentuata dalle straordinarie misure di sospensione e limitazione – con finalità di prevenzione del contagio – che hanno interessato talune prestazioni sanitarie oggetto di contrattualizzazione, a seguito di disposizioni impartite dalla Regione Puglia fin dai primissimi momenti di emergenza e che hanno imposto la previsione di più rigorosi controlli e verifiche tanto di natura prestazionale-sanitaria che amministrativo-contabile. Sul punto, si rinvia alla Parte II, par. 2.c.

   Si è provveduto, inoltre e sempre con specifico riferimento ai rapporti con il privato accreditato, ad aggiornare il catalogo degli obblighi di pubblicità e trasparenza, avviando – già dai primi mesi del 2020 – le pubblicazioni di tutti gli accordi contrattuali in essere con la ASL, come esplicitamente previsto – a partire dal presente PTPCT – con l'allegata tabella *sub* 2), ricognitiva degli obblighi di pubblicazione, ai sensi della delibera ANAC n. 1310/2016.

3. Attuazione della campagna vaccinale: immediatamente a ridosso dell'avvio della stessa, con DDG n. 1901 del 23/12/2020, è stato istituito il Nucleo Operativo Aziendale COVID-VACC, per il coordinamento e la supervisione della regolarità e correttezza della somministrazione, con riferimento alla disciplina nazionale e regionale. Il Nucleo, presieduto dal Direttore Sanitario, anche a seguito dell'integrazione disposta con DDG N. 26 del 13/1/2021, prevede la partecipazione dei principali attori aziendali coinvolti nell'esecuzione della detta campagna vaccinale. Sulle attività del Nucleo, si rinvia alla Parte II, par. 2.f.

Agli anzidetti tre aspetti, si aggiungono, a decorrere dal 2021, quelli legati:

1. alla gestione dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con riferimento ai quali

[20] La vicenda, ancora in corso all'attualità, ha visto l'interessamento della magistratura amministrativa e dell'Autorità Garante per la concorrenza ed il mercato.

l'azienda ha (come riportato anche in tabella 1):

- da un lato (nota del 23/11/2021 – prot. 146850), assicurato il necessario raccordo informativo verso la Regione Puglia, mediante la designazione dello stesso RPCT, quale componente aziendale del Gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende sanitarie, la cui costituzione è stata anticipata dalla stessa Regione in data 9/11/2021 (prot. AOO_005/0007237);
- dall'altro, conseguentemente istituito un Gruppo PNRR ASL BA, così da consentire una maggior controllo e una più incisiva collegialità alle decisioni di rilievo per l'ente;

2. all'applicabilità delle forme straordinarie di reclutamento del personale medico e sanitario necessario a fronteggiare l'emergenza sanitaria, con riferimento alle quali – al precipuo fine di evitare utilizzi distorti finalizzati ad indirizzare le assunzioni verso soggetti determinati – pur ribadendo la legittimità del ricorso a tali strumenti eccezionali previsti dal legislatore nazionale, sono stati introdotti oneri di motivazione rafforzata che assicurino, attraverso più elevati livelli di trasparenza, un più incisivo controllo pubblico circa scelte e decisioni dell'Ente (cfr. tabella 1, allegata alla presente Sezione).

Infine, con il presente documento, vengono introdotte prime misure organizzative attuative del d. lgs. 90/2017 in tema di contrasto al riciclaggio di denaro nella pubblica amministrazione (su cui, cfr. *infra*).

7. Il contesto interno e la mappatura dei processi alla luce della nuova organizzazione dipartimentale aziendale

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

Nel rinviare alla precedente Sezione I, per una analisi generale dei tratti caratteristici delle risorse umane aziendale, sia consentito rilevare – analogamente a quanto fatto con il Precedente PTPCT e le Relazioni RPCT relative al biennio 2020 e 2021 – come l'analisi del personale dipendente relativamente alla tipologia di rapporto di lavoro evidenzi una ulteriore diminuzione dell'incidenza del personale amministrativo sul totale del personale dipendente a tempo indeterminato, a favore del personale tecnico, soprattutto addetto all'assistenza, anche tra il 2020 ed il 2021. Se tale circostanza trova la propria ragion d'essere nella straordinaria necessità assunzionale connessa alla gestione dell'emergenza pandemica e nella preferenza accordata dal SSR per procedure concorsuali accentrate a livello regionale[21], cionondimeno evidenzia la necessità di procedere, con urgenza, anche all'attuazione del programma assunzionale relativo ai profili amministrativo e professionale, più immediatamente coinvolto nelle attività di gestione del ciclo dell'integrità e trasparenza.

[21] In tale ambito, si segnala che la ASL BA, al fine di superare la criticità segnalata, nel corso del 2021 ha:
- bandito procedura finalizzata alla manifestazione di interesse all'assunzione a tempo indeterminato, da parte di soggetti risultati idonei a procedure concorsuali volte al reclutamento di assistenti e collaboratori amministrativo-professionali, indette da altri enti, anche estranei al comparto sanità pubblica;
- formalmente confermato la propria adesione al concorso unico regionale per il reclutamento di collaboratori amministrativo-professionali, indetto dalla ASL BAT ed oggetto di pubblicazione sulla G.U.R.I. n. 1 del 4/1/2022 – sez. Concorsi;
- approvato, con la deliberazione del Direttore Generale n. 2307 del 16/12/2021, l'indizione di concorso pubblico per la copertura di n. 20 posti, a tempo pieno ed indeterminato, di assistente amministrativo, attualmente in via di pubblicazione sulla G.U.R.I.

Nel presente paragrafo, dunque, si illustreranno i risultati della prima rilevazione in materia di prevenzione della corruzione, svolta tra i dipendenti.

Nel più ampio contesto della citata partecipazione al *Forum* per l'Integrità in Sanità, con nota del 29/12/2021 (prot. 84635), l'RPCT ed il Direttore Generale hanno dato avvio, contestualmente informandone tutti i dipendenti, alla somministrazione di un questionario finalizzato ad una prima raccolta, in forma anonima, di dati relativi alla percezione della corruzione e alla conoscenza della strategia aziendale volta a prevenire il verificarsi di fatti corruttivi[22].

I dati forniti dalle n. 227 risposte fornite al questionario (acquisiti al prot. ASL BA 7639/2022), benché ancora non statisticamente rilevanti in considerazione sia del breve tempo a disposizione per aderire alla rilevazione sia della novità rappresentata dall'iniziativa, confermano, da un lato, le risultanze di più ampie ricognizioni sul tema della corruzione effettuate periodicamente a livello nazionale ed internazionale, evidenziando, dall'altro, la percezione dei dipendenti di un contesto aziendale meno permeabile alla cattiva amministrazione rispetto a quanto avviene a livello sia regionale che nazionale. Purtuttavia, come si chiarirà meglio nel prosieguo (cfr. Parte II, parr. su *whistleblowing* e formazione), l'esito della rilevazione ha indotto la Direzione Strategica e l'RPCT ad intervenire programmando, già per l'anno in corso, specifici interventi formativi ed informativi in tema di integrità rivolti a tutti i dipendenti, anche in considerazione dell'elevatissimo numero di assunzioni disposte nel biennio 2020/2021.

È intendimento dell'RPCT e della Direzione Generale, infine, confermare tale tipo di rilevazione anche nelle future annualità, favorendo la più ampia partecipazione da parte dei dipendenti così da disporre di informazioni annualmente aggiornate e specifiche, utili alla più efficace calibrazione delle misure preventive a programmarsi.

Quanto, infine, alla più specifica attività di mappatura dei processi interni all'azienda, finalizzata alla valutazione del rischio corruttivo caratterizzante l'intera attività svolta dalle articolazioni interne aziendali, si segnala che – come anticipato ai precedenti parr. 2 e 3 del Piano relativo al triennio 2021/2023, a seguito della nomina e per effetto della delibera ANAC n. 213/2020 (di individuazione degli specifici obblighi di pubblicazione obbligatoria *ex* d. lgs. 33/2013 soggetti a monitoraggio OIV, in sede di attestazione *ex* art. 14, d. lgs. 33/2013), l'RPCT ha avviato – in data 12/3/2020 – un aggiornamento straordinario della mappatura dei procedimenti di competenza delle Macrostrutture aziendali, conclusosi nel mese di giugno 2020 ed oggetto di positiva attestazione da parte del medesimo OIV. Nel corso del 2021, il Dipartimento Gestione del Farmaco ha ulteriormente aggiornato la mappatura dei propri procedimenti.

Sulla base della ricognizione risultante da tale attività, dapprima con nota del 1°/12/2020 (prot. 70431) e da ultimo con nota del 13/12/2021 (prot. 81229), l'RPCT e la Direzione Generale hanno sottoposto all'attenzione delle Macrostrutture una mappatura progressivamente aggiornata ed integrata dei processi rilevati, nuovamente accorpati per aree di rischio corruttivo, generali e specifiche, secondo le indicazioni fornite dall'ANAC con il PNA 2019 e, per le specificità del SSN, con l'Aggiornamento 2015 al PNA 2013 e con il PNA 2016.

Come anticipato, con la DDG n. 1005/2020, oggetto di recente integrazione e rettifica con la DDG n. 246/2021, la Direzione Strategica ha approvato la nuova organizzazione aziendale in senso dipartimentale. L'attuazione della nuova organizzazione, con la nomina dei Direttori dei Dipartimenti aziendali e delle Unità Operative complesse, semplici, semplici dipartimentali agli stessi afferenti, oltre alla nomina dei Direttori/Responsabili delle strutture poste in *staff* alla Direzione Strategica, è tutt'ora in corso.

Quanto agli incarichi apicali di Direzione dei Dipartimenti, territoriali, ospedalieri e tecnico-amministrativi di nuova istituzione, gli stessi sono stati oggetto di proroga straordinaria ed affidamento provvisorio, per la

[22] In allegato, *sub* tabella 3) alla presente Sezione, si riporta il testo delle domande costituenti il questionario somministrato ai dipendenti.

durata di un anno decorrente dalla seconda metà di dicembre 2020, in considerazione, rispettivamente, per i primi, della necessità di garantire senza soluzione di continuità operatività alle principali articolazioni aziendali coinvolte nella gestione dell'emergenza COVID e, per i secondi (vacanti o di nuova istituzione) di assicurare l'immediato avvio delle attività di coordinamento di competenza.

Pur oggetto di programmazione per il 2021, con il Piano relativo al precedente triennio, si è ritenuto opportuno posticipare l'avvio di un nuovo aggiornamento della ricognizione dei processi attribuiti alla cura di ciascuna Macrostruttura dalla nuova riorganizzazione aziendale, al termine delle diverse fasi di attuazione di quest'ultima, ancora oggetto – di recente – di talune integrazioni (cfr. DDG 2112/2021). Tale ricognizione, nuovamente programmata per il biennio 2023/2024, vedrà il coinvolgimento e la supervisione delle nuove Direzioni dipartimentali e, compatibilmente con l'evolversi della situazione sanitaria, sarà posta a fondamento di una aggiornata valutazione del rischio e conseguente individuazione delle misure di trattamento applicabili con il PTPCT relativo al successivo triennio. Tale nuova valutazione del rischio e aggiornamento delle misure di trattamento, inoltre, potrà giovarsi della rilevazione e monitoraggio dell'efficacia e della corretta applicazione delle misure introdotte con il PTPCT già dall'anno 2021.

8. La programmazione del monitoraggio per il biennio 2022-2023

Come noto, dai primi mesi del 2020 e ancora alla data odierna, le attività delle pubbliche amministrazioni e – tra queste – in particolare delle pubbliche amministrazioni sanitarie, sono state profondamente incise per effetto della diffusione pandemica del virus COVID-19.

Tutti i settori di intervento dell'Ente ne sono stati influenzati, fino a giungere all'adozione, già sul piano nazionale, di misure straordinarie eccezionali quali:

1. la sospensione di tutti i procedimenti amministrativi (art. 103, d. l. 18/2020);
2. la drastica riduzione dei termini per la partecipazione a procedimenti finalizzati al reclutamento di personale necessario a fronteggiare l'emergenza da parte delle p.a. e le procedure semplificate di cui al d.l. 44/2021;
3. l'innalzamento della soglia legittimante il ricorso a procedure di affidamento diretto per l'approvvigionamento e le ulteriori disposizioni derogatorie delle ordinarie fattispecie disciplinate dal d. lgs. 50/2016;
4. con specifico riferimento agli ambiti di intervento del SSR, la sospensione/riduzione/modifica, disposta dalla Regione Puglia dell'erogazione di talune forme di assistenza, in ragione della loro particolare esposizione al rischio di ulteriore diffusione del contagio;

le quali hanno complessivamente confermato la prevalenza delle esigenze emergenziali e sanitarie rispetto al rigore amministrativo previsto dalla normativa ordinaria.

La grave emergenza sanitaria in atto, al contempo, ha imposto all'Amministrazione e all'RPCT interventi immediati, già nella prima fase dell'inverno 2020, a fronte dell'emergere di condotte "anomale" rilevate in sede di esecuzione di talune forniture pubbliche più direttamente connesse alla gestione della pandemia. Successivamente, la Direzione Strategica e l'RPCT hanno confermato l'attenzione aziendale verso interventi e misure legate, comunque, alla situazione emergenziale e, in primo luogo, all'avvio ed alla estensione della campagna vaccinale.

Il persistere dell'emergenza ha, pertanto, determinato la necessità di semplificare ed accorpare – già per il biennio 2021-2022 – modalità e termini del monitoraggio sull'attuazione delle misure di contrasto alla

corruzione e delle misure di trasparenza, nuovamente confermando tale scelta anche per il biennio 2022-2023.

A tale conclusione, hanno contribuito a livello aziendale:

a. la scelta di innovazione impressa alla complessiva strategia anticorruzione con il Piano 2021/2023, come detto, chiamato a completare l'attuazione delle misure specifiche rivolte al SSN nell'Aggiornamento 2015 al PNA 2013 e nel PNA 2016 e la conseguente opportunità di garantire l'acquisizione di maturità alle prassi e misure introdotte prima di disporne eventuali modifiche sostanziali;

b. la necessità di contestuale predisposizione degli ulteriori modifiche ed affinamenti progressivi, che si renderanno indispensabili per effetto del completamento della riorganizzazione amministrativa iniziata con la DDG n. 1005/2020 ed oggetto delle più recenti DDG 246/2021 e DDG 2112/2021;

c. non ultima, la dimensione dell'Ente che rende difficilmente sostenibile la previsione di più monitoraggi infra-annuali, suggerendo al contrario l'opportunità che l'RPCT e la Direzione Strategica possano individuare specifici ambiti di approfondimento e verifiche, da svolgere anche mediante il coinvolgimento degli organi di controllo interno aziendali ed, *in primis*, del Servizio Ispettivo Aziendale di cui si è detto al par. 5.

Tanto le misure di prevenzione della corruzione che le misure di trasparenza, conseguentemente, saranno oggetto di un monitoraggio annuale, calendarizzato nella seconda metà del 2022 e del 2023.

Rispetto ai tempi del monitoraggio, originariamente programmati con il Piano 2021-2023, con il presente Piano si è anticipato di un trimestre il termine entro cui, a decorrere dal 2022, le Macrostrutture coinvolte nelle attività di implementazione del PTPCT invieranno all'RPCT e al Direttore Generale un *report* di analisi dello stato di attuazione delle misure rispettivamente assegnate con il PTPCT, evidenziando – in particolare – criticità di esecuzione e proposte di superamento, in vista del successivo aggiornamento del Piano stesso. Tale anticipazione si è resa necessaria alla luce del numero elevato di Macrostrutture coinvolte e di misure da monitorare, anche a fronte dell'esiguità numerica del gruppo di lavoro, non dedicato, di supporto all'RPCT. In tale modo, anche in ragione della sostanziale conferma delle misure già programmate per il 2021, sarà possibile usufruire di un più consono lasso di tempo per la valutazione della loro effettiva efficacia in vista di possibili azioni correttive e modifiche alle misure anticorruttive programmate.

A seguito di analisi dei *report* ricevuti, l'RPCT formulerà la propria proposta di aggiornamento del PTPCT alla Direzione Generale, ai fini della formale approvazione, tenendo conto – nel biennio 2022-2023 a venire – anche dell'opportunità di non procedere all'immediata modifica di misure nuove, che siano state introdotte con il presente Piano, riservandosi un più rilevante e significativo ambito temporale di osservazione e verifica, come suggerito all'Azienda anche nel corso dell'attività di valutazione dei Piani effettuata durante il *Forum* per l'Integrità in Sanità.

Parte II Le misure di prevenzione della corruzione

1. Le misure generali

a. Trasparenza

Si rinvia alla Parte III.

b. Codice di comportamento dei dipendenti ASL BA

Situazione al 31/12/2021

Il codice di comportamento aziendale vigente è stato adottato con DDG 132 del 31/1/2019 ed è pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web ASL BA.

Alla luce del concomitante avanzamento dei lavori propedeutici alla riorganizzazione complessiva dell'Azienda, approvata con DDG n. 1005/2020 e tutt'ora nelle in fase di completamento (cfr. DDG 246/2021 e DDG 2112/2021) ed implementazione (sul punto, si rinvia alla Parte I), la Direzione Strategica – d'intesa con l'RPCT e l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD), quest'ultimo nella nuova composizione, recentemente aggiornata con DDG 890 del 13/7/2020 – ha dato avvio al procedimento di aggiornamento del codice.

L'RPCT e l'UPD hanno, conseguentemente, predisposto la proposta di codice il cui testo, previa condivisione da parte della Direzione Generale, è stato pubblicato sul sito web istituzionale, nella Sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della Corruzione, con nota del 23/12/2021 (prot. 83874), per la necessaria procedura aperta alla partecipazione dei soggetti, interni ed esterni all'Ente[23].

Sempre nel 2021, in attuazione della misura n. 48 prevista dal PTPCT 2021/2023, l'Area Gestione delle Risorse Umane – AGRU ha correttamente proseguito l'attività di divulgazione al personale neoassunto e ai nuovi incaricati di Strutture interne all'Azienda il codice di comportamento vigente a tutto il 31/12/2021, mediante consegna di copia, inserimento del riferimento agli obblighi di comportamento nel contratto e rinvio alla sezione Amministrazione Trasparente, secondo quanto già previsto in precedenza con la circolare AGRU prot. n. 76952/2020, confermata anche per il 2021 in data 28/6/2021 (prot. 42387).

Analogamente, sia l'AGRU che l'AGP e la SBL hanno notiziato i consulenti, i professionisti legali incaricati del patrocinio (mediante inserimento di apposita clausola nell'atto convenzionale) e i fornitori aziendali, circa l'applicabilità ai medesimi del codice di comportamento aziendale.

Deve segnalarsi, infine, che nel mese di dicembre 2021, l'UPD ha trasmesso alla Direzione Strategica la proposta di aggiornamento del rispettivo Regolamento di disciplina e funzionamento, secondo quanto previsto dal PTPCT 2021/2023. Il nuovo testo regolamentare, oggetto di osservazioni da parte della Direzione Amministrativa, è in fase di rielaborazione da parte del U.P.D..

[23] Al termine della consultazione, è pervenuto il riscontro del Dipartimento del Farmaco, la cui proposta sostanziale di modifica (relativa alla testuale previsione della consegna di copia del codice di comportamento anche ai soggetti obbligati non dipendenti) sarà inserita nel testo definitivo.

Programmazione per il triennio 2022/2024

La bozza di codice aperta alla partecipazione, coerentemente con quanto previsto dal PTPCT 2021/2023 annovera formalmente, all'art. 2, tra i soggetti tenuti all'applicazione del codice di comportamento anche gli incaricati di consulenze/controparti private di pubblici appalti, indipendentemente dalla articolazione aziendale che abbia proceduto al conferimento dell'incarico ovvero alla sua proposta per il successivo conferimento da parte della Direzione Strategica.

Progressivamente, infatti, soprattutto in ragione della complessità ed estensione aziendale e dei numerosissimi micro-interventi normativi settoriali, è stato necessario decentrare la competenza all'adozione di atti quali il conferimento di incarichi di consulenza ovvero all'attuazione di procedure ad evidenza pubblica, in favore di ulteriori Macrostrutture aziendali (si pensi, oltre alla competenza generalizzata in materia di lavori e di approvvigionamento attrezzature riconosciuta, rispettivamente, all'Area Gestione Tecnica – AGT ed all'Ingegneria Clinica/HTA, alle procedure di appalto delegate, in sede di approvazione degli obiettivi di *budget* operativo, a Macrostrutture quali i Distretti Socio Sanitari ovvero la stessa Direzione Amministrativa del nuovo Dipartimento di Assistenza Territoriale o, ancora, le Direzioni Amministrative di PP.OO. Area Nord e Sud, nonché – quanto agli incarichi – agli incarichi di formazione, di assistenza linguistica ad assistiti stranieri o ai recenti incarichi conferiti dalla nuova struttura aziendale per la Comunicazione istituzionale – URP).

Nel rispetto di quanto programmato con il PTPCT 2021/2023, alla scadenza del termine previsto per la partecipazione e previo esame delle eventuali osservazioni ricevute, l'RPCT e l'UPD provvederanno alla stesura della proposta finale di codice di comportamento, ai fini della successiva approvazione da parte della Direzione Strategica. Inoltre, nella tabella allegata *sub* 1) alla presente Sezione, recante elenco delle misure vigenti per il 2022, viene prevista la conferma dell'attivazione, pur posticipata nel tempo, a cura dell'UPD e del Comitato Unico di Garanzia (CUG), dello "Sportello UPD/CUG", mediante incontri settimanali, a richiesta, con i dipendenti, aventi finalità informative e divulgative circa gli obblighi di comportamento vigenti in Azienda nonché circa i divieti di discriminazione e mobbing il cui rispetto viene presidiato dal CUG. Deve cionondimeno segnalarsi come, già nel 2021, lo Sportello è risultato attivo, benché limitatamente alle competenze attribuite dall'ordinamento al CUG.

A seguito della trasmissione, nel mese di dicembre 2021, della proposta di Regolamento di disciplina e funzionamento del nuovo UPD, nel corso del 2022 la Direzione Strategica – esaminato il testo rielaborato dal UPD – provvederà alla relativa approvazione.

Infine, le misure per il 2022 confermano le ulteriori misure in tema di obblighi di comportamento già introdotte nel 2021 (per maggiori indicazioni circa i tempi di attuazione, le Macrostrutture responsabili e le modalità di monitoraggio, si rinvia alla tabella allegata *sub* 1):

- predisposizione di circolare aggiornata AGRU circa l'aggiornamento al codice di comportamento;
- utilizzo di schemi-tipo di incarico/contratto/bando, da parte AGRU/AGT/AGP/HTA/DSS/SBL/DIREZIONI Amministrative DAT e PP.OO), con l'inserimento di esplicito richiamo agli obblighi di comportamento e previsione di risoluzione/decadenza per l'ipotesi di violazione.

c. Disciplina del conflitto di interessi: obblighi di comunicazione e di astensione– Distinzione tra mal-administration e conflitto di interessi

Situazione al 31/12/2021

Come noto, le ipotesi e la disciplina del conflitto di interessi, derivano dal combinato disposto di più norme, tra cui – in particolare – l'art. 6-*bis*, l. 241/1990, gli artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013 (Codice di condotta dei dipendenti pubblici) e il vigente codice di comportamento aziendale (di cui alla DDG n. 132/2019).

Per conflitto di interessi deve intendersi, su un piano generale e salvo quanto si dirà con specifico riferimento a talune posizioni dirigenziali al paragrafo che segue, la situazione in cui un soggetto, pubblico dipendente, nello svolgimento dell'attività istituzionale sia chiamato istituzionalmente a realizzare interessi pubblici o privati altrui (cd. interesse primario) che, per caso, risultino in contrasto (anche solo teoricamente-potenzialmente ovvero in maniera apparente) con un proprio interesse personale (cd. interesse secondario). Il rischio che il legislatore vuole limitare attraverso la disciplina del conflitto di interessi è quello per cui il dipendente pubblico devii dalla miglior cura dell'interesse primario, asservendo la propria posizione di pubblico dipendente al raggiungimento dei propri interessi personali.

Tuttavia, la situazione di conflitto rilevante per il legislatore, non è il comportamento dell'agente che sia effettivamente pregiudizievole per l'interesse primario[24]. Assume rilievo, ai sensi della disciplina, la stessa ricorrenza di una condizione giuridica o di fatto, dalla quale potrebbe derivare il danno ovvero potrebbe derivare la compromissione dell'interesse primario individuato dalla norma a vantaggio dell'interesse personale secondario dell'agente pubblico.

Le norme richiamate, al fine di evitare tale deviazione, impongono a tutti i dipendenti pubblici, in presenza di una situazione anche solo potenziale di conflitto di interessi di:

- astenersi motivatamente dallo svolgimento delle proprie mansioni;
- segnalare la circostanza del ricorrere del conflitto al proprio superiore gerarchico, quale soggetto più qualificato a valutare la rilevanza della situazione oggetto di segnalazione.

La disciplina aziendale, risultante dal vigente codice di comportamento aggiornato nel 2019 (oggetto di ulteriori precisazioni con la proposta di aggiornamento al codice, trasmessa alla Direzione Strategica nel mese di dicembre 2021), dalle circolari AGRU e dagli schemi di contratto in uso all'Azienda, richiede al dipendente di rendere le dichiarazioni in tema di conflitto di interessi:

- all'atto dell'assunzione;

[24] Essenziale, sul punto, la distinzione tra conflitto di interessi e corruzione. Il conflitto, infatti, integra una mera situazione di rischio, non necessariamente un comportamento fonte di danno. Perché si configuri un conflitto rilevante è sufficiente la presenza di un interesse secondario che possa interferire, in maniera reale, potenziale e/o apparente, con l'interesse primario aziendale. La corruzione, intesa quale *mal-administration*, può essere definita come la "*degenerazione del conflitto di interessi*" (E. Di Carlo, *Il conflitto di interessi nelle aziende – Linee guida per aziende, amministrazioni pubbliche ed enti non-profit*, Giappichelli, 2020, Cap. III), nel senso che – a differenza che nel mero conflitto, nella corruzione l'individuo si comporta effettivamente in modo tale da far prevalere i propri interessi secondari sull'interesse primario dell'organizzazione, abusando del proprio potere derivante dal conflitto. La corruzione, pertanto, oltre ai due requisiti comuni al conflitto (ricorrenza di un interesse primario e secondario riconducibili alla cura del medesimo soggetto) richiede un terzo elemento, un *quid pluris* rappresentato dall'effettivo prevalere dell'interesse secondario individuale a danno dell'interesse primario della p.a.

- all'atto del conferimento di incarico nell'ambito del medesimo rapporto di lavoro (di posizione organizzativa, di coordinamento infermieristico, di struttura);
- all'atto del conferimento di ulteriori tipologie di incarichi rilevanti (a titolo meramente esemplificativo, consulenze, patrocini legali, etc…);
- al ricorrere di modifiche rilevanti.

Nelle prime due ipotesi, le dichiarazioni sono indirizzate direttamente all'AGRU; nella terza ipotesi, alla Macrostruttura conferente l'incarico di consulenza ovvero alla SBL per gli incarichi di patrocinio legale; nel quarto caso, la dichiarazione viene indirizzata al proprio dirigente Responsabile/Direttore il quale, a seguito di valutazione – anche, ove occorra, a seguito di interlocuzione con la Direzione Strategica, l'RPCT e l'AGRU nel caso in cui emergano situazioni particolarmente complesse – circa la pertinenza e significatività delle modifiche occorse, provvederà a:

1. sollevare e sostituire, per la specifica attività, il dipendente in conflitto parziale;
2. segnalare alla Direzione Strategica, all'AGRU e all'RPCT, l'intervenuto conflitto ostativo all'assegnazione stessa del dipendente all'ufficio, proponendo il trasferimento ad altra Macrostruttura aziendale;
3. ove ritenga non sussistere alcun conflitto, a comunicare tale circostanza al dipendente confermandolo nelle mansioni precedentemente attribuite.

Particolari obblighi dichiarativi, inoltre, sono previsti anche in relazione ai componenti, dipendenti ed esterni all'Amministrazione, nominati nelle commissioni di concorso o di gara.

In tali ipotesi, all'atto dell'insediamento della commissione, il relativo segretario provvede a rilasciare la propria dichiarazione e ad acquisire le dichiarazioni rilasciate dai componenti.

Quanto agli accadimenti del 2021, si segnala che – nel contesto dell'attività di vigilanza collaborativa relativa all'affidamento di fornitura in service di sistemi diagnostici di laboratorio – nel mese di giugno 2021, l'ANAC ha rappresentato possibili profili di conflitto di interessi relativamente ad un componente della commissione di gara benché se ne debba segnalare il limitato rilievo economico unitamente al notevole decorso di tempo dalle circostanze evidenziate dall'Autorità. Ciò non di meno, l'Azienda ha prudenzialmente provveduto alla tempestiva modifica della commissione giudicatrice.

A seguito dell'avvio – a decorrere dal mese di maggio 2020 – della procedura informatizzata per l'adozione e la pubblicazione delle determinazioni dirigenziali e grazie al coordinamento dell'Ufficio Affari Generali, cui è attribuita la competenza in materia di pubblicazione dei provvedimenti deliberativi e determinativi, è emersa la necessità di procedere ad una capillare attività di informazione in favore di tutti i dipendenti dell'Ente, circa la portata della disciplina del conflitto di interessi, con riferimento alla sua estensione temporale per tutta la durata del rapporto di lavoro e non solo nel suo momento genetico, nonché alla estensione oggettiva a tutte le attività che il singolo dipendente viene chiamato a svolgere per l'Amministrazione. Già dal 2020, pertanto, all'atto della adozione di determinazioni dirigenziali, viene obbligatoriamente rilasciata da tutti i soggetti a vario titolo concorrenti alla redazione del provvedimento, apposita attestazione relativa al mancato ricorrere di profili di conflitto di interessi, anche solo potenziale. La necessità di tale azione informativa viene rafforzata anche in considerazione dell'elevato numero di dipendenti, circa n. 9.000, oltre che dell'elevatissimo *turn-over* soprattutto del personale medico e sanitario.

Facendo seguito alla ricognizione straordinaria interna, volta alla verifica dell'eventuale ricorrere di rapporti di parentela, affinità, *coniugio* ovvero, comunque, rilevanti ai fini del rispetto delle previsioni in tema di conflitto di interesse, con riferimento a tutto il personale medico e sanitario (avviata congiuntamente dalla Direzione Strategica e dall'RPCT, con nota del 5/10/2020 - prot. 55459), per effetto dell'emersione di n. 1 relazione rilevante, nel corso del 2021 è stato disposto il trasferimento ad altra Macrostruttura di uno dei due dipendenti medici coinvolti[25].

Nel corso del 2021, inoltre, è proseguita l'attività di acquisizione, aggiornamento e pubblicazione delle dichiarazioni relative al mancato ricorrere di situazioni di conflitto di interesse, rilasciate da soggetti esterni che collaborino o prestino consulenza in favore dell'Azienda, avviate nel 2020. È il caso, per lo più, dei professionisti legali officiati del patrocinio in controversie giudiziarie o, comunque, incaricati di consulenza legale in favore dell'Ente, dei professionisti contabili esterni, incaricati della consulenza di carattere fiscale-tributaria innanzi all'Agenzia delle Entrate, cosi come degli interpreti, incaricati in relazione alle necessità assistenziali di assistiti stranieri e, da ultimo, dei medici incaricati di collaborazione nella gestione dell'emergenza COVID-19, ai sensi della normativa emergenziale ai medesimi applicabile.

Tutte le dichiarazioni rese risultano pubblicate nella Sezione Amministrazione Trasparente/sottosezione Consulenti e collaboratori.

Come programmato con il PTPCT relativo al precedente triennio, nel 2021 ha preso avvio l'attività di sensibilizzazione e diffusione delle disposizioni applicabili in tema di conflitto di interesse agli ambiti di più spiccato carattere "sanitario".

Si pensi, alla introduzione dell'obbligo generalizzato per i dipendenti, anche del ruolo sanitario e medico, di segnalazione di eventuali situazioni di conflitto in relazione a tutte le attività che siano chiamati a svolgere istituzionalmente, anche quali responsabili del procedimento; in tale contesto, alla luce del ruolo di assoluto rilievo svolto dai dipendenti del ruolo tecnico, sanitario e medico, nell'ambito dei procedimenti finalizzati all'ingresso di apparecchiature sanitarie/tecnologiche in prova/visione ovvero all'accettazione di beni in donazione, presso Macrostrutture ospedaliere e/o territoriali, particolarmente opportuna è apparsa l'immediata introduzione nel 2021 dell'obbligo di rilascio delle attestazioni relative al mancato ricorrere di situazioni di conflitto di interesse, da parte degli stessi.

Programmazione per il triennio 2022/2024

Con riferimento alla precisazione delle casistiche generali di applicabilità della disciplina del conflitto di interessi, viene riproposta, per il 2022, l'attività di predisposizione e diffusione presso tutti i dipendenti di apposita circolare aggiornata relativa alla disposizione in tema di conflitto di interessi, completa di *format*

[25] La ricognizione, anche in ragione dell'acuirsi della situazione pandemica, non è stata riscontrata dal tutte le Macrostrutture e non è stata riproposta nel 2021, in ragione della mancata significatività numerica delle situazioni rilevanti emerse, a fronte del totale dei dipendenti aziendali. Cionondimeno, si ritiene opportuno segnalare, attesa la vicenda giurisdizionale innanzi alla magistratura amministrativa svoltasi nel corso del 2021 e i conseguenti provvedimenti deliberativi adottati dalla Direzione Strategica nell'estate del 2021, che – nel corso della ricognizione avviata al termine del 2020 – due DSS hanno evidenziato possibili criticità meritevoli di considerazione in relazione al processo di acquisizione e fornitura di ausili protesici in favore di assistiti. Infatti, "laddove l'approvvigionamento … che oggi avviene ai sensi delle disposizioni contenute nel d.p.c.m. 12/1/2017, mediante l'esperimento di indagini di mercato o procedure ad evidenza pubblica, dovesse nuovamente avvenire mediante la possibilità di scelta diretta del fornitore da parte degli assistiti", degna di attenzione sarebbe la posizione dei dirigenti medici ovvero gli specialisti ambulatoriali prescrittori, presso i medesimi DSS nel cui ambito territoriali insistano eventuali attività private, riconducibili a soggetti a questi vicini ed aventi ad oggetto il commercio di ausili protesici. In vigenza del precedente sistema di scelta dell'assistito, comunque, uno dei due Direttori DSS ha disposto che il dirigente medico proscrittore si astenesse dal prescrivere ausili che potessero essere forniti dalla ditta intestata a parenti/conoscenti.

della comunicazione che i dipendenti sono chiamati a rendere per la segnalazione di eventuali conflitti, ai fini della successiva divulgazione presso tutti i dipendenti, in ragione della necessità di estenderne testualmente la portata esemplificativa al caso degli incarichi di CTP.

In aggiunta, nella tabella allegata *sub* 1) alla presente Sezione e recante elenco delle misure vigenti per il 2022, sono confermate le seguenti attività già in essere nell'anno 2021 (per maggiori indicazioni circa i tempi di attuazione, le Macrostrutture responsabili e le modalità di monitoraggio, si rinvia alla tabella allegata):

- l'obbligo di sottoscrizione, da parte del RUP nominato ai sensi del d. lgs. 50/2016, di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali alla specifica procedura di approvvigionamento;
- l'obbligo di sottoscrizione di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali alla specifica procedura di approvvigionamento, da parte di tutti i dipendenti/professionisti che partecipino alla redazione dei capitolati di gara, alle commissioni valutatrici, alla definizione del fabbisogno aziendale, ovvero che vengano individuati quali direttori dell'esecuzione dell'appalto;
- l'obbligo, per ogni atto determinativo e/o deliberativo, di sottoscrizione di specifica attestazione dei firmatari tutti relativa al mancato ricorrere di situazioni di conflitto di interessi, come di seguito indicato: "Tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) del vigente PTPCT – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-*bis*, d. lgs. 165/2001".

A queste si aggiunge formalmente, dal 2022, l'onere del Direttore/Responsabile della Macrostruttura di assegnazione del dipendente (che abbia attestato il positivo ricorrere di situazioni di conflitto che gli impongano di astenersi dalla partecipazione all'attività/procedimento istituzionale) di valutare ed esternare la propria decisione in merito all'effettivo ricorrere del conflitto attestato. Dopo un primo triennio di applicazione di tale ultima previsione, potrà valutarsi la creazione di apposito comitato permanente, chiamato a coadiuvare il Direttore/Responsabile nelle ipotesi di particolare complessità.

Quanto alle ipotesi di emersione del conflitto di interessi più spiccatamente interessanti l'ambito sanitario di intervento aziendale, nella tabella allegata *sub* 1) recante elenco delle misure vigenti per il 2022, sono analogamente confermate le seguenti attività già previste nel 2021(per maggiori indicazioni circa i tempi di attuazione, le Macrostrutture responsabili e le modalità di monitoraggio, si rinvia alla tabella allegata):

- l'obbligo di sottoscrizione di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali, da parte dei richiedenti e beneficiari di ingresso di beni/tecnologie sanitarie in prova/visione/donazione/comodato;
- l'obbligo di acquisizione di dichiarazione relativa all'inesistenza di situazioni di conflitto di interessi ed incompatibilità, rilasciata dai MMG ammessi alla fruizione, con borsa di studio, della Scuola Regionale di formazione specifica in Medicina Generale;
- l'obbligo di sottoscrizione ed aggiornamento annuale di apposito documento di integrità, con inclusa dichiarazione in tema di conflitto di interessi, da parte di ogni operatore del Dipartimento

di Prevenzione, impegnato in attività di vigilanza ed ispezione, da parte dei dipendenti del SIAV B e C del medesimo Dipartimento, di tutti i dipendenti UUOOCC SPESAL del medesimo Dipartimento, da parte di tutti i soggetti componenti e dei segretari di Commissioni per l'invalidità facenti capo al medesimo Dipartimento di Prevenzione;

- la previsione del riesame annuale di incarichi di docenza, svolti dai dipendenti del Dipartimento di Prevenzione, al fine di evitare concentrazioni e conflitti di interesse;
- l'attestazione di inesistenza di conflitti di interesse al conferimento di incarichi legali interni ed esterni da parte, rispettivamente, dei dirigenti avvocati officiati ovvero del Direttore SBL;
- l'aggiornamento annuale delle dichiarazioni relative all'inesistenza di profili di conflitto di interesse ed incompatibilità, da parte dei componenti di commissioni/gruppi per la valutazione dei farmaci e dispositivi medici;
- l'obbligo, a carico di tutti i dipendenti ovvero dei professionisti medici e sanitari convenzionati con l'azienda, di dichiarare per iscritto al giudice il possibile ricorrere di situazioni di conflitto di interesse rispetto alla ASL BA datrice di lavoro, in sede di accettazione dell'incarico quale CTU;
- il divieto, posto a carico di tutti i dipendenti ovvero dei professionisti medici e sanitari convenzionati con l'azienda, di accettare incarichi quale CTP, in favore di controparti della ASL BA, in ragione della situazione di conflitto di interesse rispetto alla ASL BA datrice di lavoro.

Nel corso del 2022, infine, proseguirà l'attività di acquisizione, aggiornamento e pubblicazione delle dichiarazioni in tema di conflitto di interessi rilasciate da consulenti e collaboratori della ASL, sia con riferimento ai nuovi incarichi conferiti nel 2022, sia con riferimento ad incarichi conferiti in anni precedenti e, con riferimento ai quali, risulti necessario procedere alla liquidazione.

d. Inconferibilità di incarichi dirigenziali ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; formazione di commissioni di gara e concorso ed assegnazione agli uffici, in caso di condanna penale per reati contro la pubblica amministrazione

Situazione al 31/12/2021

Con la l. delega 190/2012 (art. 1, cc. 49-50) ed il d. lgs. delegato 39/2013, il legislatore ha introdotto una disciplina dedicata ed organica del conflitto di interessi che riguarda, non già qualsiasi operatore pubblico, bensì i soli titolari di incarichi amministrativi (*rectius*, gestionali) di vertice, attribuendo direttamente all'ANAC – coadiuvata dall'RPCT – il compito di vigilare sul rispetto dei vincoli e divieti normativi.

Il d. lgs. 39/2013 codifica "*delle presunzioni assolute di conflitto di interessi, al ricorrere delle quali taluni incarichi nella pubblica amministrazione sono da considerarsi inconferibili o incompatibili*" (delibera ANAC 1201/2019).

Con specifico riferimento al contesto sanitario, premesso che la l. delega chiarisce all'art. 1, c. 59, l'applicabilità della nuova disciplina a tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, c. 2, d. lgs. 165/2001, si prevede testualmente – quale criterio di delega, alla lett. d) – l'applicabilità delle norme in tema di inconferibilità ed incompatibilità agli incarichi di Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario.

La scarna previsione della l. delega è stata più volte oggetto di precisazioni da parte dell'ANAC, con riferimento alle numerose tipologie di incarichi dirigenziali conferibili all'interno della ASL.

In particolare:

- ribadita l'applicabilità, su un piano generale, della disciplina di cui al d. lgs. 39/2013, ai soli incarichi di Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario, in coerenza con la riserva al primo, coadiuvato dai secondi, di tutti i poteri di gestione, nonché della rappresentanza della ASL, effettuata dall'art. 3, c. 6, d. lgs. 502/1992 e la previsione testuale dell'art. 3, c. 1, lett. e), d. lgs. 39/2013 (delibera ANAC 149/2014);
- viene successivamente:
  1. esclusa l'applicabilità alla dirigenza medica e sanitaria, sia perché ritenuta non comportante esercizio di competenze di amministrazione e gestione sia in ragione dell'automatica attribuzione a medici e sanitari della qualifica dirigenziale, a prescindere dall'effettivo svolgimento di incarichi di direzione (amministrativa e gestionale), nell'esclusivo intento di attribuire loro autonoma autodeterminazione nelle scelte professionali (delibera ANAC 1146/2019 ma v. infra programmazione per il triennio 2022/2024);
  2. esclusa l'applicabilità ai dirigenti titolari di incarichi di studio o posti in *staff* alla Direzione Strategica (delibera ANAC 1146/2019);
  3. estesa, pur in assenza di specifiche previsioni nella l. delega ed, anzi, apparentemente in contrasto con la limitazione alla sola Direzione Strategica di cui al precitato criterio di delega, l'applicabilità alla dirigenza tecnico-amministrativa[26], per la quale valgono "*le ordinarie regole previste dal d. lgs. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, c. 1, lett. c), d. lgs. 39/2013*", configurandosi – accedendo alla soluzione opposta – una ingiustificata disparità di trattamento tra dirigenti tecnico-amministrativi che operano nel contesto sanitario e quelli di altri comparti della pubblica amministrazione (delibera ANAC 1201/2019, delibera ANAC 1146/2019 e delibera ANAC 713/2020).

Strettamente connessa alla disciplina dettata, in tema di inconferibilità, dall'art. 3, d. lgs. 39/2013, la disposizione di cui all'art. 35-*bis*, d. lgs. 165/2001. Le due previsioni normative tuttavia differiscono sensibilmente quanto ad ambito soggettivo di applicazione, riferendosi:

a. il d. lgs. 39/2013, nelle specificazioni fornite dall'Autorità, come detto, ai soli incarichi di direzione generale, amministrativa e sanitaria, oltre che alla dirigenza del ruolo amministrativo e tecnico;
b. il d. lgs. 165/2001, a tutti i dipendenti, indipendentemente dallo svolgimento di funzioni dirigenziali, bensì in relazione a funzioni particolarmente sensibili a fini di prevenzione della corruzione (funzioni connesse al reclutamento dall'esterno e all'avanzamento in carriera; funzioni di gestione delle risorse finanziarie; funzioni di approvvigionamento di beni, servizi e lavori; funzioni connesse all'erogazione di sovvenzioni, sussidi, ausili e contributi, vantaggi economici in favore di soggetti pubblici e privati; compiti di segreteria connessi alle predette funzioni).

[26] A questi, vanno equiparati – tra i dirigenti del ruolo professionale – i dirigenti avvocati.

Alla luce delle predette indicazioni, anche interpretative, fornite dall'ANAC, particolari dubbi permangono con riferimento agli incarichi apicali di:

- Direzione UOC Dipartimento di Prevenzione, in ragione dei compiti di vigilanza, verifica ed ispezione agli stessi normativamente attribuiti;
- Direzione di Dipartimenti e UOC del ruolo medico e sanitario che, per la peculiare organizzazione aziendale partecipino alle funzioni di amministrazione e gestione, anche di natura ispettiva, rilevanti ex d. lgs. 39/2013 (si pensi, nel contesto di questa Amministrazione, al Dipartimento Salute Mentale o al Dipartimento Dipendenze Patologiche o all'Area Socio Sanitaria ovvero, ancora, alla UOC Neuro Psichiatria Infantile e dell'Adolescenza);
- Direzione Medica di P.O., in ragione dei compiti di gestione agli stessi attribuiti;
- Direzione DSS, in ragione dei compiti di gestione agli stessi attribuiti dalla legge.

Gli stessi incarichi apicali, infatti, benché conferibili a dirigenti del ruolo medico e sanitario, comportano pacificamente lo svolgimento di funzioni di amministrazione e gestione, anche di natura ispettiva, rilevanti *ex* d. lgs. 39/2013, quali l'approvvigionamento di beni e servizi, la gestione di ordinativi di fornitura relativi a beni di interesse distrettuale ovvero l'erogazione di sovvenzioni aventi notevole rilievo economico, quali gli assegni di cura ovvero le ulteriori tipologie censite nella sezione Amministrazione Trasparente/Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici. Con particolare riferimento ai Direttori DSS, alla luce del disposto di cui all'art. 3-*sexies*, c. 3, d. lgs. 502/1992 e dell'art. 8, reg. regionale 6/2011, il quale consente l'accesso alla Direzione DSS tanto a professionalità del ruolo medico e sanitario (oltre che ai MMG/PLS) quanto a professionalità del ruolo amministrativo, l'interpretazione fornita dall'Autorità comporterebbe l'effetto paradossale di ritenere applicabile o meno il d. lgs. 39/2013 non già in ragione delle competenze e funzioni effettivamente svolte dal dirigente bensì sulla base del dato formale del ruolo professionale.

Ad ogni buon conto, ove tali situazioni esistano, le stesse sono oggetto di comunicazione/attestazione da parte del dirigente di qualunque ruolo, anche ai sensi dell'art. 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, secondo quanto previsto al precedente par. in tema di conflitto di interessi, al quale si rinvia.

Al 31/12/2021, si è proceduto ad aggiornare e pubblicare in Amministrazione Trasparente le dichiarazioni rilasciate dai Direttori Generale, Amministrativo e Sanitario in relazione all'annualità 2021.

Le stesse, unitamente a ulteriori n. 190 dichiarazioni circa rese da dirigenti destinatari, nel corso del 2020, di conferimento/rinnovo incarico (Dipartimento/UOC/UOS), sono state verificate mediante controlli presso il casellario penale dalla competente Area Gestione Risorse Umane, come indicato anche nella Relazione RPCT relativa all'anno 2021, pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

All'esito del conferimento, avvenuto nel mese di dicembre 2020, degli incarichi provvisori di Direzione dei Dipartimenti previsti dal nuovo assetto organizzativo delineato dalle DDG n. 1005/2020 e DDG n 246/2021, si è proceduto a richiedere a tutti i Direttori incaricati il rilascio delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità, per lo più acquisite nel corso del 2021. Analogamente, tale attività è proseguita nel 2021, in relazione agli incarichi ritenuti rilevanti per effetto dei chiarimenti forniti dall'ANAC circa l'ambito di applicazione del d. lgs. 39/2013 al contesto sanitario.

Quanto alla partecipazione a commissioni di gara per la scelta del contraente in base al criterio dell'o.e.p.v. ovvero di concorso per l'accesso agli impieghi, nel corso del 2021 e secondo quanto previsto già dal PTPCT 2020/2022, le Aree aziendali competenti (AGP, AGT, Ingegneria clinica-HTA ed AGRU) hanno sempre proceduto ad acquisire dai commissari la dichiarazione relativa al mancato ricorrere, in generale, di conflitto di interessi e/o di obblighi di astensione.

In sede di monitoraggio della misura per l'anno 2021, l'AGP ha confermato l'avvenuta integrazione del *format* di dichiarazione resa dai componenti-segretari delle commissioni ai reati contro la pubblica amministrazione di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.

Programmazione per il triennio 2022/2024

Nel corso del biennio 2022-2024 ed in concomitanza con il progredire ulteriore dell'attuazione della riorganizzazione dell'Ente, si procederà alla richiesta delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità anche a tutti i dirigenti amministrativi, tecnici e professionali (avvocati) incaricati delle nuove strutture e non, nonché a tutti i dipendenti, anche del comparto, assegnati allo svolgimento delle specifiche funzioni previste dall'art. 35-*bis*, d. lgs. 165/2001.

Analogamente, si continuerà a procedere anche con riferimento alla dirigenza medica e sanitaria che, per il particolare incarico conferito (*id est*, Direzione DSS, Direzione UOC Dipartimento di Prevenzione e Direzione Medica di P.O.) risultino svolgere le funzioni rilevanti ai fini di cui all'art. 35-*bis*, d. lgs. 165/2001.

Deve segnalarsi, quanto alle precisazioni offerte dall'Autorità in tema di ambito di applicazione del d. lgs. 39/2013 al contesto sanitario, come all'iniziale esclusione dei dirigenti medici e sanitari (sostenuta con le delibere richiamate al paragrafo che precede) appare fare seguito una posizione più estensiva e favorevole all'applicazione anche alla dirigenza medico-sanitaria, "*laddove tali dirigenti siano titolari di competenze di amministrazione e gestione*", che ne giustifichino l'assoggettamento alla disciplina di cui all'art. 3, c. 1, lett. c), d. lgs. 39/2013 (ANAC, *newsletter* n. 9 del 13/12/2021 – quesito XVII).

A seguito della ricezione delle dichiarazioni rilasciate, nel 2022, l'AGRU proseguirà, d'intesa con l'RPCT e la Direzione Strategica, alla verifica, anche con modalità a campione, delle dichiarazioni di inconferibilità pervenute sia dai dirigenti amministrativi, tecnici e professionali (avvocati) tutti sia dagli ulteriori dipendenti impegnati nelle attività rilevanti *ex* art. 35-*bis*, d. lgs. 165/2001, anche se del ruolo medico e sanitario.

Quanto alle dichiarazioni rese dai componenti delle commissioni di gara e concorso, infine, anche il presente Piano conferma l'obbligo – per le Macrostrutture competenti per le rispettive procedure – di acquisirle, estendendolo sia in relazione agli specifici reati contro la pubblica amministrazione di cui all'art. 35-*bis*, d. lgs. 165/2001 sia a nuove Macrostrutture *medio tempore* istituite ovvero destinatarie di delega allo svolgimento di procedure ad evidenza pubblica per l'aggiudicazione di appalti pubblici, quali la Direzione Amministrativa del nuovo Dipartimento di Assistenza Territoriale ovvero gli stessi DSS (nell'ipotesi di svolgimento di gare da aggiudicarsi secondo il criterio dell'o.e.p.v.), nonché la UOC Neuro Psichiatria Infantile e dell'Adolescenza.

e. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage)

Situazione al 31/12/2021

Già con le misure previste dal PTPCT aziendale per il 2020, venivano introdotte specifiche azioni in tema di *pantouflage* (di cui all'art. 53, c. 16-ter, d. lgs. 165/2001).

In sede di monitoraggio sull'attuazione della misura e supporto all'RPCT nella predisposizione della Relazione sia per l'anno 2020 che per il 2021:

- l'Area Gestione del Patrimonio (AGP) ha confermato che negli atti di gara è previsto espresso

rinvio al divieto in parola e che oggetto di specifica verifica è l'avvenuta compilazione di tale Sezione del DGUE da parte dei tutti i concorrenti; a decorrere dal 2021, inoltre, è riportata la norma in tema di *pantouflage* anche, successivamente all'affidamento/aggiudicazione, nel testo contrattuale sottoscritto dai contraenti privati. Pertanto, alla data del 31/12/2021, sia i concorrenti che gli appaltatori assumono tale obbligo prescrittivo. Con il contributo offerto alla redazione della Relazione RPCT per il 2021, infine, l'AGP ha confermato il mancato emergere di ipotesi di *pantouflage* nell'anno appena trascorso;

- l'Area Gestione Risorse Umane (AGRU) ha altresì confermato di aver previsto tale clausola nei contratti di lavoro. Nel 2021, inoltre, la medesima AGRU ha predisposto una apposita circolare divulgativa indirizzata a tutti i dipendenti (prot. 42387 del 28/6/2021).

In attuazione di quanto previsto dal Piano, già per l'anno 2021, si è provveduto:

- all'estensione della misura, oltre che all'AGRU e all'AGP alle ulteriori Macrostrutture che, anche a seguito del nuovo assetto organizzativo, potranno risultare competenti per le procedure di approvvigionamento di beni, servizi e lavori (AGT, Ingegneria clinica-HTA, Direzioni Amministrative di P.O., Direzione Amministrativa del Dipartimento di Assistenza Territoriale e DSS ovvero ulteriori Macrostrutture delegate ai sensi della disciplina aziendale);
- all'estensione del divieto anche all'ambito dei rapporti contrattuali con il settore privato accreditato (art. 8-quinquies, d. lgs. 502/1992); in particolare, l'RPCT e la Direzione Strategica – con il supporto tecnico della UOS Gestione Rapporti Convenzionali (UOGRC) – hanno indirizzato alla Regione Puglia apposita richiesta volta alla modifica/integrazione dello schema di contratto da sottoscriversi con le strutture accreditate, attraverso l'inserimento di specifica clausola contenente il divieto di *pantouflage* (nota prot. 101539 dell'11/8/2021); nelle more delle decisioni che i competenti uffici regionali riterranno di assumere sul punto, già nei contratti sottoscritti nel 2021 con strutture private accreditate, per i quali non esiste uno schema tipo adottato con delibera di Giunta Regionale, l'UOGRC ha provveduto alla modifica dello schema di contratto sottoposto all'approvazione del Direttore Generale, mediante testuale inserimento del divieto di *pantouflage* (le delibere del Direttore Generale sono state, successivamente, notificate alla Regione Puglia – Dipartimento Promozione della salute e del benessere animale); nello stesso senso, si muovono le comunicazioni del 21/12/2021 (prot. 159719) e del 23/12/2021 (prot. 161173) con cui – rispettivamente – il Dipartimento di Salute Mentale ed il Dipartimento Dipendenze Patologiche anticipano, ai soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie che intrattengano rapporti negoziali con questa Azienda, il futuro inserimento di apposite clausole in tema di *pantouflage* nelle convenzioni, contestualmente raccomandando di porre particolare attenzione all'immediato rispetto della disciplina legislativa;
- su un piano generale, alla redazione e diffusione presso tutti i dipendenti, coordinata dall'AGRU di circolare aggiornata circa la disciplina del *pantouflage* e obblighi/divieti per il personale all'atto della cessazione del rapporto di lavoro (prot. 42387 del 28/6/2021), nonché al conseguente inserimento – in tutte le determinazioni dirigenziali di cessazione dal servizio e nei contratti di assunzione – di espresso richiamo all'obbligo di legge.

Sempre per il 2021, le Macrostrutture interessate dall'attuazione delle misure in tema di *pantouflage* e tra queste, in primis, AGP (per le procedure di approvvigionamento) ed UOGRC (per il procedimento

finalizzato alla conclusione di accordi contrattuali di cui all' art. 8-quinquies, d. lgs. 502/1992) non hanno rilevato il verificarsi di alcuna violazione del divieto in parola. Analogamente, si rileva la mancata ricezione nel corso del 2021 di segnalazioni relative a presunte violazioni del divieto in relazione a contratti stipulati dalla ASL.

Programmazione per il triennio 2022/2024

Per il 2022, sono integralmente confermate le misure previste già per l'anno 2021.

Sempre a decorrere dal 2022, inoltre, le Macrostrutture interessate dall'attuazione delle misure in tema di *pantouflage* dovranno avviare – anche con modalità a campione e previa individuazione dei criteri di selezione del campione – controlli in raccordo con l'AGRU circa la rispondenza al vero delle dichiarazioni rese dagli operatori economici in sede di partecipazione a procedure volte all'affidamento di appalti pubblici ovvero alla conclusione di accordi contrattuali di cui all' art. 8-*quinquies*, d. lgs. 502/1992.

A fronte dell'estensione della misura, operata nel 2021, e dei relativi controlli, a decorrere dal 2022, anche al settore dei rapporti con il privato accreditato e contrattualizzato dalla ASL, particolarmente significativo nel contesto sanitario, le quattro Macrostrutture coinvolte nella gestione dell'attività di contrattualizzazione di soggetti accreditati, U.O. Gestione Rapporti Convenzionali (UOGRC), Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Dipendenze Patologiche, Area Servizi Socio-Sanitari assicureranno:

1. sia l'obbligo di integrare il format del contratto, approvato dalla Regione Puglia per tutti gli enti del SSR, mediante l'inserimento della clausola relativa al divieto di *pantouflage* ovvero mediante *addendum* allo stesso sia per le tipologie contrattuali per le quali non esista ancora un *format*-tipo regionale sia per le tipologie contrattuali per le quali la Giunta della Regione Puglia abbia già provveduto all'adozione di schemi tipo per tutti gli enti SSR (ove la Regione non integri medio tempore gli schemi-contrattuali tipo, aderendo alla proposta formalizzata da questa asl con nota dell'11/8/2021 – prot. 101539); in questo contesto, l'Azienda sottoporrà nuovamente nel 2022 all'attenzione della Regione Puglia la necessità di integrare il *format* per tutti gli enti/aziende SSR;
2. sia l'obbligo, per tutte le citate Macrostrutture aziendali, in sede di verifica del persistere dei requisiti per l'accreditamento e la contrattualizzazione, di chiedere che il contraente privato attesti la permanenza del rispetto della disciplina sul divieto di *pantouflage*;
3. infine, l'applicazione dei medesimi controlli anche a questa tipologia di contratto.

f. Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali

Situazione al 31/12/2021

Come noto, la disciplina in materia di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali da parte dei dipendenti pubblici trova la sua giustificazione nell'esigenza di scongiurare eventuali conflitti di interesse e di assicurare il rispetto dell'art. 98 Cost., nella parte in cui prevede che "*i pubblici impiegati sono al servizio esclusivo della Nazione*".

La disciplina aziendale in materia è contenuta nel regolamento, approvato con DDG n. 1900/2011, successivamente oggetto di numerose circolari esplicative AGRU susseguitesi nel corso degli anni.

Il regolamento prevede il ricorso a modulistica standard, finalizzata – tra l'altro – a semplificare le attività di controllo e comunicazione al Dipartimento per la Funzione Pubblica, da parte dell'AGRU, così come a garantire maggiore uniformità procedurale.

La modulistica include:

- modello per la richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, ai fini di una prima valutazione di ammissibilità da parte della Macrostruttura di assegnazione e della successiva autorizzazione rilasciata dal Direttore Generale, sulla base dell'istruttoria svolta dall'AGRU;
- modello di comunicazione circa lo svolgimento di incarichi non soggetti ad autorizzazione (ex art. 53, c. 6, d. lgs. 165/2001), indirizzato al Direttore/Responsabile di Macrostruttura di assegnazione e, per conoscenza, all'RPCT;
- modello di comunicazione dei dati necessari ai fini delle prescritte comunicazioni al Dipartimento per la Funzione Pubblica, tramite il Portale PerlaPA, da parte dell'AGRU.

Le autorizzazioni richieste sono rilasciate dal Direttore Amministrativo o Sanitario, in ragione del ruolo/profilo professionale del dipendente richiedente, dietro istruttoria AGRU, circa il rispetto di limiti e condizioni di legge e regolamentari interni e sono comunicate al Dipartimento per la Funzione Pubblica ed oggetto di periodica pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente/Personale/Incarichi conferiti o autorizzati ai dipendenti, consentendo anche un controllo esterno e diffuso circa la regolarità degli incarichi autorizzati.

Coerentemente con l'assegnazione all'AGRU, tra le misure anticorruttive per l'anno 2021, dell'aggiornamento urgente del modello di comunicazione mediante l'inserimento di un campo deputato a raccogliere l'indicazione (oltre che del *provider* formalmente conferente l'incarico) anche del soggetto cd. utilizzatore finale, per conto del quale il convegno, la relazione, la docenza viene conferito, con nota del 4/5/2021 (prot. 29906), indirizzata a tutti i dipendenti ed all'uopo pubblicata sul portale del dipendente, si è provveduto a diramare la nuova modulistica per le comunicazioni e le richieste di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

Nel 2021, inoltre, l'AGRU ha provveduto alla redazione dell'aggiornamento al regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi esterni, ai sensi dell'art. 7, c. 6, d. lgs. 165/2001, attualmente all'attenzione delle UOC amministrative, per eventuali osservazioni e suggerimenti (prot. 84944 del 30/12/2021).

Nessuna segnalazione è stata ricevuta, nel corso del 2021, in merito allo svolgimento di incarichi non previamente autorizzati da parte dei dipendenti ASLBA.

Programmazione per il triennio 2022/2024

Per effetto della diffusione, avvenuta nel 2021, del nuovo modello di comunicazione/richiesta di autorizzazione, mediante l'inserimento di un campo deputato a raccogliere l'indicazione (oltre che del *provider* formalmente conferente l'incarico) anche del soggetto cd. utilizzatore finale, per conto del quale il convegno, la relazione, la docenza viene conferito, nonché in considerazione di talune incertezze emerse in fase attuativa da parte dei dipendenti, si è ritenuto opportuno inserire, tra le misure anticorruttive assegnate all'AGRU nel 2022, la redazione di circolare aggiornata contenente chiarimenti ed indicazioni sulla nozione di utilizzatore finale e sulle modalità/limiti/procedure per il conferimento di incarichi a soggetti in quiescenza, alla luce del divieto di cui all'art. 5, c. 9, d. l. 95/2012.

Nel 2022, inoltre, all'esito delle valutazioni degli eventuali contributi interni pervenuti, si procederà all'approvazione del nuovo regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi esterni, su proposta deliberativa AGRU.

A seguito della ricezione, nel corso del biennio 2020/2021, delle comunicazioni relative agli incarichi non soggetti ad autorizzazioni e di cui all'art. 53, c. 6, d. lgs. 165/2001, aventi – per lo più – ad oggetto la partecipazione a congressi e seminari, come programmato con il Piano 2021, è in corso la valutazione relativa all'opportunità della istituzione di un "*Registro degli incarichi non soggetti ad autorizzazione, comunicati dai dipendenti*", in ragione dell'elevata numerosità degli stessi e del rischio che possibili conflitti di interessi possano non essere tempestivamente individuati. Il Registro potrebbe rivelarsi, infatti, un ausilio conoscitivo utile in sede di nomina delle commissioni giudicatrici di gare di appalto.

Il Registro, istituito ed aggiornato informaticamente, potrebbe essere oggetto di pubblicazione annuale, a decorrere dal 2024, nella Sezione Amministrazione Trasparente/Dati ulteriori, ove coerente con le esigenze di tutela della riservatezza dei dipendenti interessati secondo le indicazioni che saranno fornite dal DPO aziendale, innalzando il livello di *accountability* aziendale. I dati raccolti coinciderebbero con quelli oggetto della comunicazione al Dipartimento per la Funzione Pubblica, prevista dall'art. 53, d. lgs. 165/2001, cui si aggiungerebbero le informazioni relative all'utilizzatore finale, ove l'organizzazione concreta dell'iniziativa sia rimessa ad un *provider*.

Ad ogni buon conto, nelle more della decisione anzidetta, già a decorrere dal 2022, tra le misure programmate in tabella 1), viene disposta l'istituzione del più limitato Registro dei convegni e congressi riguardanti i medicinali, cui partecipino dipendenti aziendali ovvero soggetti convenzionati con l'Azienda, previsto e disciplinato dall'art. 13, regolamento Regione Puglia n. 17/2007.

La citata disposizione prevede testualmente:

- al comma 2, che le aziende farmaceutiche comunichino alle ASL regionali "*i nominativi dei medici e dei farmacisti loro dipendenti o convenzionati che a qualsiasi titolo partecipano a congressi, convegni, eventi formativi di gruppo, ECM da loro organizzati e/o promossi e/o finanziati*";
- al comma 3, che gli operatori sanitari che, a qualsiasi titolo (relatori, ospiti ecc…) partecipano a iniziative promosse o finanziate da aziende farmaceutiche, devono darne preventiva comunicazione alla Azienda sanitaria da cui dipendono;
- al comma 4, che "*presso il responsabile alla formazione di ogni azienda sanitaria e ospedaliera sarà istituito un registro*".

Quest'ultimo, implementato sulla base dei dati ricevuti dalle aziende farmaceutiche, all'uopo richieste dall'UO Formazione, potrà consentire, dal 2023, successive eventuali verifiche anche mediante incrocio dei dati comunicati dai dipendenti.

g. Rotazione del personale

Situazione al 31/12/2021

Rotazione ordinaria

Con specifico riferimento alla rotazione ordinaria, individuata fin dal PNA 2013 tra le più incisive misure di contenimento di fenomeni *latu sensu* corruttivi, si segnala l'avvio – già dal 2018 – di apposite interlocuzioni con l'Autorità[27].

In tale contesto, l'Azienda ha rappresentato[28] che:

a. benché assente – nel PTPCT 2018 – la previsione di modalità organizzative per la rotazione ordinaria, la rotazione sarebbe stata effettivamente programmabile solo al termine del processo di riorganizzazione (ancora in corso alla data odierna (cfr. DDG 246/2021 e DDG 2112/2021), di cui si è detto alla Parte I – par. 1);

b. numerosi e significativi fattori[29], pur senza ostacolarla *in toto*, hanno reso più difficoltosa l'attuazione di un piano volto alla generale rotazione del personale; tra questi, si pensi:

- da un lato, al blocco totale del *turn-over*, conseguente all'entrata in vigore della l.r. Puglia 2/2011 di approvazione del Piano di rientro dal disavanzo del S.S.R., che ha impedito – di fatto – il naturale ricambio delle risorse umane impegnate nelle attività di natura amministrativo-contabile, fino alla annualità 2018 inclusa;
- dall'altro, alla contrapposta elevatissima percentuale di dipendenti dell'Azienda che si sono avvalsi della possibilità di pensionamento consentita dalla cd. "quota 100", di recente introduzione (ed alla quale, massivo ricorso si è confermato anche nel corso del biennio 2020-2021, anche in considerazione del concomitante persistere del quadro pandemico);
- fino a tutto il 2021, alla stessa emergenza sanitaria che ha visto il pieno coinvolgimento di tutte le articolazioni interne aziendali, chiamate ad assicurare con immediatezza programmazione e gestione di nuove attività e funzioni straordinarie ed eccezionali, la cui efficacia sarebbe stata senza dubbio rallentata con nocumento per la salute pubblica ove il personale fosse stato chiamato, comunque, a garantire attività di affiancamento e formazione propedeutici alla successiva rotazione.

I contrapposti effetti di tali circostanze e l'imprevedibile sopraggiungere dell'emergenza sanitaria hanno totalmente impedito e continuano ad impedire la percorribilità di un temporaneo "affiancamento", finalizzato alla successiva rotazione del personale, conseguentemente vincolando l'Azienda a garantire differentemente le esigenze di contenimento e prevenzione del rischio di *mal-administration*, mediante un più incisivo ricorso alla misura alternativa della segregazione delle funzioni. In tale ottica, devono inquadrarsi le seguenti concrete azioni, avviate dall'Azienda già nel 2019:

[27] Riferimento fascicolo ANAC 1551/2018.
[28] Nota prot. 295433 del 13/11/2019, a firma RPCT/DG.
[29] Già oggetto della precedente nota aziendale prot. 63275 del 6/3/2019 indirizzata all'Autorità.

1. conferimento, nel mese di giugno 2020, di n. 22 incarichi annuali di posizione organizzativa[30]; gli anzidetti incarichi hanno garantito il necessario avvicendamento dei collaboratori chiamati alla responsabilità dei procedimenti ovvero, comunque, della relativa istruttoria;
2. con specifico riferimento ai coadiutori senior (ex 5° qualifica funzionale), agli assistenti (ex 6° qualifica funzionale) ed ai collaboratori (ex 7a qualifica funzionale) amministrativi e tecnici, completamento delle procedure finalizzate al reclutamento, tra gli altri, di:
   - n. 3 coadiutori amministrativi senior (2020), cui si è aggiunta n. 1 unità (2021);
   - n. 16 assistenti amministrativi (2019), cui si sono aggiunti ulteriori n. 8 unità (2021);
   - n. 9 collaboratori amministrativi (2019), cui si sono aggiunti n. 44 unità (2021), di cui n. 8 a tempo indeterminato e n. 36 a tempo determinato;
   - n. 70 collaboratori professionali – assistenti sociali (2020);

successivamente assegnati alle Aree amministrative;

3. sempre in tema di reclutamento di coadiutori, assistenti e collaboratori amministrativi:
   - formalizzazione – già nello mese di agosto 2019 - della decisione aziendale di aderire al concorso unico regionale per l'assunzione a tempo pieno ed indeterminato di collaboratori amministrativi, in via di indizione da parte della ASL BAT, il cui bando di concorso è stato oggetto di pubblicazione sulla G.U.R.I. n. 1 del 4/1/2022;
   - reclutamento, a tempo pieno e determinato (prorogati a tutto il 2021), di n. 27 assistenti amministrativi, successivamente assegnati presso i n. 12 Distretti Socio Sanitari, in relazione alle attività di front-office e liquidazione (DDG n. 1139/2019);
   - reclutamento, nel 2020, a tempo pieno ed indeterminato a seguito del completamento di procedure di mobilità, di n. 17 assistenti amministrativi e di n. 6 collaboratori amministrativi;
   - indizione, da ultimo, di concorso pubblico per titoli ed esami volto al reclutamento di n. 20 assistenti amministrativi (DDG 2307/2021).

Quanto al personale amministrativo di qualifica dirigenziale, inoltre, solo per effetto del recente allentarsi del predetto blocco del *turn-over* del personale amministrativo, è stato possibile portare a compimento – per la prima volta dalla istituzione della ASL BA, avvenuta nel 2007 – le procedure concorsuali conclusesi con l'assunzione a tempo pieno ed indeterminato di:

- n. 22 dirigenti amministrativi (deliberazioni del DG n. 490/2019, n. 543/2019 e n. 1563/2019), successivamente assegnati alle principali Aree trasversali nonché ai Distretti Socio Sanitari;
- n. 5 dirigenti analisti (DDG n. 42/2018 e DDG n. 653/2020);
- n. 4 dirigenti avvocati (deliberazioni del DG n. 691/2019 e n. 1889/2020).

[30] Si precisa che il conferimento degli incarichi in parola, bandito prima dell'entrata in vigore del nuovo C.C.N.L. 21/5/2018 ed esplicitamente fatto salvo con la norma transitoria di cui all'art. 22 del detto C.C.N.L., avrà natura necessariamente temporanea, anche in ragione della necessità che l'Amministrazione si adegui al nuovo contratto nazionale, mediante l'istituzione ed il successivo conferimento dei differenti nuovi incarichi di funzione ed organizzazione ivi disciplinati.

A fronte dell'assunzione dei nuovi dirigenti amministrativi e della loro successiva assegnazione alle articolazioni distrettuali, inoltre, è stato possibile individuare un dirigente, già in servizio e in possesso della necessaria esperienza (DDG n. 1536 del 9/8/2019), quale responsabile amministrativo del Dipartimento di Assistenza primaria e territoriale (*rectius*, a seguito della DDG n. 1005/2020, Dipartimento Assistenza Territoriale), cui fanno capo i singoli Distretti Socio Sanitari, al quale è stato chiesto – anche quale Referente RPCT per la rete distrettuale – di standardizzare procedure e provvedimenti amministrativi, anche al fine di semplificare ed agevolare il controllo e la verifica sulle attività poste in essere dai n. 12 DSS, anche a fini di prevenzione della corruzione.

Con precipuo riferimento agli incarichi di vertice dei medesimi Distretti Socio Sanitari, si segnala l'avvenuto completamento delle procedure selettive volte alla nomina dei nuovi Direttori dei Distretti nn. 2, 3 e 12 (deliberazioni del DG n. 955-957/2019), cui si sono aggiunte nel 2021 le procedure relative ai Distretti nn. 5, 9, 11 e 13 (deliberazioni del DG n. 1603-1606/2021). Per effetto del pensionamento del precedente incaricato, infine, con DDG 2358/2021, è stato conferito l'incarico di sostituzione ex art. 22, CCNL Area Sanità 19/12/2019, avente ad oggetto la Direzione del DSS 4.

Quanto all'Area Gestione del Patrimonio, è stato adottato – nel corso del mese di settembre 2019 ed in vista del successivo pensionamento del Direttore di Area, a decorrere dal mese di novembre 2019 – un nuovo assetto organizzativo, provvedendo ad una redistribuzione e rotazione delle unità di personale dedicato. Nello specifico:

- è stato individuato un dirigente amministrativo di recente assunzione, quale responsabile del settore relativo al "*settore gestione dei Servizi appaltati ed in House Providing, servizi di assistenza manutenzione hardware e software*";
- alla dirigente già responsabile dei predetti servizi, è stato assegnato il settore concernente l'acquisizione di "*specialità farmaceutiche, vaccini, dispositivi medici e diagnostici*";
- è stato assegnato un dirigente quale responsabile del "*settore gestione dell'inventario ed acquisizione di beni durevoli, beni economali e gestione cassa economale*".

Nel corso del 2020, inoltre, a seguito del pensionamento del precedente Direttore di Area, è stato conferito nuovo incarico di direzione della UOC Area Gestione del Patrimonio, con decorrenza 1°/1/2021.

Si è proceduto, inoltre, nella seconda metà del 2019:

- al conferimento dei nuovi incarichi di UOC Direzione Amministrativa dei presidi ospedalieri, rispettivamente, Area Bari Nord e Area Bari Sud;
- alla nomina di un dirigente medico quale Responsabile Unico aziendale delle Liste di Attesa – RULA (DDG n. 1255/2019), chiamato – tra l'altro – ad aggiornare tempestivamente il piano aziendale di gestione delle liste di attesa. Collegata a tale nomina, la decisione della Direzione strategica di procedere, mediante scorrimento della graduatoria concorsuale aziendale vigente, all'assunzione di n. 1 dirigente analista per le attività di organizzazione e gestione del Centro Unico Prenotazioni aziendale.

Infine, nel corso del 2021, sono stati conferiti gli incarichi di Direzione della UOC Comunicazione Istituzionale e *Privacy*, istituita con la DDG 1005/2020 (DDG 1569/2021) e della UOC Controllo di Gestione a seguito del pensionamento del precedente titolare (DDG 1668/2021).

Nella seconda metà del 2021, infine, sono stati conferiti:

a. n. 13 incarichi quinquennali di Responsabilità di UOS amministrative, con DDG 1540/2021 (si tratta delle UOS Acquisizione attrezzature e beni mobili; Acquisizione beni; Acquisizione servizi; Impegni e Liquidazioni, ciclo attivo e ciclo passivo; Assunzioni e Concorsi; Personale Convenzionato; Trattamento giuridico-economico-previdenziale; Direzione Amministrativa DSS 1-2-3; Direzione Amministrativa DSS 4-5; Direzione Amministrativa DSS Bari; Direzione Amministrativa P.O. Corato-Molfetta; Direzione Amministrativa P.O. Murgia; Affari Generali);

b. n. 1 incarico quinquennale di Responsabilità della UOS tecnico-amministrativa "Ufficio relazioni con il pubblico – URP", con DDG 1539/2021;

c. n. 1 incarico quinquennale di Responsabilità della UOS professionale "Manutenzione elettromedicali", con DDG 1538/2021;

d. n. 1 incarico quinquennale di Responsabilità della UOS legale "Contenzioso civile ed assicurativo", con DDG 1537/2021.

Quanto agli incarichi dirigenziali già interessati dalla rotazione, pur nelle more della approvazione di criteri e modalità generali, si segnala, nei primi mesi del 2021 l'avvenuta assegnazione ad altro incarico (UOS Contabilità e Bilancio), al termine del precedente ed in considerazione della valutazione positiva ottenuta, della dirigente amministrativa AGRF, già titolare della UOS Impegni e Liquidazioni.

Quanto ai primi provvedimenti attuativi della nuova organizzazione impressa all'Ente con la deliberazione DG n. 1005/2020, tra i quali si inseriscono gli incarichi di direzione dei Dipartimenti, sia dato rinviare alla Parte I, par. 1.

A questi, si è aggiunta – a partire dal 2021 – l'adozione di circa n. 30 provvedimenti di "ricollocazione" di Direttori/Responsabili di strutture oggetto di soppressione, modifica, accorpamento o scorporo. La ricollocazione, benché disposta per finalità giuslavoristiche, d'altro canto, ha finito per determinare di fatto l'indiretto perseguimento delle medesime finalità perseguite mediante la rotazione ordinaria del personale.

Con particolare riguardo alla rotazione degli incarichi dirigenziali di struttura complessa *tout court* considerati, si evidenzia che – come noto – la programmazione della rotazione è soggetta anche all'esistenza di contratti individuali di lavoro, validi ed efficaci in quanto già stipulati, che hanno una durata minima di 5 anni e massima di 7; in aggiunta, per la dirigenza sanitaria, il D.P.R. n. 484/97 prevede il superamento di apposita selezione accessibile, per le diverse UOC, esclusivamente da parte di specifiche specializzazioni mediche ovvero sanitarie.

Si segnala, ad ogni buon conto, l'avvenuta conclusione, nel 2021, di buona parte delle procedure selettive ed il relativo conferimento di incarichi di Direzione UOC mediche e sanitarie, indette dall'Azienda nel 2019.

Con riferimento alle selezioni di cui innanzi e, in particolare, alla prevista rotazione nel ruolo di componente segretario delle relative commissioni di valutazione, si segnala l'individuazione – disposta dalla Direzione Strategica nei mesi di febbraio e marzo 2021 – di numerosi dipendenti esterni all'AGRU, per lo svolgimento dei compiti di segreteria.

Venendo, infine, al personale sanitario del comparto, si evidenzia che – con riferimento al personale impegnato in attività di ispezione, vigilanza e controllo, del Dipartimento di Prevenzione – già il PTPCT 2018/2020, adottato con deliberazione DG n. 128/2019, ha preso atto – istituzionalizzandola – della rotazione disposta dal Direttore del Dipartimento nel corso del 2018, introducendo altresì l'obbligo di procedere non individualmente, bensì esclusivamente a mezzo coppie-ispettive, anch'esse soggette a continue modificazioni nella loro composizione soggettiva.

Sempre in relazione alle funzioni ispezione e vigilanza del Dipartimento di Prevenzione, già il successivo PTPCT 2020/2022, adottato con deliberazione del DG n. 76/2020, ha introdotto la nuova misura n. 98, applicabile a tutte le U.O.C. del Dipartimento. La misura ha previsto l'aggiornamento, entro il mese di marzo 2020, delle procedure operative tecnico-professionali e comportamentali per le attività di ispezione e campionamento, precedentemente in vigore, nel rispetto dei seguenti criteri direttivi:

a. unità di vigilanza composte da almeno n. 2 operatori;
b. rotazione annuale delle unità di vigilanza;
c. attività svolte dal singolo operatore nel proprio Comune di residenza, in misura non eccedente il 50% del totale annuo;
d. controllo nelle attività ordinarie di verifica da parte dello stesso operatore per non più di n. 3 volte consecutive;
e. separazione tra operatori impegnati in attività di rilascio delle autorizzazioni e attività di ispezione e verifica.

In sede di monitoraggio sull'attuazione del Piano, è emersa la mancata approvazione delle nuove procedure operative, a tutto il 2021, atteso il coinvolgimento di tutte le articolazioni del Dipartimento nelle attività volte al contrasto della pandemia. La misura è stata, pertanto, integralmente riproposta per l'anno 2022.

Cionondimeno, in sede di approfondimenti istruttori conseguenti alla ricezione di una segnalazione di *whistleblowing* ricevuta dall'RPCT tramite l'apposita piattaforma di cui si parlerà alla successiva lett. h), l'apposita commissione di verifica istituita dal Direttore del Dipartimento ha acquisito – nel corso del 2021 – dalle Macrostrutture interessate apposita attestazione relativa al rispetto, di fatto e nelle more della formale approvazione da parte del Dipartimento, delle indicazioni di cui innanzi.

Non dissimilmente, anche le Direzioni SPESAL Area Metropolitana e Area Nord, con note del 7/12/2021 (prot. 153313) e del 19/1/2022 (prot. 4254), hanno confermato l'avvenuta adozione, con riferimento al macro-processo "Attività di vigilanza ed ispezione" svolta dal Dipartimento di Prevenzione, di apposite misure di rotazione (riferibili sia all'oggetto delle ispezioni assegnate a ciascun dipendente, sia agli operatori destinati nel 2021 a ruotare tra due distinte tipologie di settori produttivi, tanto con funzioni di assistenza che di vigilanza *stricto sensu* intesa).

Si segnala, infine, un differente ambito di attività del Dipartimento di Prevenzione, le Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile (CIC), ugualmente oggetto di soggezione alla disciplina della rotazione ordinaria, secondo le previsioni delle Linee Guida regionali approvate con deliberazione della Giunta della Regione Puglia n. 1387/2018, cui l'Azienda ha assicurato attuazione sia a livello disciplinare interno (già con il PTPCT per l'anno 2020 – misura 97, confermata dal PTPCT anche per l'anno 2021 – misura 83, oltre che in via di conferma anche per l'anno 2022) sia in sede di indizione dell'apposito avviso finalizzato all'aggiornamento della composizione delle Commissioni (disposto con la recente DDG 1395/2021 (attualmente *sub iudice* innanzi alla magistratura amministrativa, per quanto in questa sede rileva, limitatamente all'obbligo di rotazione tra le diverse CIC insistenti sul territorio aziendale anche per i componenti medici designati dalle associazioni di categoria). Salva la rotazione dei componenti di designazione aziendale e dei segretari delle CIC (individuati tra i dipendenti aziendali), pertanto, eventuali modifiche alle misure di rotazione, per i designati dalle Associazioni, programmate con il presente Piano saranno, conseguentemente, oggetto di valutazione all'esito del giudizio in corso.

Nelle more, alla luce del mancato accoglimento dell'istanza cautelare proposta dall'Associazione ricorrente, la procedura di nomina si concluderà, presumibilmente, entro metà del 2022.

Analogamente, anche con riferimento alle attività di ispezione e controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle case di cura provate accreditate, svolte dall'U.O. Valutazione Appropriatezza Ricoveri e Prestazioni, già il PTPCT 2020/2022 ha introdotto la misura n. 120 che prevede la "*rotazione trimestrale del personale medico incaricato di eseguire le ispezioni*", secondo una prassi consolidata della Macrostruttura e confermata anche per il 2021.

Infine, anche in tema di vigilanza e controllo sulle farmacie interne ed esterne, parafarmacie e distribuzione intermedia, di competenza del Dipartimento del Farmaco e della UOC Farmacia Territoriale, il PTPCT 2020/2022 ha previsto le misure n. 84 e n. 85 che prevedono la "*rotazione del personale incaricato di eseguire le ispezioni*".

Come si evince già dall'elencazione dei provvedimenti di cui sopra, nel corso del 2021 l'Azienda ha proseguito nelle attività di reclutamento ed attribuzione degli incarichi, da ultimo perfezionatisi con la presa in servizio del personale, avviate negli anni precedenti, di fatto garantendo una concreta e compiuta rotazione del personale dirigenziale e di comparto, grazie all'iniezione di nuove figure dall'esterno o, nel caso degli incarichi dirigenziali di struttura o di coordinamento o posizione organizzativa, ovvero nel caso di provvedimenti di ricollocazione, ad una naturale rotazione. L'arrivo di nuovo personale dirigenziale e di comparto amministrativo, che ha assunto le competenze prima concentrate in pochi soggetti, ha attuato, altresì, una fisiologica segregazione delle funzioni nell'ambito dei procedimenti, se non una totale rotazione dei soggetti che ne erano titolari.

Allargando ulteriormente l'ambito della ricognizione, pur restando in tema di misure poste in essere allo scopo di minimizzare, prevenendolo, il rischio di corruzione, si richiamano brevemente, altresì, le seguenti iniziative intraprese già negli anni precedenti:

- in materia di ricognizione, armonizzazione e classificazione delle singole procedure operative riferibili a ciascuno dei principali cicli aziendali individuati, ed alla conseguente approvazione delle seguenti indicazioni uniformi a livello aziendale, disposta con DDG n. 1309/2019, come da ultimo aggiornate in sede di adozione "*Manuale delle procedure amministrativo-contabili dell'ASL di Bari. Aggiornamento al 2020*", di cui alla DDG n. 1564 del 16/11/2020:
    1. procedura per le Conferme esterne;
    2. procedura per la gestione delle cessioni di credito a terzi da parte dei fornitori;
    3. procedura per pignoramenti mobiliari presso terzi;
    4. procedura per la rilevazione delle rimanenze finali;
    5. procedura Partite Intercompany;
    6. procedura per liquidazione compensi ai legali di controparte;
    7. procedura di fatturazione attiva assistenza Distretti;
    8. procedura per la gestione dei Budget sul sistema informativo — contabile aziendale;
    9. procedure per la tenuta della contabilità analitica separata ALPI.;

la cui attuazione viene individuata tra le misure di prevenzione della corruzione per il 2021, nel più ampio contesto dell'imminente certificazione del bilancio aziendale 2020, all'esito della positiva conclusione del relativo percorso, recentemente formalizzata dalla Regione Puglia con nota prot. AOO_092/00002512 del 3/11/2020, con cui si afferma la "*conseguibilità dell'obiettivo della certificazione per il bilancio*" dell'esercizio 2020 (certificazione effettivamente conseguita nel corso del 2021 – DDG 1380/2021);

- attraverso l'istituzione, nel corso del 2020, dell'Ufficio Unico Liquidazioni farmaci, che garantisce segregazione tra attività di verifica della correttezza della prestazione ricevuta dalla ASL (demandata alle farmacie territoriali) ed attività di liquidazione corrispettivi contrattuali (demandata al predetto Ufficio Unico Liquidazioni);
- attraverso la progressiva implementazione, presso tutti gli uffici, nel corso del 2020, di procedure informatizzate per la gestione delle assenze, avente il duplice obiettivo di "liberare" risorse umane da assegnare ad ulteriori attività amministrative, nonché di permettere l'accentramento delle attività di controllo e monitoraggio circa la regolarità della gestione di congedi e/o permessi da parte dei dipendenti tutti;
- mediante l'avvio dell'informatizzazione del procedimento volto all'approvazione e pubblicazione di determinazioni dirigenziali, a decorrere dal mese di maggio 2020 (DDG 504/2020).

Quanto, infine, alle ulteriori misure alternative finalizzate al medesimo obiettivo di limitazione dei rischi corruttivi, si conferma, già nei primi mesi del 2021:

- la sistematizzazione e conferma dell'aggiornamento di tutte le procedure amministrativo-contabili riferibili a ciascuno dei principali cicli aziendali individuati nel bilancio, confluite nel Manuale delle procedure, adottato – a fine 2020 – con la citata DDG n. 1564 del 16/11/2020, oggetto di diramazione a tutte le Macrostrutture aziendali tenute all'applicazione, con circolare del 3/12/2020 (prot. 71516);
- l'indizione, con DDG n. 163/2021, di avviso di segnalazione graduatoria vigente e manifestazione d'interesse per l'assunzione, a tempo indeterminato, presso l'ASL BA, per idonei in graduatorie di concorsi pubblici espletati da altre amministrazioni pubbliche per la copertura di n. 30 posti di assistente amministrativo categoria C e di n. 30 posti di collaboratore amministrativo professionale categoria D; a seguito delle manifestazioni, anche nel 2022, proseguirà l'attività di convenzionamento con le Amministrazioni titolari delle graduatorie al fine del relativo attingimento;
- l'individuazione, con nota prot. 2632 del 14/1/2021, di un nuovo referente aziendale per le attività relative all'A.L.P.I. e la conferma del nuovo gruppo di lavoro, i cui dipendenti componenti vengono contestualmente individuati;
- l'aggiornamento, disposto con DDG n. 435/2021, dei componenti della Commissione Ispettiva per farmacie, esercizi commerciali ex l. 248/2006 (parafarmacie) e distributori/depositari di farmaci per uso umano e gas medicinali.

Rotazione straordinaria

Con specifico riferimento alla rotazione straordinaria, conseguente all'avvio di procedimenti penali o disciplinari, connessi a condotte corruttive, secondo quanto previsto dall'art. 16, c. 1, lett. l-*quater*, d. lgs. 165/2001 e dalla delibera ANAC n. 215/2019, nel corso del 2021, all'esito dei controlli avviati nel 2020 dall'Area Gestione Risorse Umane in relazione al conferimento di incarichi, è emersa solo una situazione meritevole di approfondimento per l'eventuale applicazione della misura della rotazione straordinaria obbligatoria, ancora in corso alla data del 31/12/2021. Gli ulteriori n. 190 controlli circa, avviati nell'anno 2021, non hanno condotto all'emersione di ulteriori situazioni passibili di rotazione straordinaria.

Programmazione per il triennio 2022/2024

Rotazione ordinaria

Con specifico riferimento a criteri e modalità organizzative per la rotazione ordinaria, si rammenta l'inclusione – tanto tra gli obiettivi di *budget* operativo 2021, quanto tra le misure di prevenzione della corruzione presente programmate dal Piano 2021– l'assegnazione all'AGRU di specifica attività avente ad oggetto la trasmissione alla Direzione Strategica e all'RPCT di puntuale proposta che, a seguito delle valutazioni congiunte di questi ultimi, sarà oggetto di successiva informativa alle OOSS, entro il termine di efficacia del presente Piano. Benché non ancora conclusivi, una prima bozza di criteri generali per la successiva regolamentazione aziendale della rotazione ordinaria, sono oggetto di comunicazione AGRU del 29/6/2021 (prot. 42762).

Permane la necessità, per l'Azienda, di confermare la precedente scelta di avviare l'attività di studio e analisi delle modalità e dei criteri per l'applicazione della misura della rotazione ordinaria, già effettuata con il precedente PTPCT, al termine del processo di attuazione della riorganizzazione dell'ente (che ha visto la soppressione, lo scorporo ovvero la fusione di talune articolazioni interne per lo più di natura sanitaria e la creazione di tre nuovi dipartimenti tecnico-amministrativi), rispondendo inoltre tale decisione alla finalità di tenere conto delle nuove previsioni contrattuali, introdotte dai CCNL 2016/2018, sottoscritti, rispettivamente:

- per il comparto, il 21/5/2018;
- per la dirigenza medica e sanitaria, il 19/12/2019;
- da ultimo, per la dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa, lo scorso 17/12/2020.

La trasmissione di una prima bozza completa di regolamentazione aziendale della rotazione viene, comunque, prevista tra le misure anticorruzione assegnate dal presente Piano all'AGRU per l'anno 2022.

Rotazione straordinaria

Anche per il triennio 2021-2023, l'RPCT e la Direzione Strategica, con il supporto dell'AGRU e della SBL, oltre che delle Macrostrutture di volta in volta interessate, in quanto assegnatarie delle risorse umane eventualmente coinvolte da fatti penali ovvero disciplinari rilevanti, assicureranno la corretta attuazione dell'istituto della rotazione straordinaria obbligatoria.

A tale scopo, il presente Piano:

1. conferma l'assegnazione alla SBL di specifica misura anticorruzione, avente ad oggetto la comunicazione all'RPCT dei dati sui procedimenti giudiziari a carico dei dipendenti dell'amministrazione (oltre a sentenze passate in giudicato, procedimenti in corso e decreti di citazione a giudizio riguardanti, tra gli altri:

- i reati contro la PA;
- il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione - artt. 640 e 640-*bis* c.p.;

2. reitera l'assegnazione alla medesima SBL della redazione di apposita circolare interna rivolta a tutti i dipendenti relativa all'obbligo di questi ultimi di comunicare tempestivamente all'Amministrazione la sussistenza, nei propri confronti, di provvedimenti di rinvio a giudizio per fatti connessi all'attività di servizio.

h. Tutela del whistleblower

Situazione al 31/12/2021

Quale principale misura di tutela del *whistleblower*, l'Azienda ha aderito – a fine 2018 – alla piattaforma *Whistlerblowing*PA messa a disposizione dall'associazione *Transparency* Italia. La piattaforma consente l'acquisizione informatizzata delle segnalazioni e lo scambio informatizzato di comunicazioni e documenti tra segnalante ed RPCT, così da garantire il totale anonimato, ove il segnalante decida di non rendere nota la propria identità. L'accesso alla piattaforma è contenuto in un link (https://aslbari.whistleblowing.it/#/) presente sulla home page del sito web aziendale.

Con riferimento alla procedura interna al gruppo di lavoro RPCT per la lavorazione delle segnalazioni ricevute, sia tramite Piattaforma sia dall'Ufficio Protocollo tramite assegnazione della Direzione Generale, alla data del 31/12/2020 (anche a seguito di informali contatti con ANAC, nel quadro delle iniziative del Primo *Forum* per l'integrità in sanità), l'RPCT ed il gruppo di lavoro hanno definito una procedura interna, ulteriormente precisata nel 2021, secondo cui ogni atto istruttorio successivo alla ricezione della segnalazione (a titolo meramente esemplificativo, richiesta approfondimenti istruttori alla Macrostruttura aziendale competente, eventuali richieste istruttorie ulteriori, adozione provvedimento finale di archiviazione e/o trasmissione ad altri soggetti) avviene:

- mediante indicazione, in oggetto, dei soli estremi numerici (n. prot. o n. identificativo piattaforma) e della data di ricezione della segnalazione, senza alcun riferimento a identificativi soggettivi e contenutistici; a decorrere da metà 2021, l'unica indicazione numerica richiamata nel testo è il n. di acquisizione progressivo annuale delle segnalazioni al registro tenuto dall'RPCT;
- senza trasmissione ad altri uffici del testo della segnalazione pervenuta (che, ancorché anonima, potrebbe contenere ulteriori elementi utili alla identificazione del segnalante), sostituito da una breve rielaborazione discorsiva operata dal gruppo di lavoro e dallo stesso RPCT.

Nel mese di gennaio 2021, l'Unità Operativa Analisi e Sviluppo del Sistema Informatico (UOASSI) ha istituito sul *software* per la gestione del protocollo, l'articolazione aziendale RPCT, alla quale possono accedere solo lo stesso RPCT ed i componenti del gruppo di lavoro e tramite la quale gli stessi possono inoltrare, all'interno del gruppo, documenti (segnalazioni, richieste istruttorie, comunicazioni conclusive) già acquisiti al protocollo aziendale.

Tra gli obiettivi di budget operativo già per l'anno 2021, inoltre, è prevista la predisposizione della documentazione di gara (gestita da AGP, sulla base di capitolato tecnico UOASSI) avente ad oggetto l'affidamento del nuovo protocollo informatico. A seguito dell'individuazione del soggetto aggiudicatario, avrà inizio la fase di adattamento del *software* offerto alle esigenze dell'Ente tra cui, in particolare, le esigenze

di acquisizione al protocollo e gestione della protocollazione in maniera riservata delle segnalazioni assegnate all'RPCT tutte.

Ad ogni buon conto, non sono pervenute all'attenzione dell'RPCT, nel corso del 2021, segnalazioni e/o, comunque, comunicazioni relative all'adozione di misure ritorsive e/o discriminatorie a danno degli autori di precedenti segnalazioni anonime, ancorché non acquisite attraverso la piattaforma predetta.

Programmazione per il triennio 2022/2024

A seguito della predisposizione della documentazione propedeutica all'indizione della gara, avente ad oggetto l'affidamento del nuovo protocollo informatico, la stesa risulta – alla data odierna – all'attenzione della Direzione Strategica per eventuali osservazioni e/o modifiche, ai fini della successiva approvazione ed indizione della procedura ad evidenza pubblica.

Quanto alla piattaforma per la ricezione di segnalazioni di *whistleblowing*, infine, si conferma che già dall'esame del PTPCT ANAC 2020/2022, infine, si è appreso dello sviluppo da parte dell'Autorità della piattaforma *Whistleblowing*, disponibile per il riuso da parte di altre p.a. La piattaforma ANAC, a differenza della piattaforma attualmente in uso a questa Azienda, consente – a seguito delle implementazioni apportate nel 2019 dall'Autorità:

- di abilitare all'accesso diretto non più solo l'RPCT ma anche i componenti del gruppo di lavoro, con credenziali individuali e personali, evitando i rischi per la riservatezza connessi alla necessità di trasferimento di segnalazione e documenti al di fuori della piattaforma, ai fini della loro gestione e conservazione;
- di distinguere tra credenziali dell'RPCT e del gruppo di lavoro, così che il primo possa procedere all'assegnazione della lavorazione delle singole segnalazioni anche a singoli componenti del gruppo di lavoro;
- *l'upload* di documenti relativi alla segnalazione, non visualizzabili dal segnalante ma esclusivamente dall'RPCT e dai componenti del gruppo di lavoro;
- la ricezione separata di comunicazioni/segnalazioni specificamente riguardanti eventuali provvedimenti ritorsivi/discriminatori adottati dall'Amministrazione nei confronti del segnalante;
- di valutare la possibilità di integrare la piattaforma ed il nuovo software del protocollo, in modo che le segnalazioni possano essere direttamente acquisite al protocollo ed inoltrate all'RPCT tramite piattaforma e che l'RPCT possa inoltrarle ad altri soggetto istituzionali tramite protocollo integrato.

Tutte le possibilità anzidette sono particolarmente utili ai fini di una più sicura e celere gestione e lavorazione delle segnalazioni.

All'esito della procedura di gara per l'aggiudicazione del nuovo *software* di protocollo, pertanto, presumibilmente nel corso del 2023, l'RPCT, UOASSI e Direzione Strategica potranno valutare l'opportunità di passare dall'attuale piattaforma in uso alla piattaforma ANAC.

Con specifico riferimento alla diffusione della conoscenza della disponibilità della piattaforma attualmente in uso da parte dei dipendenti, infine, si segnala che dalla valutazione dei risultati emersi all'esito della prima ricognizione in tema di integrità, avviata dall'RPCT nel mese di dicembre 2021, è emersa la necessità di intervenire mediante iniziative formative ed informative rivolte a tutti i dipendenti[31].

[31] I dati forniti all'Azienda da *Transparency* Italia (acquisiti al prot. ASL BA 7639/2022), che ha curato la predisposizione del questionario somministrato ai dipendenti e la successiva elaborazione delle n. 227 risposte ricevute, evidenziano che circa il 70% dei dipendenti partecipanti alla rilevazione ignora l'esistenza della piattaforma. Per completezza informativa, deve

A seguito dell'adozione del presente Piano, pertanto, si procederà all'organizzazione di uno o più giornate informative durante le quali, l'RPCT illustrerà ai dipendenti i principali contenuti del PTPCT, soffermandosi – in particolare – sulla disponibilità di apposita piattaforma per l'invio di segnalazioni anonime.

i. Formazione sui temi dell'integrità e della trasparenza

Situazione al 31/12/2021

A causa del persistere dell'emergenza pandemica, è stato necessario confermare la preferenza per lo svolgimento delle iniziative formative in modalità *distance/webinar*.

Alla data del 31/12/2021, sono state tenute le seguenti iniziative rivolte all'RPCT, al gruppo di lavoro e/o a tutti i referenti RPCT e dipendenti:

- 29/3/2021: *webinar* sul conflitto di interessi (organizzata tra le attività del *Forum* per l'Integrità in Sanità, quale iniziativa rivolta all'RPCT e al gruppo di lavoro);
- 6/4/2021: Giornata Nazionale per l'Integrità in Sanità (organizzata tra le attività del *Forum* per l'Integrità in Sanità, quale iniziativa aperta, cui hanno partecipato quali relatori rappresentanti di ANAC ed AGENAS e, per la ASL BA, il Direttore Amministrativo);
- 21/5/2021: secondo *webinar* sul conflitto di interessi (organizzata tra le attività del *Forum* per l'Integrità in Sanità, quale iniziativa rivolta all'RPCT, al gruppo di lavoro e aperta ai referenti RPCT AGRU e AGP);
- 28/5/2021 e 31/5/2021: approfondimento sul contesto esterno, quale contenuto necessario del PTPCT (organizzata tra le attività del *Forum* per l'Integrità in Sanità, quale iniziativa rivolta all'RPCT e al gruppo di lavoro);
- 4/6/2021: tavolo di lavoro interno sul Sunshine Act (organizzata tra le attività del *Forum* per l'Integrità in Sanità, quale iniziativa rivolta all'RPCT e al gruppo di lavoro);
- 21/6/2021: terzo *webinar* sul conflitto di interessi (organizzata tra le attività del *Forum* per l'Integrità in Sanità, quale iniziativa rivolta all'RPCT, al gruppo di lavoro e aperta ai referenti RPCT AGRU e AGP);
- 28/10/2021: *webinar* sul tema del FOIA e dell'accesso alle informazioni (organizzata tra le attività del *Forum* per l'Integrità in Sanità, quale iniziativa rivolta all'RPCT e al gruppo di lavoro).

L'RPCT ha, altresì, diffuso l'informativa relativa all'organizzazione della prima edizione del corso di formazione organizzato da ANAC che, benché rivolto segnatamente agli RPCT, consentiva la partecipazione a chiunque si iscrivesse. Agli eventi hanno partecipato, oltre all'RPCT, al gruppo di lavoro, numerosi referenti RPCT e dipendenti.

cionondimeno segnalarsi come – pur a fronte di questa mancata conoscenza – dai rapporti annuali ANAC circa lo stato delle segnalazioni presso le pubbliche amministrazioni, la ASL BA si confermi tra gli enti destinatari del maggior numero di segnalazioni (con emerge dalla Relazione RPCT relativa al 2021, infatti, oltre alle n. 4 segnalazioni veicolate dalla piattaforma, sono pervenute all'ente altre n. 40 segnalazioni attraverso canali differenti, quali mail ovvero corrispondenza ordinaria), a conferma comunque di una diffusa consapevolezza dell'istituto. Quanto, infine, all'estensione della rilevazione, si osserva che, se da un canto, le n. 227 risposte ricevute non costituiscono ancora un dato statisticamente rilevante, attesa la platea di circa n. 9000 dipendenti aziendali, d'altro canto, rappresentano una "base di lavoro", dalla quale l'RPCT e la Direzione Strategica possono senza dubbio prendere le mosse per interventi tempestivi, quali quelli segnalati nel testo.

Inoltre, l'RPCT ha diramato alla rete dei referenti l'informativa del corso in tema di appalti pubblici, organizzato d'intesa tra MEF ed IFEL, cui ha partecipato il dirigente amministrativo in servizio a tale data presso il DSS 5, successivamente transitata presso il P.O. "Perinei" di Altamura.

Nel mese di ottobre 2021, ha avuto luogo, con la partecipazione oltre che dell'RPCT (chiamato a relazionare), dei componenti del gruppo di lavoro e dei referenti RPCT AGRU e AGP, specifico incontro del *Network* RPCT SSR della Regione Puglia, dedicato all'approfondimento dei rischi specifici in tema di reclutamento del personale ed approvvigionamento di beni/servizi, conseguenti al contesto emergenziale sanitario.

Quanto agli obblighi di trasparenza, infine, il 20/9/2021, RPCT, gruppo di lavoro e rete dei referenti RPCT hanno partecipato, nel quadro della giornata della trasparenza organizzata dall'RPCT della Regione Puglia, alla tavola rotonda in tema di trasparenza e digitalizzazione della pubblica amministrazione.

Programmazione per il triennio 2022/2024

Per il 2022, proseguiranno le iniziative formative già avviate nel corso dell'anno precedente. In particolare, tra le iniziative promosse dal *Forum* per l'Integrità in Sanità (aperte, oltre che all'RPCT e al gruppo di lavoro, a n. 20 dipendenti per ciascuna giornata), si segnalano:

- 23/2/2022: incontro formativo su valori e principi del dipendente pubblico;
- 30/3/2022: incontro formativo su normativa anticorruzione - nuovi doveri per il dipendente;
- 27/4/2022: incontro formativo su *whistleblowing*;
- 25/5/2022: incontro formativo specifico sui rischi di corruzione nel settore sanitario.

Sono, allo stato, in via di definizione tra gli enti aderenti al *Forum* gli argomenti che saranno oggetto di approfondimento negli ulteriori incontri organizzati nel periodo giugno/dicembre 2022, sui quali ci si soffermerà nel prossimo PTPCT.

Con riferimento al tema del *whistleblowing*, inoltre, è stata diffusa al gruppo di lavoro, ai Direttori di Macrostruttura e alla rete dei referenti RPCT e, per il loro tramite, a tutti i dipendenti, l'informativa relativa al *webinar* organizzato da ANAC per il 31/1/2022, cui interverrà l'RPCT ASL BA, invitato a relazionare circa la concreta esperienza aziendale nell'utilizzo di piattaforma per la gestione delle segnalazioni anonime e circa le misure di tutela del segnalante garantite.

j. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Situazione al 31/12/2021 e programmazione per il triennio 2022/2024

Nel contesto delle iniziative conseguenti all'avvio di specifica interlocuzione con ANAC in tema di commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile (CIC), già nel PTPCT 2020/2022 (misura n. 97), vi era la previsione relativa all'organizzazione di appositi incontri informativi con il Direttore del Dipartimento di Prevenzione e l'RPCT, sulle novità approvate dalla Regione Puglia con la deliberazione della Giunte n. 1387/2018 e diretti, oltre che ai segretari delle CIC, anche ai rispettivi Presidenti e, per il loro tramite, a tutti i componenti anche esterni all'Amministrazione e nominati dalle associazioni di categoria e volti a chiarire taluni dubbi applicativi emersi in relazione:

- alla possibilità, per le associazioni, di nominare soggetti in quiescenza;
- alla possibilità, per le associazioni, di individuare la singola CIC (tra le varie operanti sul territorio aziendale), cui la nomina si riferisce.

Agli incontri, avrebbe fatto seguito la diffusione di una circolare aggiornata da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione, in collaborazione con l'RPCT, ricognitiva tanto della nuova disciplina regionale quanto degli esiti della interlocuzione con le associazioni di categoria.

Lo svolgimento di entrambe le attività è stato reso impossibile, anche per l'anno 2021, per effetto del sopraggiungere dell'emergenza pandemica ed, ancor più, in tale contesto, del ruolo di primo piano nel contrasto alla diffusione del virus svolto dal Dipartimento di Prevenzione, anche mediante concentrazione di tutte le proprie attività e risorse umane nelle azioni più direttamente connesse al contrasto al COVID-19.

Per completezza informativa, deve cionondimeno precisarsi che – già all'indomani dell'approvazione della deliberazione della Giunta regionale n. 1387/2018, contenente le citate Linee Guida volte alla composizione delle CIC – con nota dell'8/7/2019 (prot. 178669, indirizzata anche alla Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute), il Dipartimento di Prevenzione tempestivamente notiziava le associazioni ANMIC, ANFFAS, ENS ed UICI, circa le previsioni dettate dalla deliberazione della Giunta regionale, in punto di divieto di nomina di soggetti in condizione di quiescenza lavorativa, ai fini del rispetto della prefata normativa nazionale del 2012, contestualmente evidenziando alle stesse la necessità che anche le designazioni associazionistica dovessero rispettare l'anzidetta normativa, così come le ipotesi di incompatibilità richiamate dalla medesima deliberazione G.R. n. 1387/2018.

Ciò non di meno, come più diffusamente precisato in precedenza, all'indomani dell'approvazione dell'avviso pubblico per l'aggiornamento delle CIC (DDG 1395/2021), è stato proposto da parte associazionistica e risulta allo stato pendente ricorso al TAR Puglia, avverso le previsioni attuative delle linee guida regionali (tra cui segnatamente, quelle aventi finalità *latu sensu* anticorruttive).

k. Informatizzazione dei processi e Responsabile per la transizione al digitale (RTD)

Situazione al 31/12/2021

Benché non oggetto di specifica programmazione nel PTPCT 2020/2022, a seguito dell'attivazione, nel corso del 2020:

- nel mese di gennaio, della piattaforma aziendale per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 1, c. 32, l. 190/2012, sulla base di software sviluppato internamente dall'UOASSI, successivamente integrato - a partire dal 2021 - al software di contabilità cosi da avere con immediatezza ed esattezza lo stato delle liquidazioni relative alle procedure oggetto di comunicazione;
- a decorrere dal mese di febbraio, dell'aggiornamento al protocollo informatico DOCS, sulla base di software sviluppato internamente dall'UOASSI, nelle more dell'affidamento del nuovo sistema di protocollazione (i cui capitolato tecnico e disciplinare di gara, sviluppati nel 2021 da AGP ed UOASSI e contestualmente estesi alla gestione documentale tout court, sono attualmente all'attenzione della Direzione Strategica);

- dal mese di marzo, della nuova piattaforma aziendale per il lavoro agile (https://sadsamm.asl.bari.it/lavoroagile/Account/Login.aspx), sulla base di software sviluppato internamente dall'UOASSI ed accessibile on-line, che consente la gestione informatizzata del processo finalizzato all'autorizzazione e la successiva fase di timbratura e rilevazione dell'orario di lavoro;
- nel mese di maggio, della nuova procedura informatizzata per l'adozione e la pubblicazione di provvedimenti determinativi da parte delle Macrostrutture aziendali;
- consolidamento dell'informatizzazione del processo di monitoraggio e valutazione della performance organizzativa, sulla base di cruscotto predisposto dall'Ufficio Controllo di Gestione e visualizzabile, tramite intranet aziendale, sia dalla Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV che da parte delle numerose Macrostrutture dell'Ente;

nel corso del 2021, secondo quanto programmato dal precedente PTPCT, si è altresì proseguito mediante:

- con efficacia dal 1°/1/2022, l'approvazione del nuovo regolamento per l'adozione informatizzata dei provvedimenti deliberativi (DDG2182/2021) e l'introduzione della firma digitale tanto delle determinazioni dirigenziali che delle deliberazioni del Direttore Generale, da parte di tutti i soggetti a vario titolo intervenuti nel procedimento istruttorio o decisionale, con contestuale garanzia della corretta conservazione sostitutiva degli stessi a cura del responsabile nominato con DDG 563/2019;
- l'avvio del sistema di riscossione di entrate e pagamenti tramite sistema PagoPA;
- l'avvio del nuovo portale aziendale per la gestione del procedimento di recupero esenzione-ticket per reddito (tramite il quale, a seguito dell'invio dei solleciti di pagamento relativi al quinquennio 2011/2015, è stato acquisito in entrata al bilancio dell'Azienda un importo superiore ad € 1.100.000,00).

Con specifico riferimento alla funzionalità della sezione Amministrazione Trasparente, la società *in-house* regionale InnovaPuglia (che gestisce il Portale Salute, presso cui sono ospitati tutti i siti web istituzionali di aziende ed enti del SSR pugliese) ha avviato, nel corso del 2021 ed all'esito di specifiche attività formative indirizzate ai dipendenti del SSR, la integrazione tra le differenti funzionalità dell'Albo Pretorio e della sezione Amministrazione Trasparente (in primis, sottosezioni Provvedimenti, Bandi di concorso e Bandi di gara e contratti).

Quanto all'individuazione del Responsabile per la transizione al digitale (RTD), richiesta dall'art. 17, d. lgs. 82/2015, si conferma la nomina del Direttore dell'UOASSI, ing. Mario Cisternino, disposta con DDG n. 542 del 26/3/2019.

Al medesimo Direttore UOASSI, inoltre, con riferimento agli adempimenti pubblicitari in favore dell'ANAC previsti dall'art. 1, c. 32, l. 190/2012 ed in continuità con quanto previsto già dal precedente PTPCT 2020/2022, è attribuito il compito di assicurare – dietro richiesta annuale dei dati alle Macrostrutture aziendali competenti da parte dell'RPCT – tanto la materiale trasmissione e comunicazione ad ANAC dei dati pervenuti dalle Macrostrutture tramite la piattaforma aziendale quanto il supporto all'URP nella pubblicazione degli stessi nella sezione Amministrazione Trasparente/sottosezione Bandi di gara e contratti del sito *web* aziendale, nel rispetto delle modalità e delle specifiche tecniche di cui alla delibera ANAC n. 39/2016.

Programmazione per il triennio 2022/2024

Ribadita nuovamente la centralità dell'informatizzazione al fine di garantire più elevati livelli di automazione, controllo, tracciamento e, per l'effetto, imparzialità e trasparenza delle principali fasi dei processi dell'Azienda, nel corso del triennio 2022-2024 la transizione verso tale maggiore ottimizzazione delle attività istituzionali si estenderà all'adeguamento del portale aziendale per la valutazione individuale (http://sadsamm.asl.bari.it/Performance/Account/Login.aspx) al nuovo Sistema per la Misurazione e Valutazione della Performance, approvato con DDG n. 285/2020, anche in considerazione delle ulteriori richieste di modifiche al Sistema formulate dall'OIV in sede di parere obbligatorio e di relazione sul funzionamento (documentazione consultabile nella sezione Amministrazione Trasparente/Controlli e rilievi sull'amministrazione/Organismi indipendenti di valutazione), oltre che dell'opportunità di rinviare l'aggiornamento alla luce dell'introduzione – da parte del legislatore – di un nuovo ed organico strumento di programmazione per le pubbliche amministrazioni, il cd. PIAO (Piano Integrato di Attività ed Organizzazione, in cui è destinato a confluire buona parte del ciclo di gestione della performance).

Si confermano, infine, anche per il triennio 2022-2024, compiti e funzioni attribuiti all'UOASSI, in materia di obblighi di pubblicazione e comunicazione di cui all'art. 1, c. 32, l. 190/2012, secondo modalità e specifiche tecniche definite con delibera ANAC 39/2016.

l. Ricognizione delle tipologie di procedimento

Situazione al 31/12/2021

A partire dal mese di marzo 2020, anche in considerazione del contenuto della delibera ANAC n. 213/2020 in tema di attestazione OIV circa il rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al d. lgs. 33/2013, l'RPCT ha avviato – con il supporto dei referenti RPCT nominati con DDG n. 2399/2019 – la fase di aggiornamento della scheda di rilevazione dei procedimenti amministrativi, secondo quanto previsto dall'art. 35 del detto d. lgs., come modificato dal d. lgs. 97/2016.

Le tabelle aggiornate sono state pubblicate nel mese di giugno 2020 ed hanno costituito oggetto di valutazione pienamente positiva da parte dell'OIV, come da attestazione pubblicata in Amministrazione Trasparente.

Nel 2021, non si è proceduto ad un organico aggiornamento, nelle more del completamento della riorganizzazione dell'Ente più volte richiamata nel testo (DDG 1005/2020, 246/2021 e 2112/2021).

Programmazione per il triennio 2022/2024

Secondo quanto già rappresentato con il precedente Piano, atteso il duplice obiettivo perseguito attraverso la misura in parola, contestualmente volta a:

- dare contezza all'esterno delle attività istituzionalmente perseguite dall'Azienda e dell'organizzazione procedimentale impressa alle medesime attività, secondo quanto previsto dall'art. 35, d. lgs. 33/2013;
- garantire costante aggiornamento alla mappatura dei procedimenti di ciascuna articolazione aziendale;

nel corso del triennio 2022-2024, in concomitanza con il progredire dell'implementazione della nuova organizzazione ASL di cui alle DDG n. 1005/2020, DDG n. 246/2021 e DDG 2112/2021, l'RPCT avvierà una nuova ricognizione dei procedimenti di competenza di ciascuna Macrostruttura, alla luce dell'anzidetto nuovo assetto organizzativo.

L'attività prenderà le mosse, presumibilmente già nel corso del 2022 (a seguito del conferimento definitivo degli incarichi di Direzione), da taluni dei Dipartimenti di nuova istituzione quali il Dipartimento Investimenti, Acquisti e Tecnologie, il Dipartimento Amministrativo, il Dipartimento Sicurezza e Qualità, ai quali si aggiungerà il Dipartimento Assistenza Territoriale.

m. Patti di integrità

Situazione al 31/12/2021 e programmazione per il triennio 2022/2024

Già con la l.r. Puglia n. 15/2008, applicabile anche ad aziende ed enti del SSR, si prevede – all'art. 16 "*Patto di integrità*" – che le stazioni appaltanti "*all'interno dei bandi di gara per lavori e forniture di beni e servizi di importo superiore a euro 150 mila, prevedono, nell'ambito degli obblighi di correttezza e buona fede, l'impegno espresso dei partecipanti ad astenersi da qualunque comportamento che possa, in ogni modo, direttamente o indirettamente, limitare la concorrenza o modificare le condizioni di eguaglianza nella gara o nell'esecuzione dei contratti*".

Tale previsione viene successivamente inserita nei contratti sottoscritti con gli affidatari ovvero gli aggiudicatari degli appalti in parola.

n. Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) e Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche

Situazione al 31/12/2021 e programmazione per il triennio 2022/2024

Con l'art. 33-*ter*, l d. lgs. 179/2012, è stata istituita presso l'ANAC l'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), che raccoglie i dati anagrafici delle stazioni appaltanti, dei relativi rappresentanti legali nonché ulteriori indicazioni classificatorie delle stazioni appaltanti, secondo informazioni e dati trasmessi e costantemente aggiornati dal RASA. L'individuazione del RASA è intesa, nel PNA 2016, come ulteriore misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo manterrà efficacia fino alla futura data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici *ex* d.lgs 50/2016. Questa Azienda, con DDG n. 235 del 31/1/2018, ha provveduto alla prima nomina del RASA nella persona del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio e, successivamente, con DDG n. 313 del 9/3/2020, all'aggiornamento della nomina in favore del Direttore dell'Area Gestione Tecnica (AGT).

Al medesimo Direttore AGT, inoltre, sono stati attribuiti, con la DDG n. 236 del 31/1/2018, compiti e funzioni del Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche previsto dal d. lgs. n. 229/2001, anche ai fini del monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13, l. 196/2009, istitutiva della Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP) per il controllo e monitoraggio degli andamenti della finanza pubblica.

o. Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio

Situazione al 31/12/2021 e programmazione per il triennio 2022/2024

Limitrofo e strettamente collegato al tema della prevenzione della corruzione, si pone l'ambito del contrasto amministrativo al riciclaggio di denaro (inteso quale reimpiego dei proventi di attività criminose, attualmente disciplinato dal d. lgs. 231/2007).

Anch'esso, infatti, risulta ispirato ai principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità della pubblica amministrazione, di cui all'art. 97, i quali risulterebbero indubitabilmente frustrati ove i pubblici uffici concorressero alle attività di reimpiego in parola.

Conseguentemente, il legislatore nazionale è intervenuto, mediante la recente modifica del d. lgs. 231/2007 (cd. testo unico antiriciclaggio) e del d. lgs. 109/2007 (in tema di prevenzione e contrasto al finanziamento del terrorismo internazionale), disposta dal d. lgs. 90/2017.

Quest'ultimo ha introdotto, all'art. 10, specifici oneri di informazione e segnalazione delle cd. operazioni sospette di riciclaggio e/o finanziamento al terrorismo internazionale, in favore della unità di Informazione Finanziaria (UIF), istituita presso la Banca d'Italia, a carico degli uffici della pubblica amministrazione, "*competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito dei seguenti procedimenti o procedure:*

a *procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;*
b *procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;*
c *procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati*".

Quanto alla individuazione delle tipologie di attività delle amministrazioni da considerare sospette, il legislatore attribuisce un ruolo centrale al Comitato di Sicurezza Finanziaria (CSF).

A quest'ultimo, infatti, viene attribuito il compito:

- di individuare sia categorie di attività amministrative, svolte dalle Pubbliche amministrazioni, rispetto a cui non trovano applicazione gli obblighi di segnalazione, sia – al contrario – "*procedimenti, ulteriori rispetto a quelli di cui al comma 1, per i quali trovano applicazione gli obblighi*" in esame (c. 2);

- di elaborare "*linee guida per la mappatura e la valutazione dei rischi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo cui gli uffici delle Pubbliche amministrazioni, responsabili dei procedimenti di cui al comma 1, sono esposti nell'esercizio della propria attività istituzionale*" (c.3).

  Sulla base delle anzidette linee guida, lo stesso c. 3 dispone che le Pubbliche amministrazioni adottino procedure interne, proporzionate alle proprie dimensioni organizzative e operative, idonee a valutare il livello di esposizione dei propri uffici al rischio e indichino le misure necessarie a mitigarlo.

Il successivo c. 4, demanda alla UIF l'individuazione, in apposite istruzioni, adottate sentito il CSF (istituito presso il MEF e presieduto dal Direttore del Dipartimento del Tesoro) dei dati ed informazioni da trasmettere, di modalità e termini della relativa comunicazione, nonché degli indicatori per agevolare la rilevazione delle operazioni sospette.

Infine, il c. 5, dispone che le pubbliche amministrazioni dispongano ed organizzino apposite iniziative formative, "*idonee ad assicurare il riconoscimento, da parte dei propri dipendenti delle fattispecie meritevoli di essere comunicate*" alla UIF.

L'inosservanza delle norme di cui all'art. 10 rileva ai fini dell'applicazione della responsabilità dirigenziale di cui all'articolo 21, c. 1-*bis*, d. lgs. 165/2001.

Alla data odierna, non risultano ancora adottati dal CSF i provvedimenti di cui ai citati commi 2 e 3. Nelle more della loro approvazione, si ritiene opportuno utilizzare la medesima mappatura dei processi e delle attività aziendali, effettuata a fini di prevenzione della corruzione (di cui alla tabella 1, allegata alla presente Sezione) anche per finalità antiriciclaggio[32]. Resta inteso che, ove il gestore aziendale antiriciclaggio (su cui, v. *infra* questo paragrafo), pur in assenza delle indicazioni del CSF ritenga, all'esito di un primo biennio di operatività e monitoraggio, distinguere la mappatura anticorruzione (di cui alla predetta tabella 1, allegata) dalla mappatura antiriciclaggio, quest'ultima potrà trovare spazio – su proposta del medesimo gestore – nel PTPCT relativo al triennio 2024/2026.

Quanto al contenuto ed alle modalità per le interlocuzioni con la UIF, di cui al c. 4, art. 10, d. lgs. 90/2017, le stesse sono state definite con provvedimento dell'Unità del 23/4/2018, recante "*Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni*".

Le Istruzioni:

- forniscono alle pubbliche amministrazioni, al fine di agevolarle nella individuazione delle perazione sospette da comunicare alla UIF, una serie di indicatori di anomalia (art. 1, c. 2 ed elenco allegato), ulteriormente distinti in:
    a. indicatori di anomalia connessi con l'identità o il comportamento del soggetto cui è riferita l'operazione;
    b. indicatori di anomalia connessi con le modalità (di richiesta o esecuzione) delle operazioni;
    c. indicatori specifici per settore di attività (settore appalti e contratti pubblici; settore finanziamenti pubblici, settore immobili e commercio);
- dispongono, all'art. 11, che le Pubbliche Amministrazioni individuino, con provvedimento formalizzato, un "gestore" quale soggetto delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla UIF, precisando altresì che, al fine di garantire efficacia e riservatezza nella gestione delle informazioni, la UIF considera quale proprio interlocutore per tutte le comunicazioni e i relativi approfondimenti la persona individuata quale "gestore" e la connessa struttura organizzativa indicate in sede di adesione al sistema di comunicazione on-line.

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

[32] L'opportunità di procedere in tale senso è stata valutata positivamente anche in sede di incontro specifico, a cui hanno partecipato esponenti UIF, sul tema antiriciclaggio, svoltosi lo scorso 13/9/2021, nel quadro del "*Forum* per l'integrità in Sanità".

Lo stesso sarà coadiuvato da tutte le articolazioni aziendali le quali, attraverso propri referenti antiriciclaggio, provvedono all'istruttoria e alla valutazione circa il ricorrere degli indici di anomalia, elencati dalle Istruzioni UIF, comunicandone – in caso positivo – gli esiti al gestore, per la successiva segnalazione alla UIF.

In sede di prima applicazione, considerati i procedimenti/procedure di cui all'art.10, D.Lgs. 90/2017, la Direzione Strategica individua quale rete dei referenti antiriciclaggio i medesimi soggetti già individuati quali referenti RPCT, limitatamente alle seguenti Macrostrutture:

- Dipartimento di Prevenzione (con particolare riferimento ai provvedimenti di autorizzazione o concessione di cui alla lett. a) del richiamato art.10);
- AGP-AGT-HTA-DAT (per le procedure di scelta del contraente di cui alla lett. b) del richiamato art.10);
- DAT (per i procedimenti di concessione ed erogazione di cui alla lett. c) del richiamato art.10).

Analogamente a quanto previsto per la mappatura dei processi aziendali più esposti al rischio di riciclaggio, resta inteso che, ove il gestore aziendale antiriciclaggio, all'esito di un primo biennio di operatività e monitoraggio, valuti la necessità di modificare/estendere/restringere l'attuale composizione della rete (limitatamente alla funzione di supporto per le attività di prevenzione del riciclaggio e del contrasto al finanziamento del terrorismo), tale aggiornamento potrà trovare spazio – su proposta del medesimo gestore – nel PTPCT relativo al triennio 2024/2026.

2. Le misure specifiche per il SSN: aggiornamento PNA 2015 e PNA 2016

Come noto, l'Autorità ha dedicato approfondimenti specifici al SSN sia in sede di Aggiornamento 2015 al PNA 2013, sia in sede di PNA 2016.

Nel prosieguo, pertanto, si analizzeranno le iniziative e misure aziendali volte al contenimento dei rischi corruttivi in tali ambiti settoriali. A questi, si aggiungerà una riflessione aggiornata all'attualità circa i presìdi avviati dall'Azienda, a fronte dell'emergere di rischi corruttivi più direttamente connessi all'emergenza pandemica e, in tale contesto, all'avvio della campagna vaccinale ed al successivo avvio dell'esecuzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 "Salute".

a. Attività Libero Professionale

Il PTPCT 2020/2022 prevedeva specifiche misure volte ad assicurare il rispetto dei vincoli relativi all'ALPI, al fine del suo corretto atteggiarsi in rapporto all'attività istituzionalmente svolta. Tra queste, *in primis*, l'obbligo di prenotazione informatizzata tracciabile.

A queste il precedente Piano aggiungeva, a partire dall'anno 2021, la previsione delle seguenti ulteriori azioni:

- l'introduzione di controlli periodici a campione incrociati tra le risultanze CUP e gestionale presenze, volti ad evitare lo svolgimento di attività libero professionale in orario di servizio;
- la conferma della verifica/monitoraggio trimestrale dei volumi di attività ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali;
- l'aggiornamento delle attestazioni relative alla mancata disponibilità di spazi da dedicare all'attività libero professionale nella Macrostruttura di riferimento, ai fini della cd. *intramoenia* allargata.

Si rammenta, infine, l'istituzione del nuovo gruppo di lavoro per l'attività ALPI e l'individuazione del nuovo referente aziendale, di cui si è detto alla Parte II, par. 1.g, alla quale sia dato rinviare.

Quanto alle tariffe, si segnala che – all'esito di monitoraggio condotto dal nuovo referente in contabilità separata, dal quale è emersa una copertura minima dei costi sostenuti dall'Azienda, a seguito dell'erogazione in regime ALPI delle prestazioni afferenti alla branca Patologia Clinica, con nota del 9/7/2021 (prot. 45675), si è proceduto a sollecitare al Dipartimento Medicina Trasfusionale e di Laboratorio e al Direttore Laboratorio Analisi P.O. Di Venere, l'aggiornamento delle tariffe relative a prestazioni ALPI, già oggetto di autorizzazione da parte della Direzione Strategica, contestualmente disponendo l'incremento delle tariffe, per un importo pari a circa il 20%. I soggetti richiesti hanno riscontrato (nota del 21/9/2021 – prot. 148/Dip. Med. Trasf. e Labor./2021) concordando:

- la definizione di un tariffario aziendale, calcolato mediante un costo maggiorato del 20%, rispetto alle tariffe SSN;
- la definizione di un tariffario ALPI aziendale, con un costo maggiorato del 30% rispetto alle tariffe SSN (la tariffa minima dovrà comunque prevedere la copertura integrale dei costi sostenuti dall'azienda per reagenti e noleggio apparecchiature).

Analoga richiesta è stata indirizzata dalla direzione Amministrativa alle prestazioni di radiodiagnostica, attraverso l'assegnazione, quale obiettivo di budget operativo 2022 assegnato congiuntamente al Controllo di Gestione e Area Gestione Risorse Umane, della valutazione finalizzata all'incremento delle attuali tariffe.

Si segnala, altresì, che in attuazione delle misure di prevenzione in materia di ALPI per l'anno 2021 il Direttore Amministrativo DAT, anche quale referente RPCT, ha disposto la cancellazione di talune agende inattive ovvero carenti di autorizzazione.

Infine nel 2021, benché non programmata tra le misure anticorruttive, l'AGRF ha proceduto all'attivazione di 134 POS per la tracciabilità dei pagamenti delle prestazioni rese in ALPI, contestualmente demandando alle Macrostrutture la progressiva chiusura delle casse CUP dedicate esclusivamente all'ALPI limitando l'utilizzo del contante (rif. nota prot. 5601 del 25/01/2022).

Per maggiori dettagli, si rinvia all'allegata tabella 1) delle misure anticorruzione, confermate anche per il triennio 2022/2024.

b. Liste di attesa

Nel Piano 2020/2022, venivano previste misure di semplificazione, trasparenza e controllo quali:

- l'informatizzazione delle liste;
- la pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente delle liste *ex ante* ed *ex post*, secondo quanto previsto dal d. lgs. 33/2013 e nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Regione Puglia;
- la revisione e l'aggiornamento periodico delle liste;

a cui il successivo Piano aggiungeva, a decorrere dal 2021, la nuova misura di controllo circa il mancato rispetto delle procedure aziendali per la prenotazione/erogazione/liquidazione delle prestazioni. In particolare, tale misura, resasi necessaria a seguito della gestione di una segnalazione anonima ricevuta dall'RPCT nel mese di luglio 2020, introduce l'obbligo di archiviazione informatica di tutti i referti delle grandi macchine radiologiche (TAC, risonanza, mammografi e angiografi), nelle more dell'attivazione del sistema RIS PACS a seguito di aggiudicazione della gara regionale indetta dalla società *in-house* regionale InnovaPuglia.

Si segnala che, nel corso del 2021, è proceduta – da parte del RULA, nominato con DDG n. 1255/2019 – l'attività di transizione delle agende di prenotazione in modalità digitale.

All'Ufficio del RULA, nel corso del 2020, è stato assegnato un Dirigente Analista neoassunto.

La significativa incidenza della pandemia sull'attività in parola è confermata dalla disposizione con cui gli uffici regionali, a seguito di comunicazione del Ministero della Salute e dell'AGENAS, hanno comunicato la mancata rilevazione del monitoraggio ex ante dei tempi di attesa riferiti all'attività istituzionale e all'ALPI previsto per la prima settimana indice del mese di Aprile 2020.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'allegata tabella 1) delle misure anticorruzione confermate anche per il triennio 2022/2024.

c. Rapporti con soggetti erogatori (privati accreditati)

Con il PTPCT 2021/2023, l'Azienda ha riorganizzato, per la prima volta organicamente, le misure di prevenzione del rischio applicabili al settore sanitario e socio-sanitario privato accreditato, secondo due direttrici:

1. estendendo alle n. 4 Macrostrutture interessate (UOGRC, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche ed Area Servizi Socio Sanitari), le misure generali previste dal Piano alle quali si rinvia (es. misure in tema di *pantouflage*, di verifiche e controlli propedeutici alla liquidazione, in tema di ispezioni e controlli circa l'appropriatezza delle prestazioni, introdotta nel 2020, ovvero in tema di trasparenza ed obblighi di pubblicazione dei contratti di rispettiva competenza);
2. introducendo misure specifiche per le distinte attività di stipula ed esecuzione accordi e contratti (ex art. 8-*quinquies*, d. lgs. 502/1992) con soggetti accreditati ovvero, per la sola Area Servizi Socio Sanitari, con soggetti cd. "collaboranti", tra le quali:
   - la verifica periodica della permanenza del possesso dei requisiti organizzativi delle strutture;
   - la verifica del rispetto degli schemi di contratto definiti dalla Regione Puglia, ove esistenti, nonché dei criteri di ripartizione dei tetti di spesa;
   - la verifica e attestazione circa il rispetto dei criteri disciplinati negli accordi/contratti per la remunerazione delle prestazioni erogate;
   - l'inserimento – a decorrere dal 2021 per i contratti di competenza della UOGRC e, a decorrere dal 2022, per i contratti/accordi negoziali di competenza di DSM/DDP/ASSS – di testuali clausole in tema di *pantouflage*, pur nelle more dell'eventuale integrazione che la Regione riterrà di adottare agli schemi di contratto.

In data 28/7/2021 (prot. 49738), con riferimento alla possibilità, riconosciuta dall'art. 26, l. 833/1978, di autorizzare ricoveri presso strutture riabilitative extra-regionali, la Direzione Strategica ha richiamato l'attenzione delle Macrostrutture interessate (DSS, DSM, UOC Neuro Psichiatria Infantile e dell'Adolescenza), circa la necessità di verificare puntualmente l'effettivo ricorrere dei requisiti sanitari, giuridici ed economici legittimanti previsti per legge, come più volte richiesto dal Responsabile UOGRC (note prot. 31737 del 6/2/2020 e prot. 17077 del 12/3/2021).

Tale azione ha anticipato le decisioni del governo Regionale che con DGR 1412/2021, integrata con DGR 2185/2021, ha sostanzialmente previsto un piano volto alla drastica riduzione dei ricoveri extraregionali.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'allegata tabella 1) delle misure anticorruzione ed al paragrafo in tema di *pantouflage*.

d. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Già il PTPCT 2020/2022 prevedeva numerose misure dedicate all'ambito farmaceutico e alla valutazione delle tecnologie sanitarie finalizzata al loro ingresso nei presidi ospedalieri e strutture territoriali aziendali (anche in relazione a donazioni e/o prese visione/prove). Tali misure sono state confermate anche per il 2021, affiancando a queste, altresì, specifiche misure di contenimento del rischio in materia di:

- rilevazione periodica delle rimanenze finali di magazzino, al fine di evitare sprechi e/o abusi, mediante attuazione della nuova procedura aziendale approvata, nel contesto del Percorso Attuativo della Certificabilità del bilancio, quale allegato specifico al Manuale delle procedure amministrativo-contabili aggiornato con DDG n. 1564/2020;
- conferma ed ampliamento delle misure di rotazione, controllo e regolamentazione, applicabili

all'attività ispettiva e di vigilanza su farmacie interne ed esterne, parafarmacie e distributori intermedi, mediante l'obbligo di rotazione del personale incaricato di eseguire ispezioni/controlli, la previsione di gruppi ispettivi costituiti da almeno n. 2 componenti, nonché l'approvazione di *format* di verbali ispettivi al fine di evitare eccessiva discrezionalità in capo agli ispettori.

Su proposta del Dipartimento del Farmaco, a partire dal 2022, viene introdotta, quale nuova misura anticorruzione a carico dei medici prescrittori aziendali (ospedalieri, specialisti ambulatoriali, MMG e PLS) la redazione e l'invio al Dipartimento di una relazione annua su circostanze giustificative delle non appropriatezze segnalate dalla reportistica e adozione misure correttive idonee all'eliminazione delle non appropriatezze restanti.

A partire dal 2021, inoltre, sono introdotte specifiche misure in tema di sperimentazioni e studi osservazionali, quali:

- l'acquisizione della dichiarazione circa il titolare effettivo dell'impresa, anche estera, ai sensi del d. lgs. 231/2007 (cd. decreto antiriciclaggio);
- il rispetto, in sede di ripartizione dei proventi derivanti da sperimentazioni, del regolamento aziendale vigente, approvato con DDG n. 2015 del 14/11/2016.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'allegata tabella 1) delle misure anticorruzione.

e. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero ovvero di assistiti MMG-PLS

Con specifico riferimento ai rischi di collusione con operatori economici, connessi ai decessi in ambito ospedaliero, si confermano le misure già previste dal PTPCT 2020/2022, in tema di:

- aggiornamento individuazione spazi intra-ospedalieri per la pubblicazione di elenchi completi delle ditte di onoranze funebri operanti sul territorio comunale (di cui, per il 2021, alla nota prot. n. 61063/2021 del 23/09/2021 avente come oggetto: "*Trasmissione-Elenco Ditte Servizi Funebri Comuni della Provincia di Bari e non*"); gli elenchi medesimi verranno, inoltre, pubblicati anche nella Sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti (cfr. Parte III, par. 4).
- aggiornamento e rispetto del regolamento aziendale per la disciplina delle attività di vestizione/vestizione salme (mediante la previsione ed erogazione ai familiari del deceduto di informativa e questionario relativo all'effettivo rispetto della disciplina interna aziendale); si segnala la ricezione, nel corso del 2021, di n. 1 segnalazione relativa a presunte violazioni dell'anzidetta disciplina, in relazione alla quale – all'esito di istruttoria congiunta RPCT/Direzione medica del P.O. interessato – è emersa la correttezza della condotta tenuta dai dipendenti.

Con riferimento al differente rischio di pagamento di emolumenti a MMG-PLS per assistiti deceduti/inesistenti, inoltre, dal 2022 vengono introdotte misure più stringenti di controllo a cura della Direzione Amministrativa DAT e dei DSS (in accoglimento della proposta formulata della prima, con nota del 12/01/2022 – prot. 2196). Nel corso del 2023, infine, ove persistano i disallineamenti segnalati dai DSS (di cui alla nota del 26/07/2021 - prot. 49094), la Direzione DAT, d'intesa con la Direzione Amministrativa del medesimo Dipartimento predisporrà apposita nota da inviare agli Uffici Regionali per l'avvio di attività straordinaria volta all'allineamento tra e informazioni contenute in Edotto – modulo "Anagrafe assistititi" ed

il sistema "Tessera sanitaria" (come proposto dal Direttore Amministrativo DAT con la citata nota del 26/07/2021).

Per maggiori dettagli, si rinvia all'allegata tabella 1) delle misure anticorruzione.

f. COVID-19 – appalti legati alla gestione e contrasto emergenza, campagna vaccinale e attività di rendicontazione liberalità

Quale conseguenza dell'improvviso diffondersi dell'emergenza pandemica, fin dai primi mesi del 2020, particolarmente significativo l'aumento dei rischi corruttivi *latu sensu* intesi, connessi:

a. in una prima fase temporale, in particolare, all'acquisizione e gestione di dispositivi di protezione individuale (DPI) e all'affidamento del servizio di sanificazione;
b. a seguito dell'avvio della campagna vaccinale, al rispetto delle previsioni nazionali e regionali in tema di classi *target* e prioritarie per la vaccinazione;
c. all'eventuale presenza di conflitti di interesse in sede di donazioni finalizzate al contrasto della pandemia.

A queste aree, si sono aggiunte nel corso del 2021, quelle afferenti al reclutamento straordinario del personale sanitario e all'approvvigionamento di beni/servizi indispensabili al contenimento dell'emergenza, in conseguenza delle numerose misure derogatorie e di semplificazione, introdotte dal legislatore.

Quanto ai rischi legati alla vigilanza sulla corretta gestione degli appalti emergenziali (in particolare finalizzati all'acquisto di DPI, anche al fine di evitarne furti, la Direzione Generale ha tempestivamente esteso – mediante ricorso alle opzioni previste in sede di gara – il servizio di vigilanza armata, oggetto di affidamento biennale a seguito di procedura aperta telematica con determinazione dirigenziale n. 14677 del 25/11/2019, anche alle articolazioni aziendali più direttamente interessate. Da ultimo, con DDG n. 240 del 15/2/2021 e DDG 1453/2021, l'estensione è stata prorogata – nell'ambito delle opzioni previste dai documenti di gara – fino alla data del 31/12/2021, al fine di garantire il corretto svolgimento delle attività collegate all'emergenza sanitaria in atto, presso numerose strutture aziendali, tra cui:

- il magazzino della Farmacia del P.O. "Di Venere", magazzino aziendale DPI;
- la sede del Dipartimento di Prevenzione — SISP Area Nord — Piazza de Napoli, 5 — Altamura;
- il DRIVE THROUGH postazione CTO;
- il centro vaccinale allestito presso la Fiera del Levante di Bari.

Per l'attività di sanificazione, in particolare, in sede di affidamento, già dal 2020, particolare attenzione è stata dedicata a controlli e verifiche di correttezza quali-quantitativa dell'esecuzione, demandate ai DEC individuati per i presidi ospedalieri (Direttore Medico di Presidio), nei DSS (Direttori DSS), nei centri vaccinali (Direttore del Dipartimento di Prevenzione) e per le ambulanze 118 (Direttore SET-118). Il contratto di appalto prevede che il DEC:

- accentri e veicoli all'affidatario le richieste di intervento, nel rispetto delle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità;
- provveda alla liquidazione della fornitura solo dietro acquisizione, dalle Macrostrutture presso cui sia stata effettuata la sanificazione, dell'attestazione di compiuto intervento nel rispetto di quanto previsto al punto precedente.

Ulteriori misure sono state sollecitate dalla Direzione Amministrativa aziendale anche nel 2021

- sia in relazione al servizio di smaltimento rifiuti (prot. 21854 del 31/03/2021), al fine di evitare irregolarità ed abusi nell'esecuzione del servizio;
- sia in tema di affidamento del servizio di disinfezione da rendere per l'emergenza CoVID-19, mediante alternanza/rotazione tra gli affidatari del servizio (DD. 6393/2020; DDG. 1446/2020) e, da ultimo, affidamento *in house* alla società Sanitàservice ASL BA S.r.l. (DDG. 2081/2021).

Quanto ai controlli circa l'esecuzione della campagna vaccinale, in attuazione di indicazioni uniformi impartite dalla Regione a tutti gli enti e le aziende SSR, anche la ASL BA ha istituito, con DDG n. 1901 del 23/12/2020, il Nucleo Operativo Aziendale (c.d. NOA-CovidVacc), del quale sono componenti:

- Direttore Sanitario, anche quale coordinatore;
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione;
- Direttore del Dipartimento Assistenza territoriale;
- Direttore del Dipartimento Servizi Direzionali;
- Direttore Dipartimento del Farmaco;
- Direttore del Dipartimento Sicurezza e Qualità;
- Direttore del Dipartimento Investimenti, Acquisti e Tecnologie, anche quale RSPP;
- Direttore UOASSI;
- Dirigente Coordinatore Servizio Sorveglianza Sanitaria;
- Dirigente Responsabile Servizio Infermieristico Territoriale;
- Dirigente Servizio Infermieristico Ospedaliero;
- Incaricato di P.O. di Direzione Sanitaria;
- Dirigente medico referente dei Flussi informativi vaccinali c.d. "Referente GIAVA" del Dipartimento di Prevenzione, per effetto dell'integrazione disposta con successiva DDG n. 26 del 13/1/2021.

Contestualmente e per indicazioni operative di maggiore dettaglio, con nota prot. 32980 del 9/3/2021, la Direzione Strategica ha, inoltre, previsto l'istituzione di un gruppo operativo di supporto al coordinatore del Nucleo, con il compito, in particolare:

- di individuare – sotto il coordinamento del Direttore del Dipartimento di Prevenzione – un referente per ciascun *hub* vaccinale, previsto dalla Regione Puglia sul territorio provinciale;
- di organizzare conseguentemente i turni e le attività del personale impegnato nella campagna vaccinale presso i predetti *hub*.

Al termine di ciascun anno, infine, sarà oggetto di pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti, la rendicontazione delle liberalità ricevute per la gestione ed il contrasto della

pandemia, a cura dell'UOC Controllo di Gestione, secondo quanto riportato in tabella 2), ai sensi dell'art. 99, d. l. 18/2020 e dei comunicati del Presidente ANAC del 29/7/2020 e del 7/10/2020.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'allegata tabella 1) delle misure anticorruzione.

g. PNRR – attuazione Missione 6 "Salute"

A ridosso dell'approvazione del Piano, con d. l. 77/2021 e d. l. 80/2021, e della successiva "*Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione*", di cui al decreto MEF del 6/8/2021, la Regione Puglia, chiamata a coordinare gli interventi regionali relativi alla Missione 6 "Salute", ha chiesto alle ASL SSR:

- con nota del 9/11/2021 (acquisita al prot. ASL BA 140247/2021), l'individuazione di un dirigente amministrativo, in staff alla Direzione Amministrativa aziendale, quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute", in via di costituzione presso il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;
- con nota del 9/11/2021 (acquisita al prot. ASL BA 140235/2021), primi dati relativi agli interventi aventi ad oggetto case ed ospedali di comunità, riconducibili alla Missione 6.1 "Sanità - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", del PNRR.

La prima delle due richieste regionali è stata riscontrata dal Direttore Generale e dal Direttore Amministrativo (nota del 23/11/2021 - prot. 146850/2021), mediante l'individuazione del dirigente amministrativo responsabile UOS Affari Generali (il quale ricopre, al medesimo tempo, l'incarico di RPCT), quale componente per la ASL BA.

In data 6/12/2021, infine, si è insediato il gruppo di lavoro aziendale PNRR, di cui fanno parte, oltre alla Direzione Strategica e al referente aziendale (per le attività di raccordo e supporto informativo nei confronti della Regione), anche:

- il Direttore UOASSI;
- il Direttore AGRF;
- il Direttore AGT;
- il Direttore AGP;
- il Direttore HTA;
- il Direttore Comunicazione istituzionale e Privacy;
- il Direttore Dipartimento DAT (cui fanno capo tutti i DSS);
- il Direttore Dipartimento per i Servizi Direzionali (cui fanno capo tutti i PP.OO. a gestione diretta aziendale);

garantendo – al medesimo tempo – interdisciplinarietà agli interventi posti in essere dall'azienda e collegialità, anche quale presidio anticorruzione.

3. Ulteriori misure trasversali: rapporti con società controllate e partecipate

Il PNA 2019 sistematizza, alla Parte V, la disciplina in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza negli enti di diritto privato, confermando l'applicabilità degli stessi alle società a controllo pubblico (art. 2-*bis*, c. 2, d. lgs. 33/2013), secondo quanto già chiarito dalla stessa Autorità con la delibera n. 1134/2017.

Al medesimo tempo, il PNA ha previsto – pur nell'autonomia di ciascun RPCT, della p.a. controllante e della società controllata – compiti di "*impulso e di vigilanza sull'adozione delle misure di prevenzione da parte degli enti di diritto privato in controllo pubblico*", demandando al PTPCT dell'amministrazione controllante la previsione delle "*azioni concrete e verificabili relative ai predetti compiti*" (PNA 2019, Parte V, par. 1.1, pag. 115).

Per l'effetto, già per l'anno 2021, è stata prevista esplicitamente, tra le misure anticorruzione, una specifica azione trasversale (condivisa tra RPCT, AGRF, AGRU, AGP, AGT/HTA), volta a garantire l'avvio della funzione di vigilanza sull'attività della società *in-house* aziendale, Sanitaservice ASL BA, in tema di integrità e trasparenza e, più in generale, di attività di pubblico interesse per gli aspetti di gestione delle risorse finanziarie, umane e per gli approvvigionamenti.

In attuazione dell'anzidetta misura, con nota del 29/10/2021 (prot. 135333), l'RPCT, i Direttori dei Dipartimenti Amministrativo e Investimenti, acquisti e tecnologie, d'intesa con il Direttore Amministrativo ed il Direttore Generale hanno invitato la società *in-house* aziendale, *Sanitaservice* s.r.l., a verificare dati ed informazioni oggetto di pubblicazione nella sezione Società Trasparente del sito *web* della società, così da garantire il corretto avvio dell'attività di vigilanza, anche al fine di monitorare l'attuazione delle misure anticorruzione per le attività di interesse pubblico svolte dalla detta società.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'allegata tabella 1) delle misure anticorruzione.

Parte III La misura della trasparenza

Premessa

La presente Parte del PTPC, secondo quanto previsto già dal Piano per il triennio 2020/2022, è stata redatta tenendo conto delle novità e modifiche apportate, alla disciplina nazionale in tema di trasparenza ed integrità, dall'entrata in vigore del d. lgs. 97/2016 e dalla successiva delibera ANAC n. 1310/2016, di cui completa il procedimento di attuazione.

Come noto, il d. lgs. 97/2016 ha operato una profonda revisione e semplificazione tanto delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, di cui alla l. 190/2012, quanto delle disposizioni in materia di pubblicità e trasparenza, dettate dal d. lgs. 33/2013.

In particolare, basti il richiamo:

- all'unificazione sia di tipo documentale (mediante l'eliminazione di un autonomo Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e la sua sostituzione con una sezione interna al PTCP) sia di tipo organizzativo (mediante la previsione di un unico soggetto responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dotato, a tal fine, di rafforzati poteri e funzioni che ne garantiscano autonomia ed effettività);
- alla modifica al catalogo di dati da pubblicare obbligatoriamente;
- all'introduzione dell'istituto del cd. accesso civico generalizzato;
- alle più stringenti sinergie tra misure in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza e ciclo della *performance*, attraverso l'obbligatoria previsione di obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione ed alla implementazione effettiva di trasparenza ed accessibilità.

Alla necessità di dare corretta attuazione alle anzidette innovazioni legislative si è aggiunta, a partire dal 2020, l'esigenza di tenere conto della straordinaria fase di trasformazione organizzativa dell'Azienda, avviata – come detto in precedenza, alla Parte I – con la DDG n. 1005/2020, successivamente integrata con DDG n. 246/2021 e DDG n. 2112/2021, tutt'ora in corso di attuazione.

Attesi i risultati sostanzialmente positivi ottenuti dall'Azienda in relazione al rispetto degli obblighi di trasparenza e pubblicità, così come esplicitamente attestati dall'Organismo Indipendente di Valutazione per il biennio 2020/2021, la presente sezione conferma, con l'allegata tabella Obblighi di pubblicazione *sub* 2) alla presente Sezione, introdotta con il Piano già per l'anno 2021, la ridefinizione del catalogo delle pubblicazioni obbligatorie *ex* d. lgs. 33/2013 ovvero previste da altre disposizioni di legge applicabili al contesto sanitario, *in toto* coerente con le modifiche apportate dal citato d. lgs. 97/2016.

Quanto agli spetti organizzativi interni, nelle more del completamento dell'attuazione del nuovo assetto aziendale, ripropone e conferma l'impianto generale previsto dai precedenti PTPCT, pur con qualche primo marginale correttivo, pienamente giustificato alla luce delle novità legislative *medio tempore* approvate e della efficace prassi seguita internamente all'Azienda.

La stessa Sezione, pertanto, potrà essere oggetto di esame e valutazione da parte dell'RPCT, al termine del 2022, ai fini della sua eventuale modifica ed aggiornamento in seno al PTPC 2023/2025.

1. Definizione del riparto di competenze per la elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili

Come anticipato, viene complessivamente confermato l'impianto organizzativo già previsto dai precedenti PTPCT.

La Direzione Strategica e l'RPCT, in particolare, anche alla luce dei risultati estremamente positivi conseguiti in materia di rispetto degli obblighi di trasparenza ed integrità, così come attestato dall'OIV – da ultimo – nel mese di giugno 2021, conferma la scelta organizzativa di responsabilizzazione di ogni singola Macrostruttura, come ulteriormente articolata in U.O. rette da Direttori/Responsabili aventi qualifica dirigenziale, cui compete:

a. l'elaborazione e trasmissione dei dati e delle informazioni;

b. la pubblicazione dei dati e delle informazioni, anche tramite la collaborazione – a seguito di richiesta – dell'URP (ad eccezione delle sottosezioni "*Bandi di gara e contratti*", "*Bandi di concorso*" e "*Sovvenzioni, contributi ed altri vantaggi economici*", alimentate direttamente, rispettivamente, da tutte le Macrostrutture che indicono gare o effettuano affidamenti, ai sensi del d. lgs. 50/2016; dalla sola AGRU e dai DSS, sotto il coordinamento e la supervisione della Direzione Amministrativa del Dipartimento Assistenza Territoriale) ovvero dell'UOASSI (quest'ultima, per le sole sottosezioni "*Consulenti e collaboratori*" e "*Strutture sanitarie private accreditate*").

I Direttori/Responsabili di Macrostruttura garantiscono il regolare e tempestivo flusso delle informazioni, dei dati e dei documenti da pubblicare, ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge, anche avvalendosi dei rispettivi referenti RPCT, per un primo monitoraggio circa la corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Gli uni e gli altri sono, inoltre, chiamati a collaborare – ove richiesti dall'RPCT – con l'OIV, in occasione dello svolgimento delle funzioni in tema di trasparenza al medesimo legislativamente attribuite, dall'art. 14, d. lgs. 150/2009.

2. Modalità di elaborazione, trasmissione e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Azienda

Secondo le indicazioni fornite dall'RPCT già ad inizio 2020, infatti, le richieste di pubblicazione – ove non gestite autonomamente dalle Macrostrutture (come nel caso delle citate sottosezioni "*Bandi di gara e contratti*", "*Bandi di concorso*" e "*Sovvenzioni, contributi ed altri vantaggi economici*"), sono inoltrate via mail all'URP – urp@asl.bari.it ovvero all'UOASSI – uoassi@asl.bari.it (e, per conoscenza all'RPCT – anticorruzione@asl.bari.it) dal referente RPCT di ciascuna Macrostruttura, dopo una prima valutazione circa la regolarità e correttezza della pubblicazione richiesta. L'URP e l'UOASSI prendono in carico le richieste e le ottemperano in ordine di ricezione segnalando tempestivamente al richiedente eventuali criticità o, comunque, ostacoli alla tempestiva pubblicazione. All'atto della richiesta, i referenti RPCT avranno cura di segnalare:

- l'esatta sottosezione di Amministrazione Trasparente, su cui chiedono l'inserimento di dati/informazioni e documenti trasmessi;
- l'esatta denominazione di dati/informazioni e documenti trasmessi per la pubblicazione;
- l'eventuale ricorrere di termini perentori per la pubblicazione;

oscurando i dati da non pubblicare per motivi di privacy ovvero adottando ogni utile accorgimento necessario ai fini del rispetto del Regolamento UE 679/2016, anche a seguito di interlocuzione con il DPO aziendale (Responsabile UOS Privacy, dott.ssa Elisabetta Fortunato, giusta DDG 2069/2021).

L'allegata tabella 2) Obblighi di pubblicazione rappresenta graficamente i flussi finalizzati alla pubblicazione di dati, informazioni e documenti, nel rispetto della nuova articolazione aziendale. Eventuali refusi, legati alla contestualità tra le attività di elaborazione della tabella ed aggiornamento della organizzazione aziendale, saranno eliminati – anche a seguito di segnalazione da parte degli uffici interessati – all'atto dei successivi aggiornamenti annuali. In particolare, la tabella:

- aggiorna la ricognizione dell'elenco degli obblighi di trasparenza applicabili all'Azienda, in applicazione sia del d. lgs. 33/2013, come modificato dal successivo d. lgs. 97/2016, sia di ulteriori provvedimenti normativi;
- identifica le Macrostrutture aziendali e/o gli uffici dirigenziali responsabili per l'elaborazione,
- definisce le tempistiche per la pubblicazione, l'aggiornamento, modalità e tempi per il monitoraggio, in relazione a ciascun obbligo.

L'anzidetta scelta di decentramento (conseguenza dell'arricchimento del catalogo di dati, informazioni e documenti, soggetti a pubblicazione obbligatoria, per effetto dell'entrata in vigore del d. lgs. 97/2016, unitamente alla marcata settorialità di taluni ed al brevissimo termine previsto per la loro pubblicazione, oltre che alla complessità organizzativa dell'Azienda) risponde altresì alla necessità di programmare ed assegnare – con il concomitante ciclo della *performance* – puntuali obiettivi di trasparenza per ciascun Direttore/Responsabile di Macrostruttura, in conformità all'obbligo previsto dall'art. 10, c. 3, d. lgs. 33/2013.

3. Modalità di controllo e monitoraggio del corretto adempimento degli obblighi di pubblicità

Deve rimarcarsi come, al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione di ogni singola Macrostruttura interna all'Azienda, chiamata ad elaborare, pubblicare e trasmettere dati, documenti ed informazioni oggetto di trasparenza, si accompagni un più marcato ruolo attribuito all'RPCT che, supportato dal gruppo – non sostituendosi in alcun modo alle singole Macrostrutture e/o Uffici, individuati nell'allegata tabella Obblighi di pubblicazione nell'elaborazione, pubblicazione e trasmissione dei dati di rispettiva pertinenza – diviene vero e proprio organo tecnico/specialistico di impulso, verifica, controllo e monitoraggio sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge.

Al fine di consentire ed agevolare l'attività di monitoraggio e controllo da parte dell'RPCT, secondo le indicazioni fornite dall'RPCT ad inizio 2020 (cfr. par. precedente), il Direttore/Responsabile della Macrostruttura competente per l'elaborazione e trasmissione dei dati/informazioni e documenti oggetto di pubblicazione, e/o il rispettivo referente RPCT, ove non provvedano direttamente all'attività di pubblicazione

nella Sezione Amministrazione Trasparente, informano l'RPCT ed il gruppo di lavoro individuati quali destinatari per conoscenza della mail di richiesta di pubblicazione inviata all'URP o all'UOASSI.

Quanto alle restanti sottosezioni alimentate direttamente, l'attività di controllo da parte dell'RPCT viene assicurata:

- sia in sede di supporto all'OIV, per le attività di attestazione circa correttezza e regolarità delle pubblicazioni nelle sottosezioni annualmente individuate dall'Autorità;
- sia mediante monitoraggio su base periodica che, vista l'enorme mole di dati/documenti e informazioni prodotti dalle Macrostrutture, avviene con cadenza annuale, sulla base delle criticità eventualmente rilevate dal Referente RPCT in sede di relazione annuale e, con riferimento alle criticità segnalate, tramite esame e raffronto tra quanto riportato in apposita relazione prodotta dalle Macrostrutture e le concrete risultanze verificabili dalla consultazione della sezione Amministrazione Trasparente, secondo quanto meglio precisato alla Parte I, par. 8.

4. Modifiche alla sezione Amministrazione Trasparente ed obblighi di pubblicazione ulteriori

La sezione Amministrazione Trasparente è attualmente ospitata dal Portale Salute, gestito dalla società *in-house* regionale InnovaPuglia, che ospita tutti i siti istituzionali di aziende ed enti del SSR pugliese a partire dall'anno 2018.

L'attuale articolazione della sezione risente ancora, in talune sottosezioni, dell'originaria impostazione impressa dal d. lgs. 33/2013 e dalla delibera ANAC 50/2012.

Tale circostanza non ha impedito, comunque, il pieno rispetto della normativa, anche a seguito dell'aggiornamento e delle modifiche agli obblighi di pubblicazione, previsti dal d. lgs. 97/2016. La necessità, meramente organizzativa e non sostanziale, di adeguare completamente anche l'articolazione interna della sezione alle anzidette novità normative, già programmata con il PTPCT per l'anno 2020, è stata resa impossibile – a tutto il 2021 – dal sopraggiungere dell'emergenza pandemica che ha, da un lato, convogliato ogni attività aziendale verso compiti immediatamente inerenti la gestione della crisi sanitaria e, dall'altro, anche in considerazione della lunga sospensione delle attività amministrative disposta dalle autorità nazionali ad inizio 2020, di fatto, ostacolato la regolarità delle indispensabili interlocuzioni:

- esterne, con la società InnovaPuglia;
- interne, con le diverse Macrostrutture coinvolte dalle modifiche.

Ciononostante, già nel corso del 2020, si è provveduto ad aggiornare le seguenti sottosezioni, anche in quanto oggetto della delibera ANAC n. 213/2020 e, pertanto, oggetto di esame OIV finalizzato all'attestazione circa il rispetto degli obblighi di cui al d. lgs. 33/2013:

1. "*Consulenti e collaboratori*", attesa la scelta di organizzazione tabellare della stessa, volta a semplificarne le attività di pubblicazione demandate all'UOASSI; contestualmente alla riorganizzazione della sottosezione, l'UOASSI ha istituito una cartella condivisa accessibile a tutte le Macrostrutture competenti per il conferimento di incarichi, presso cui queste ultime possano inserire dati e documenti ai fini della pubblicazione curata dall'UOASSI; la stessa sottosezione risulta

pertanto, attualmente distinta in pubblicazioni fino al 4/3/2020 e pubblicazioni successive a tale data;

2. "*Strutture sanitarie private accreditate*", distinta in pubblicazioni fino al 2019 e pubblicazioni dal 2020; in quest'ultima ripartizione, le pubblicazioni degli accordi in essere con l'Azienda sono ulteriormente articolate in:
   - Specialistica Ambulatoriale
   - Case di cura
   - Riabilitazione ex art. 26 L. 833_1978
   - Hospice
   - Centri dialisi
   - Riabilitazione Psichiatrica ex R.R. 7_2002
   - Strutture Dipendenze Patologiche;
   - Strutture Socio Sanitarie (partizione aggiunta nel 2021);
3. "*Sovvenzioni, contributi, sussidi ed altri vantaggi economici*", suddivisa in Criteri e modalità di concessione, di cui all'art. 26, c. 1, d. lgs. 33/2013 e singoli Atti di concessione, di cui al successivo c. 2 del medesimo art. 26, attualmente alimentate – rispettivamente – dalla Direzione Amministrativa DAT e dai singoli DSS. Per il 2022 si provvederà tramite il DAT coadiuvato dal relativo referente RPCT, ad una ricognizione aggiornata degli obblighi di pubblicazione a carico delle ASL alla luce della recente delibera ANAC n.468/2021.

Quanto all'avvio della generale riorganizzazione della sezione Amministrazione Trasparente, salvo quanto si è detto alla Parte II, par. k, in relazione all'integrazione tra Albo pretorio e Amministrazione Trasparente, si ritiene ipotizzabile che la stessa venga ricalendarizzata solo a seguito del definitivo superamento dell'emergenza pandemica, per poter trovare definitivo accoglimento presumibilmente con il PTPCT 2024/2026.

Medio tempore, troveranno espressione nella sezione, alla sottosezione "*Altri contenuti*", nuove pagine dedicate agli obblighi di pubblicazione attualmente previsti in provvedimenti normativi ulteriori rispetto al d. lgs. 33/2013 ed oggetto di ricognizione della tabella Obblighi di pubblicazione, allegata *sub* 2) al presente Piano. È il caso – tra gli altri – degli obblighi introdotti:

- dalla l. 24/2017, in materia di sicurezza delle cure e delle persone assistite, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- dal d. lgs. 52/2019, in materia di sperimentazione clinica dei medicinali ad uso umano;
- dall'art. 4, c. 1, dpcm 25/9/2014, in materia di censimento autovetture di servizio.

Quanto alle pubblicazioni previste dall'art. 99, d.l. 17/3/2020, n. 18, in materia di rendicontazione sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19, si precisa che le stesse trovano collocazione nella sottosezione "*Interventi straordinari e di emergenza*".

In aggiunta rispetto a questi dati, nella sottosezione "*Altri contenuti*", troverà evidenza la pubblicazione dell'elenco di ditte di onoranze funebri operanti in ciascun territorio comunale, contestualmente affisso anche presso ciascun presidio ospedaliero a gestione diretta aziendale, quale misura di prevenzione del

rischio specifico per il settore sanitario di anomalie/collusioni nelle attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero (cfr. precedente Parte II, par. 2.e).

L'elenco di tali obblighi di pubblicazione ulteriori rispetto al d. lgs. 33/2013 sarà sottoposto a conferma annuale, in sede di aggiornamento del Piano, sulla base di eventuali richieste degli *stakeholder* ovvero a seguito della valutazione delle richieste di accesso civico generalizzato pervenute all'Ente, compatibilmente con l'esigenza prioritaria di funzionalità degli uffici, di rispetto dei vincoli di natura economico-finanziaria e di tutela della riservatezza.

5. Accesso civico e Registro degli accessi

Ribadita la distinzione tra l'accesso civico, semplice e generalizzato, disciplinato dal d. lgs. 33/2013 all'art. 5 e l'accesso documentale o accesso agli atti, introdotto dagli artt. 22 ss., l. 241/1990 e confermata l'applicabilità a quest'ultimo del regolamento aziendale vigente, approvato con DDG n. 1898/2011, viene prevista, per il biennio 2022/2023, la definizione del primo Regolamento aziendale per l'accesso civico, a cura dell'RPCT, per la successiva valutazione e approvazione da parte della Direzione Strategica.

L'opportunità di rinviare la regolamentazione, discende dalla necessità di verificare la pratica applicazione degli istituti previsti dal legislatore e delle successive indicazioni provenienti dall'Autorità da parte delle nuove Macrostrutture, anche alla luce del differente riparto di competenze ed attribuzioni, recentemente adottato dall'Ente.

A seguito di una osservazione "privilegiata" delle migliori prassi definitesi tra gli uffici nel corso del prossimo biennio, la disciplina interna formalizzerà attività e scansioni temporali complessivamente volte alla massima ostensione in favore dei richiedenti. Nelle more, si conferma l'applicazione della disciplina di seguito illustrata, precisando che è in corso di pubblicazione nella sottosezione *Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Accesso civico* apposita modulistica aggiornata per la presentazione di istanze di accesso civico semplice e generalizzato.

a. Accesso civico semplice

Gli obblighi di pubblicazione di dati, documenti e informazioni, previsti dalla normativa vigente (ed, *in primis*, dal d. lgs. 33/2013, come ulteriormente precisato con la delibera ANAC 1310/2016 e, per questa Azienda, con la tabella Obblighi di pubblicazione, allegata *sub* 2) al presente Piano) comportano il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nel caso in cui sia stata omessa la loro pubblicazione (art. 5, c. 1, d. lgs. 33/2013).

La richiesta di accesso civico semplice è, per l'appunto, l'esercizio del diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati che la ASL BA ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale, in caso di omessa disponibilità degli stessi nella sezione Amministrazione Trasparente.

La richiesta non deve essere motivata né è soggetta a limitazioni connesse alla legittimazione soggettiva del richiedente.

La richiesta è gratuita e può essere presentata:

- a mani, direttamente presso l'Ufficio Protocollo aziendale ovvero presso gli uffici aziendali decentrati;
- a mezzo posta ordinaria all'indirizzo ASL BARI, Lungomare Starita n. 6, 70123, Bari;

- a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it ovvero anticorruzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it, nonché agli indirizzi di posta elettronica certificata degli uffici aziendali competenti per materia;
- a mezzo posta elettronica non certificata agli indirizzi urp@asl.bari.it, anticorruzione@asl.bari.it ovvero agli indirizzi di posta elettronica non certificata degli uffici aziendali competenti per materia.

La richiesta è presentata ovvero assegnata, a seguito di ricezione dalla Direzione Generale o dall'RPCT, alla Macrostruttura tenuta all'elaborazione e trasmissione dei dati, informazioni e documenti di cui sia stata omessa la pubblicazione, individuato sulla base dell'allegata tabella 2), ricognitiva degli Obblighi di pubblicazione.

La Macrostruttura provvede, entro 30 giorni dall'acquisizione al protocollo aziendale dell'istanza, a verificare l'avvenuta pubblicazione e:

a. ove accerti la corretta pubblicazione, a riscontrare la richiesta mediante indicazione all'istante del *link* alla sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale ove è pubblicato e visualizzabile il dato, l'informazione e/o il documento oggetto di accesso;

b. ove accerti l'omessa pubblicazione, provvede all'immediata pubblicazione dando contestualmente riscontro all'istante mediante indicazione del link alla sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale ove è pubblicato e visualizzabile il dato, l'informazione e/o il documento oggetto di accesso.

In ogni caso, anche laddove l'istanza di accesso civico semplice sia indirizzata direttamente alla Macrostruttura competente per materia e da questa autonomamente gestita, la comunicazione di riscontro all'istante viene indirizzata – per conoscenza – all'RPCT e contiene menzione dei dati necessari, ai fini della corretta implementazione e pubblicazione del Registro degli accessi, istituito dall'RPCT a decorrere dall'anno 2020 e consultabile alla sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Accesso civico.

b. Accesso civico generalizzato

Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, l'art. 5, c. 2, d. lgs. 33/2013 (modificato dal d. lgs. 97/2016), ha introdotto, accanto all'accesso civico cd. semplice, il diritto di chiunque di accedere a dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

Portata e prime indicazioni circa le modalità applicative concrete di tale nuovo istituto sono state oggetto di approfondimento con le linee guida recentemente adottate dall'ANAC, con la delibera n. 1309/2016.

Analogamente a quanto previsto in tema di accesso civico semplice, la richiesta non deve essere motivata né è soggetta a limitazioni connesse alla legittimazione soggettiva del richiedente e può essere, gratuitamente, presentata secondo le modalità previste al paragrafo che precede.

La Macrostruttura competente per materia provvede, coordinandosi con l'RPCT e con il DPO, a verificare l'accoglibilità dell'istanza, in relazione alla necessità:

a. che l'accoglimento non ostacoli l'ordinata funzionalità degli uffici;

b. che siano adeguatamente salvaguardate le esigenze di riservatezza eventualmente ricorrenti;

ai fini del riscontro da fornire al richiedente entro il termine di 30 giorni dall'acquisizione al protocollo aziendale dell'istanza.

L'RPCT, acquisiti dalla Macrostruttura i dati di cui al successivo par. d.2, ne tiene conto ai fini dell'aggiornamento e pubblicazione del Registro degli accessi.

c. Mancato o ritardato riscontro della Macrostruttura e istanza di riesame avverso il diniego di accesso – titolare del potere sostitutivo

Ove nel predetto termine di 30 giorni la Macrostruttura non provveda al riscontro, l'RPCT viene individuato quale titolare del potere sostitutivo, ai sensi dell'art. 2, c. 9-*bis*, l. 241/1990, al quale il richiedente può ricorrere in caso di ritardo o mancata risposta. Questi vi provvede:

- nel caso di accesso civico semplice e verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione;
- nel caso di accesso civico generalizzato, ove ritenga l'istanza compatibile con la normale funzionalità della Macrostruttura competente per materia e previo coinvolgimento del DPO per le necessarie indicazioni in tema di salvaguardia delle eventuali concomitanti ragioni di privacy;

entro 15 giorni dalla ricezione dell'istanza che evidenzi il ritardo o l'omessa risposta della Macrostruttura, mediante richiesta formale e vincolante indirizzata alla medesima Macrostruttura competente e successiva comunicazione al richiedente.

Analogamente, è competente l'RPCT anche per le istanze di riesame avverso il riscontro offerto dalla Macrostruttura. Questi vi provvede, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, entro 15 giorni dalla ricezione dell'istanza, avvalendosi della collaborazione obbligatoria della detta Macrostruttura.

A seguito degli interventi sostitutivi adottati:

1. l'RPCT e il Direttore Generale trasmettono tempestivamente all'UPD la notizia degli interventi disposti, ai fini delle eventuali conseguenti valutazioni in tema di responsabilità disciplinare;
2. l'RPCT trasmette annualmente, in forma riservata, al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario, a seconda del ruolo/profilo professionale pertinente, l'elenco degli interventi sostitutivi operati, ai fini delle eventuali conseguenti valutazioni in tema di responsabilità dirigenziale e di valutazione della *performance*.

d. Registro degli accessi civici

Presso l'Ufficio dell'RPCT, è istituito il Registro degli accessi, ulteriormente suddiviso in due sezioni dedicate, rispettivamente:

1. all'accesso civico semplice ex art. 5, c. 1, d. lgs. 33/2013;
2. all'accesso civico generalizzato ex art. 5, c. 2, d. lgs. 33/2013.

Uno stralcio del registro viene pubblicato, a cura dell'RPCT, sul sito istituzionale, alla sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione Altri contenuti – accesso civico, con cadenza semestrale, entro trenta giorni dalla scadenza di ciascun semestre. Oggetto della pubblicazione a stralcio sono le informazioni di cui al prospetto di seguito riportato:

1. per le istanze di accesso civico semplice:
   - data di presentazione;
   - oggetto della richiesta;
   - data di inoltro alla Macrostruttura competente;
   - data del riscontro offerto dalla Macrostruttura;
   - esito della richiesta;
2. per le istanze di accesso civico generalizzato
   - data di presentazione;
   - oggetto della richiesta;
   - presenza di soggetti contro interessati;
   - data di inoltro alla Macrostruttura competente;
   - data del riscontro offerto dalla Macrostruttura;
   - data del provvedimento conclusivo;
   - sintesi esiti.

Allegati

In calce si riportano i seguenti allegati:

1. Tabella misure anticorruzione;
2. Tabella obblighi di pubblicazione.
3. Questionario rilevazione dipendenti S.S.N..

ASL Bari
PugliaSalute

P.O.L.A.
Piano Organizzativo del Lavoro Agile

ASL Bari
PugliaSalute

Sommario

Premessa 3
Evoluzione normativa 5
1. PARTE I - Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile 9
1.1. Salute organizzativa 9
1.1.1. Fase pre-emergenziale 9
1.1.2. Fase emergenziale 10
1.1.3. Il lavoro agile nell'ASL Bari 32
1.2. Salute professionale 34
2. PARTE II - Modalità attuative 35
2.1. Misure organizzative 35
2.2. Accordo di Networking S.M.A.R.T.@pulia Spazi e Modelli Agili per una Rete Territoriale in Puglia: Progetto "Il Lavoro Agile in ASL Bari - Stato di adozione e sviluppi futuri" 37
2.3. Accesso al lavoro agile 40
2.4. Accordo individuale 42
2.5. Obiettivi di budget e lavoro agile 43
2.6. Requisiti tecnologici 44
2.7. Percorsi formativi del personale 45
3. PARTE III – Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile 46
4. PARTE IV – Programma di sviluppo del lavoro agile 47

ASL Bari
PugliaSalute

Premessa

Il Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19", convertito* con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, ha disposto all'art.263 comma 4-bis 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.* Da ultimo, il D.L. 80/2021 ha introdotto e disciplinato, all'art. 6, il "***Piano integrato di attività e organizzazione***" (PIAO) *quale nuovo strumento programmatorio su base triennale e con aggiornamento annuale che le Pubbliche Amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2 del D.Lgs. 165/2001 con più di 50 dipendenti sono chiamate ad adottare entro il 31 gennaio di ogni anno, con la finalità di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese, procedendo alla progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto della vigente disciplina di settore e, in particolare, del D.lgs. 150/2009 e della Legge 190/2012*.

All'art. 4 del suddetto D.L. "***Sezione Organizzazione e capitale umano***" lettera b) "***Organizzazione del lavoro agile"*** *sono indicati, in coerenza con le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione collettiva nazionale, la strategia e gli obiettivi di sviluppo di modelli di organizzazione del lavoro, anche da remoto, adottati dall'amministrazione. A tale fine, si prevede:*

1) che lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non pregiudichi in alcun modo o riduca la fruizione dei servizi a favore degli utenti;

2) la garanzia di un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza;

3) l'adozione di ogni adempimento al fine di dotare l'amministrazione 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;

ASL Bari
PugliaSalute

4) l'adozione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove presente;

5) l'adozione di ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta.

Il POLA, quindi, all'interno del PIAO, tenuto conto delle modifiche all'11-bis del D.L. 52/2021, individua *"le modalità' attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il **15 per cento** (in luogo dell'originario 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 **15 per cento** (in luogo dell'originario 30 per cento) dei dipendenti, ove lo richiedano"*.

Il presente documento aggiorna il POLA dell'ASL Bari - redatto in applicazione dell'art. 263 comma 4-bis del DL. 34/2020 di modifica dell'art.14 della Legge 7 agosto 2015, n.124 - secondo le disposizioni dettate dalle linee guida del D.L. 80/2021.

Evoluzione normativa

La Legge 7 agosto 2015, n.124 "*Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*" -c.d. riforma Madia- ha costituito il momento di avvio verso una progressiva apertura nel pubblico impiego a forme alternative e flessibili di rapporto di lavoro, ispirate inizialmente dall'obiettivo di conciliare i tempi di vita ed i tempi di lavoro.

Infatti l'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n.124 aveva previsto che le amministrazioni *"adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera"*. La norma prevedeva che "*l'adozione delle misure organizzative e il raggiungimento degli obiettivi suddetti costituiscono oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale all'interno delle amministrazioni pubbliche"*. Le amministrazioni pubbliche dovevano adeguare 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"*.

Tale disposizione ha consentito a ciascuna amministrazione, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, di individuare le modalità innovative, alternative al telelavoro, più adeguate rispetto alla propria organizzazione, fermo restando il rispetto delle norme e dei principi in tema di sicurezza sul luogo di lavoro, tutela della riservatezza dei dati e verifica dell'adempimento della prestazione lavorativa.

Sulla scia della Legge 124/2015 veniva emanata la Legge 22 maggio 2017, n.81, recante *"Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"* definendo il lavoro agile quale *"…modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con*

forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. Si prevede che la prestazione lavorativa debba essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una posizione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva". Inoltre si prevedeva l'estensione del lavoro agile anche al pubblico impiego, in quanto compatibile *"anche nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente adottate per tali rapporti".*

In attuazione delle norme sopra citate il 3 giugno 2017 il Dipartimento della Funzione pubblica ha adottato la direttiva n. 3/2017 - recante le linee guida sul lavoro agile nella PA - che è divenuto il principale riferimento per la disciplina del lavoro agile nella PA prima dell'emergenza COVID-19.

Per lungo tempo, però, le disposizioni riguardanti il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione sono rimaste inattuate o poco considerate.

Ciò nonostante, l'emergenza COVID-19, stravolgendo l'intero sistema delle relazioni sociali con l'imposizione del distanziamento sociale e fisico, fa sorgere all'improvviso la necessità di apportare profonde modifiche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa e, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori e dal mese di marzo 2020, il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione subisce una brusca accelerata.

Con Decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9, recante "*Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*" di modifica al richiamato articolo 14 della Legge n.124/2015 si supera il regime sperimentale dell'obbligo per le amministrazioni di adottare misure organizzative per il ricorso a nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa con la conseguenza che la misura operasse a regime.

Il lavoro agile diventa quindi la modalità necessitata e ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa con una disciplina sostanzialmente derogatoria rispetto alle previsioni contenute nella Legge n. 81/2017 prevedendo la possibilità di prescindere dalla stipula degli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81.

In data 17 marzo 2020 con decreto-legge n. 18 "*Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza*

epidemiologica da COVID-19" l'art. 87 (come modificato dal decreto legge 14 agosto 2020, n.104) ha previsto che "*fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, ovvero fino ad una data antecedente stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, il lavoro agile è una delle modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Conseguentemente le amministrazioni: a) limitano la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, anche in ragione della gestione dell'emergenza; b) prescindono dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23, della legge 22 maggio 2017, n. 81"*. La norma prevede che la prestazione lavorativa in lavoro agile può essere svolta anche attraverso strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione.

Si arriva dunque al Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19", convertito* con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, che, come indicato in premessa, all'art.263 comma 4-bis introduce il **POLA** nell'ottica del superamento della gestione emergenziale del lavoro agile.

Successivamente con il DL "*Riaperture*" decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52 , in vista della promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche (art. 14, comma 1, L. 7 agosto 2015, n. 124), vengono adottate per le Pubbliche Amministrazioni misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile. Inoltre si estende al 31 luglio 2021 il termine per l'utilizzo della procedura semplificata dello *smart working* di cui all'art. 90, commi 3 e 4, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni in L. 17 luglio 2020, n. 77.

Con il perdurare dello stato di emergenza, il D.L. 30 aprile 2021, n. 56 in modifica dell'art. 263 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34 (convertito con modificazioni in L. 17 luglio 2020, n. 77) e dell'art. 14, comma 1, L. 7 agosto 2015, n. 12, stabilisce che: *"le Amministrazioni Pubbliche (art. 1, comma 2, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165), fino alla definizione della disciplina del lavoro agile da parte dei contratti collettivi (ove previsti), fino al 31 dicembre 2021, organizzano il lavoro dei propri dipendenti e l'erogazione dei servizi attraverso la flessibilità dell'orario di lavoro, rivedendone l'articolazione giornaliera e settimanale, introducendo modalità di interlocuzione programmata*

con l'utenza, anche attraverso soluzioni digitali e non in presenza, applicando lo smartworking con le misure semplificate di cui al comma 1, lett. b) dell'art. 87, del D.L 17 marzo 2020, n. 18 (convertito con modificazioni in L. 24 aprile 2020, n. 27) – pertanto prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23 della L. 22 maggio 2017, n. 81 - e comunque a condizione che l'erogazione dei servizi rivolti ai cittadini e alle imprese avvenga con regolarità, continuità ed efficienza nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente (art. 11 bis)".

Successivamente con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021 (GU Serie Generale n.244 del 12-10-2021) il Governo stabilisce che, a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni è quella svolta in presenza.

Il Governo detta le misure organizzative da adottare per il **rientro in presenza** del personale dipendente con il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8/10/2021 pubblicato in GURI n. 245 del 13 ottobre 2021, che all'art. 1 dispone che le pubbliche amministrazioni "*adottano le misure organizzative previste dal presente decreto per il rientro in presenza del personale dipendente. Per rientro in presenza si intende lo svolgimento della prestazione lavorativa resa nella sede di servizio."*

Si arriva dunque al decreto-legge 80/2021, il quale ha introdotto e disciplinato, all'art. 6, il "***Piano integrato di attività e organizzazione***" (PIAO) e all'art. 4 ("***Sezione Organizzazione e capitale umano***" lettera b) "***Organizzazione del lavoro agile"***) *vengono indicati, in coerenza con le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, e la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione collettiva nazionale, la strategia e gli obiettivi di sviluppo di modelli di organizzazione del lavoro, anche da remoto, adottati dall'amministrazione.*

ASL Bari
PugliaSalute

1. PARTE I - Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

1.1. Salute organizzativa

1.1.1. Fase pre-emergenziale

L'Asl Bari già dal 2019 aveva avviato il processo di cambiamento previsto dal legislatore, attraverso la proposta di Regolamento per lo *smart working* presentata dal CUG, ed attraverso:

1. Deliberazione D.G. n.976 del 6.06.2019 "Recepimento Piano Azioni Positive Triennio 2018-2020- proposto dal Comitato Unico di Garanzia ed approvato, integrato e modificato nelle Assemblee del 22/03/2018 e 28/03/2019", pianificando eventi formativi specifici sul tema "Le forme di flessibilità per favorire un migliore work-life balance" al fine di contribuire al miglioramento organizzativo dell'azienda;
2. Deliberazione D.G. n. 233 del 24.02.2020 ad oggetto "Recepimento Piano Azioni Positive triennio 2020 — 2022 predisposto dal Comitato Unico di Garanzia ai sensi della Direttiva Funzione Pubblica n. 2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche", aveva già determinato come Azioni Positive:

- l'ottimizzazione degli strumenti di flessibilità per una conciliazione dei tempi di vita attraverso la sperimentazione di nuove modalità spazio temporali di svolgimento della prestazione lavorativa (lavoro agile o *smart working*) così come auspicato dall'art.14 della Legge 124/2015 e dalla Direttiva n. 3/2017 in materia di lavoro agile (avvio sperimentazione entro primo semestre 2020);
- la sperimentazione di progetti individualizzati di *smart working* nell'ottica di favorire la conciliazione dei tempi di lavoro e di vita ai sensi della Legge 07.08.2015, n. 124 (Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione del lavoro nelle amministrazioni pubbliche) - art. 14, commi 1 e 2. La disposizione prevede che le Amministrazioni Pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica adottino misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e a sperimentare nuove modalità spazio temporali di svolgimento della prestazione lavorativa (avvio sperimentazione entro il secondo semestre 2020);

3. Deliberazione del Direttore Generale n. 1194 del 14 settembre 2020 ha recepito, su proposta del CUG, "l'Accordo di networking per la realizzazione di una rete di attori pubblici e privati sul territorio pugliese finalizzata a favorire l'utilizzo del lavoro agile e l'innovazione organizzativa S.M.A.R.T.@pulia (Spazi e Modelli Agili per una Rete Territoriale in Puglia)" la cui durata è fissata nell'arco di un triennio eventualmente rinnovabile. Nello specifico, come dettato all'Art. 2, il predetto Accordo è finalizzato a creare le condizioni di sistema affinché possano svilupparsi, nell'ambito delle pubbliche amministrazioni e delle imprese presenti nel territorio regionale, forme di organizzazione e gestione duttili e flessibili delle risorse umane, e modalità di lavoro smart, contribuendo così al processo di trasformazione e di innovazione delle organizzazioni, che dovranno essere capaci di produrre valore basato sull'intelligenza, sulla flessibilità, sulla responsabilità dei singoli e sulla capacità di e-leadership del management, per accelerare la transizione digitale che coinvolge l'intero territorio.

In merito agli obiettivi dell'Accordo essi possono essere così sintetizzati:

- favorire la creazione di un luogo fisico e virtuale di confronto e di scambio tra attori pubblici e privati presenti sul territorio sui temi dello *smart working*,[….];
- promuovere la cultura locale sul lavoro agile, al fine di favorire la concreta diffusione dello stesso, sia in ambito pubblico, che privato […];
- valorizzare lo s*mart working* quale leva strategica non soltanto per promuovere il benessere e la qualità della vita delle persone e delle famiglie e l'innovazione organizzativa delle imprese e delle pubbliche amministrazioni del territorio, ma anche per favorire la crescita e lo sviluppo del territorio e delle città, anche con riferimento alla mobilità sostenibile e alla riduzione delle emissioni inquinanti;
- attivare apposite forme di confronto, prodromiche alla redazione e sottoscrizione di intese interistituzionali, per l'utilizzo del lavoro agile[…]

1.1.2. Fase emergenziale

Nel corso del periodo emergenziale, di fatto, la modalità di lavoro agile è stata utilizzata, nel rispetto delle indicazioni legislative, in situazioni di fragilità, per armonizzare l'urgenza di contenere l'epidemia con la necessità di continuare ad assicurare i servizi e le prestazioni e per conciliare esigenze di vita familiare e vita lavorativa. Nell'Asl Bari si è potuta valutare la prospettiva

evolutiva del L.A. aziendale in relazione alle prestazioni e ai processi effettuati da remoto.

Il programma di sviluppo del POLA dell'Asl Bari è stato avviato, infatti, dalla **Delibera del Direttore Generale n.289** del 9.03.2020 che ha approvato il "*Regolamento temporaneo per l'adozione del lavoro agile quale misura per il contrasto e il contenimento del diffondersi del virus COVID-19*" con l'obiettivo di garantire la continuità operativa dei principali servizi offerti dall'Azienda Sanitaria.

Il Regolamento sopraindicato è così articolato:

Art. 1"Definizioni"

1. Ai fini del presente Regolamento, in virtù di quanto disposto dall'art. 18 della legge del 22 maggio 2017 n. 81, si intende per:

a. "Lavoro agile": una modalità flessibile di esecuzione della prestazione di lavoro subordinato;

b. "Azienda": ASL Bari;

c. "Lavoratore agile": dipendente che espleta l'attività lavorativa in modalità agile;

d. "Dotazione informatica": strumenti informatici e di connessione quali pc fisso o portatile, tablet, smartphone, modem, etc. appartenenti al dipendente;

e. "Sede di lavoro": locali ove ha sede l'Azienda e i diversi locali ove il dipendente espleta la sua attività lavorativa nei giorni di lavoro agile autorizzato;

f. "Diritto alla disconnessione": diritto del lavoratore agile, nelle giornate di espletamento della prestazione in modalità agile, di non leggere e-mail e/o messaggi e di non rispondere a telefonate aventi contenuto afferente all'attività lavorativa, al di fuori della fascia oraria definita.

Art. 2 "Oggetto e durata"

1. Il presente regolamento disciplina temporaneamente il lavoro agile in attuazione della normativa nazionale e regionale richiamata in premessa, in raccordo con quanto previsto dall'art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 e della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 giugno 2017 n. 3, e in osservanza della legge del 22 maggio 2017 n. 81, cui si rinvia per quanto ivi non previsto ed in quanto compatibile con la natura temporanea e straordinaria della presente regolamentazione.

2. Con l'introduzione del lavoro agile è consentito, al personale con vincolo di subordinazione in servizio presso la ASL di Bari, lo svolgimento delle prestazioni lavorative contrattualmente dovute in ambienti diversi dalla sede di lavoro, ma pur sempre nel rispetto dell'orario di lavoro

ASL Bari
PugliaSalute

ordinariamente assegnato e del monitoraggio degli obiettivi da raggiungere durante la modalità di lavoro agile temporaneamente autorizzata.

3. Il presente Regolamento ha la durata temporanea, in virtù degli esiti del monitoraggio sulla situazione sanitaria e sulla base delle indicazioni degli organi competenti alla gestione dell'emergenza ovvero da decisioni aziendali volte sempre alla tutela della salute dei lavoratori.

Art. 3 "Obiettivi"

1. Con l'introduzione del lavoro agile del presente regolamento l'Azienda intende perseguire e contemperare i seguenti obiettivi: promuovere misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, e al contempo garantire la continuità operativa dei principali servizi offerti dall'Azienda Sanitaria.

Art. 4 "Destinatari e requisiti di accesso"

1. Il regolamento è rivolto a tutto il personale dell'Azienda (dirigenza e comparto) a tempo indeterminato o a tempo determinato.

2. Ogni lavoratore presenterà l'istanza di richiesta di lavoro agile al competente Direttore e/o Dirigente della Struttura di Appartenenza.

3. Il Direttore e/o Dirigente della Struttura di Appartenenza che riceve l'istanza del lavoratore, nella autorizzazione e/o concessione del lavoro agile previsto dal presente regolamento dovrà tener conto, di norma, delle seguenti condizioni: a) lavoratori portatori di patologie che li rendono maggiormente esposti al contagio, autocertificate e/o documentate attraverso la produzione di certificazione proveniente da medici di una struttura pubblica, o in quarantena a seguito di ordinanza sanitaria;

b) lavoratori che si avvalgono di servizi pubblici di trasporto per raggiungere la sede lavorativa;

c) i lavoratori sui quali grava la cura dei figli a seguito dell'eventuale contrazione dei servizi educativi scolastici (ad esempio: asilo nido, scuola dell'infanzia, scuola primaria, ect.);

d) lavoratori con figli o genitori in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3,1.104/92, da comprovare a mezzo di autocertificazione;

e) lavoratrici madri in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 d.lgs. 151/2001, da comprovare a mezzo di autocertificazione;

4. I requisiti sopra elencati devono essere posseduti al momento della presentazione della istanza.

5. All'interno della Struttura di Appartenenza il Direttore o il Dirigente deve verificare ed autorizzare le richieste di accedere al lavoro agile contemperando le esigenze del lavoratore

richiedente e il regolare funzionamento della propria struttura dato che l'ASL di Bari, per il tramite delle proprie unità operative, deve pur sempre garantire i livelli essenziali di assistenza e il diritto alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione e disciplinato nelle forme sancite dalla legge n. 833/1978 e dal d.lgs 502/1992 e s.m.i..

6. Il Direttore e/o Dirigente della Struttura di Appartenenza nella valutazione delle istanze da autorizzare è tenuto in ogni caso a riconoscere priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, ovvero dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Art. 5 "Procedura e svolgimento della prestazione"

1. I dipendenti che intendano richiedere l'accesso al lavoro agile dovranno presentare apposita istanza al Direttore e/o Dirigente della Struttura di Appartenenza che le valuterà secondo quanto previsto nell'art. 4 del presente regolamento.

2. Il lavoratore autorizzato al lavoro agile secondo le modalità stabilite dal presente Regolamento accetta tutte le condizioni contenute nel predetto provvedimento.

3. Al fine di garantire un'efficace ed efficiente interazione, nonché un'ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il personale autorizzato al lavoro agile dovrà garantire la contattabilità telefonica e via mail nella fascia di orario di servizio prescelto. Durante dette fasce, il dipendente sarà tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza. Al di fuori di dette fasce, l'Azienda, pur restando libera di contattare il dipendente, non potrà pretenderne la risposta.

4. L'attività di lavoro agile, in prima applicazione, sarà monitorata con l'invio di mail al Direttore e/o Dirigente della Struttura di Appartenenza, salvo ulteriori modalità che l'Azienda, per il tramite del Dirigente preposto, potrà valutare di implementare in corso di autorizzazione già data, attraverso metodi di comunicazione più semplici e celeri per attestare la prestazione lavorativa.

5. La modalità di lavoro agile, sulla base di motivate esigenze organizzative, potrà essere autorizzata, e quindi, svolta anche in giornate alternate ovvero anche con possibilità di accesso agli uffici per reperire documentazione necessaria allo svolgimento delle attività autorizzare in modalità *smart*.

6. La prestazione lavorativa svolta durante il lavoro agile deve essere monitorata nel

raggiungimento degli obiettivi dal Direttore e/o Dirigente della Struttura di Appartenenza, e sarà oggetto di valutazione ai fini della retribuzione di risultato.

7. Al fine della effettiva decorrenza della prestazione in modalità agile, il dipendente deve procedere a tutte le abilitazioni richieste dal presente regolamento.

8. Durante le giornate di lavoro agile, il dipendente potrà fruire di tutti i permessi o altri istituti previsti dalle disposizioni contrattuali e normative, previa comunicazione ed autorizzazione del Direttore e/o Dirigente della Struttura di Appartenenza.

Art. 6 "Dotazione del Dipendente"

1. Il dipendente espleta l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti di dotazione informatica già in suo possesso che potrà collegarsi alla rete aziendale attraverso: pc portatili, *tablet*, *smartphone* o quant'altro ritenuto opportuno e congruo dal Direttore e/o Dirigente della Struttura di Appartenenza per l'esercizio dell'attività lavorativa.

2. Per il collegamento alla rete aziendale verrà messo a disposizione una VPN (Virtual Private Network) con credenziali rilasciate dalla U.O. ASSI che consentirà l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali (EUSIS, EDOTTO, etc.); qualora, per le attività lavorative saranno necessari dati contenuti sul disco fisso della postazione di ufficio, sarà a cura del Dipendente provvedere alla copia su supporto esterno o sul proprio Google Drive.

3. Le spese connesse all'espletamento dell'attività lavorativa fuori dalla ordinaria sede di lavoro, riguardanti i consumi elettrici, e le spese di manutenzione e gestione dei dispositivi non forniti dall'amministrazione sono a carico del dipendente.

Art. 7 "Diritto alla disconnessione"

1. L'Azienda riconosce il diritto del lavoratore agile di non leggere e non rispondere a email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare, di non inviare e-mail e messaggi di qualsiasi tipo inerenti all'attività lavorativa nel periodo fuori dalla fascia oraria di lavoro definita o durante la pausa prevista per la giornata di rientro pomeridiano.

Art. 8 "Recesso"

1. L'Azienda ed il lavoratore agile possono recedere dalle modalità di espletamento del lavoro smart al cessare dei presupposti che hanno determinato lo svolgimento delle prestazioni in modalità agile.

2. È possibile comunicare l'immediato recesso da parte dell'Azienda per gravi inadempimenti del lavoratore o per motivate esigenze organizzative sopravvenute. In questa fattispecie, il dipendente

è tenuto a rientrare, nella giornata lavorativa immediatamente successiva, nella prestazione lavorativa nella sede di lavoro aziendale.

3. Il lavoratore può comunicare all'Azienda il rientro dal lavoro agile per il venir meno delle condizioni soggettive rappresentate nell'istanza di richiesta presentata ex art. 4 del presente regolamento.

Art. 9 "Trattamento giuridico ed economico"

1. I dipendenti che svolgono la prestazione in modalità di lavoro agile hanno diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi di cui all'art. 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno dell'azienda.

2. Per effetto della distribuzione flessibile del tempo di lavoro, in relazione alle giornate lavorative di lavoro agile, non è riconosciuto il trattamento di trasferta e non sono configurabili prestazioni straordinarie, notturne o festive, protrazioni dell'orario di lavoro aggiuntive.

Art. 10 "Condotte sanzionabili"

1. Sono applicate tutte le norme previste dal codice disciplinare e dal codice di comportamento, nazionale e aziendale.

Art. 11 "Obblighi di custodia"

1. Il dipendente deve attenersi alle istruzioni impartite dall'Azienda in merito all'utilizzo degli strumenti e dei sistemi come dà indicazioni dell'allegato tecnico.

2.11 dipendente è tenuto a mantenere la massima riservatezza sui dati e le informazioni di cui verrà a conoscenza nell'esecuzione della prestazione lavorativa. Si considera rientrante nei suddetti dati e informazioni qualsiasi notizia attinente l'attività svolta dall'Azienda, ivi incluse le informazioni sui suoi beni e sul personale, o dati e informazioni relativi a terzi in possesso dell'Azienda per lo svolgimento del suo ruolo istituzionale.

3. Il dipendente nell'esecuzione della prestazione lavorativa si impegna a non divulgare e a non usare informazioni che non siano state pubblicate o comunque di pubblica conoscenza, fermo restando le disposizioni al presente articolo.

4. Al termine del periodo di lavoro agile il dipendente è tenuto a distruggere qualsiasi dato o documento memorizzato su hardware non di proprietà dell'Azienda.

Art. 12 "Protezione dei Dati Personali"

1. Nello svolgimento delle operazioni di trattamento dei dati ai quali il dipendente abbia accesso in esecuzione delle prestazioni lavorative, in considerazione delle mansioni ricoperte, in relazione alle finalità legate all'espletamento delle suddette prestazioni lavorative, i dati personali devono essere trattati nel rispetto della riservatezza e degli altri fondamentali diritti riconosciuti all'interessato dalle rilevanti norme giuridiche in materia di cui al Regolamento UE 679/2016 — GDPR e al D.lgs. 196/03 e successive modifiche - Codice Privacy.

2. Il trattamento dovrà essere realizzato in osservanza della normativa nazionale vigente, del Regolamento UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle apposite prescrizioni e istruzioni impartite dall'Azienda in qualità di Titolare del Trattamento.

Art. 13 "Sicurezza sul lavoro"

1. In applicazione delle disposizioni normative in materia di salute e sicurezza sul lavoro di cui al d.lgs. 81/2008 e s.m.i., avuto riguardo alle specifiche esigenze dettate dall'esercizio flessibile dell'attività di lavoro, l'Azienda garantisce la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

2. Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni nel luogo prescelto per la prestazione e occorsi nel normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per il lavoro agile o la sede aziendale, ove il dipendente si rechi in Azienda per parte del suo orario di lavoro.

3. Ogni singolo dipendente collabora diligentemente con l'Azienda al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.

ASL Bari
PugliaSalute

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

Lungomare Starita n°6 – 70123 B A R I

Al Direttore / Dirigente Struttura Appartenenza

E p.c. All'Area Gestione Risorse Umane

ISTANZA PER LA RICHIESTA DI LAVORO AGILE
QUALE MISURA PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO
DEL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19

(dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/aa_____il_____
_____ ,matricola n._____,
Codice fiscale_____, dipendente di questa Azienda presso
_____ _____
nella posizione funzionale di _____,

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di presentare istanza per l'adozione del lavoro agile quale misura per il contrasto e il contenimento del diffondersi del virus COVID-19 e, pertanto, accettando integralmente il contenuto della deliberazione del Direttore Generale n. 289 dell'8 marzo 2020 e del Regolamento allegato, attesta:

barrare casella o caselle di interesse

- o *lavoratori portatori di patologie che li rendono maggiormente esposti al contagio, autocertificate e/o documentate attraverso la produzione di certificazione proveniente da medici di una struttura pubblica, o in quarantena a seguito di ordinanza sanitaria;*
- o *lavoratori che si avvalgono di servizi pubblici di trasporto per raggiungere la sede lavorativa;*
- o *i lavoratori sui quali grava la cura dei figli a seguito dell'eventuale contrazione dei servizi educativi scolastici (ad esempio: asilo nido, scuola dell'infanzia, scuola primaria, ect.);*
- o *lavoratori con figli o genitori in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, l.104/92, da comprovare a mezzo di autocertificazione;*
- o *lavoratrici madri in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 d.lgs. 151/2001, da comprovare a mezzo di autocertificazione;*

ASL Bari
PugliaSalute

- *altre condizioni soggettive inderogabili ed urgenti che motivano la richiesta del lavoro agile:*

_____

attesta, altresì:

- *di possedere / non possedere pc e connessione internet da porre a disposizione per il lavoro agile;*

_____

- *di scegliere quale luogo per l'esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori dei locali aziendali, la propria residenza o il proprio domicilio per lavoro agile in*

_____

- *di effettuare le prestazioni in regime di lavoro agile per tutto il seguente periodo:*

_____

oppure

- *per i seguenti giorni nell'ambito della settimana*

_____

oppure

- *nelle seguenti ore nei seguenti giorni della settimana*

_____

- *di indicare il seguente numero di telefono e indirizzo mail per la contattabilità e per la rilevazione della presenza:*

_____

_____

- *__ di allegare la carta di identità o altro documento di riconoscimento in corso di validità;*
- *eventuale documentazione a supporto delle esigenze autodichiarate per fruire del lavoro agile:*

Il/la sottoscritto/a consente espressamente all'Azienda il trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nel rispetto della vigente normativa a tutela della privacy (GDPR n. 679/2016 – D.lgs 196/2003 come modificato 101/2018).

E' consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Azienda verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data, _____

Firma leggibile

_____

ASL Bari
PugliaSalute

Al Dipendente

_____

MODELLO DOCUMENTAZIONE SICUREZZA
E
ACCETTAZIONE OBIETTIVI SPECIFICI

Il Direttore e/o Dirigente della Struttura _____

*dott.*_____

affida al lavoratore beneficiario del lavoro agile di cui alla deliberazione n. 289 del 09.03.2020i seguenti specifici obiettivi e compiti che il dipendente dovrà condurre nell'ambito del periodo di lavoro agile, di modo da poter misurare e verificare l'effettuazione della prestazione smart:

_____

_____

_____

consegna, altresì, l'apposita Informativa sulla Sicurezza allegata alla presente accettazione.

Il Lavoratore, per accettazione e ratifica:

_____

Il Direttore e/o Dirigente della Struttura:

_____

ASL Bari
PugliaSalute

INFORMATIVA SULLA SALUTE E SICUREZZA NEL LAVORO AGILE AI SENSI DELL'ART. 22, COMMA 1, L. 81/2017 E DELLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 289 DEL 09/03/2020

Al lavoratore

e p.c. Ai Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS)
(conoscenza offerta attraverso la pubblicazione della deliberazione n. 289 del 09.03.2020)

Oggetto: informativa sulla sicurezza dei lavoratori (art. 22, comma 1, della legge 22 maggio 2017 n. 81)

AVVERTENZE GENERALI

Si informa il lavoratore: sig./sig.ra _____ degli obblighi e dei diritti previsti dalla legge del 22 maggio 2017 n. 81e dal decreto legislativo del 9 aprile 2008 n. 81.

Sicurezza sul lavoro (art. 22 L. 81/2017)

1. Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore, che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile, e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta, nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

2. Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

Obblighi dei lavoratori (art. 20 D.Lgs. 81/2008)

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

2. I lavoratori devono in particolare:

a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;

b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;

c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;

d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;

e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla lettera f) per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;

f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;

g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;

h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;

i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal D. Lgs. 81/2008o comunque disposti dal medico competente.

3. I lavoratori di aziende che svolgono attività in regime di appalto o subappalto, devono esporre apposita tessera di riconoscimento, corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione del datore di lavoro. Tale obbligo grava anche in capo ai lavoratori autonomi che esercitano direttamente la propria attività nel medesimo luogo di lavoro, i quali sono tenuti a provvedervi per proprio conto.

In attuazione di quanto disposto dalla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Datore di Lavoro ha provveduto ad attuare le misure generali di tutela di cui all'art. 15 del T.U. sulla sicurezza; ha provveduto alla redazione del Documento di Valutazione di tutti i rischi presenti nella realtà lavorativa, ai sensi degli artt. 17 e 28 D. Lgs. 81/2008; ha provveduto alla formazione e informazione di tutti i lavoratori, ex artt. 36 e 37 del medesimo D. Lgs. 81/2008.

Pertanto, di seguito, si procede alla analitica informazione, con specifico riferimento alle modalità di lavoro per lo smartworker.

*** *** ***

COMPORTAMENTI DI PREVENZIONE GENERALE RICHIESTI ALLO SMART WORKER

- *Cooperare con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione predisposte dal datore di lavoro (DL) per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione in ambienti indoor e outdoor diversi da quelli di lavoro abituali.*
- *Non adottare condotte che possano generare rischi per la propria salute e sicurezza o per quella di terzi.*
- *Individuare, secondo le esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e adottando principi di ragionevolezza, i luoghi di lavoro per l'esecuzione della prestazione lavorativa in smart working rispettando le indicazioni previste dalla presente informativa.*
- *In ogni caso, evitare luoghi, ambienti, situazioni e circostanze da cui possa derivare un pericolo per la propria salute e sicurezza o per quella dei terzi.*

Di seguito, le indicazioni che il lavoratore è tenuto ad osservare per prevenire i rischi per la salute e sicurezza legati allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile.

*** *** ***

CAPITOLO 1

INDICAZIONI RELATIVE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' LAVORATIVA IN AMBIENTI OUTDOOR

Nello svolgere l'attività all'aperto si richiama il lavoratore ad adottare un comportamento coscienzioso e prudente, escludendo luoghi che lo esporrebbero a rischi aggiuntivi rispetto a quelli specifici della propria attività svolta in luoghi chiusi.

È opportuno non lavorare con dispositivi elettronici come tablet e smartphone o similari all'aperto, soprattutto se si nota una diminuzione di visibilità dei caratteri sullo schermo rispetto all'uso in locali al chiuso dovuta alla maggiore luminosità ambientale.

All'aperto inoltre aumenta il rischio di riflessi sullo schermo o di abbagliamento.

Pertanto le attività svolgibili all'aperto sono essenzialmente quelle di lettura di documenti cartacei o comunicazioni telefoniche o tramite servizi VOIP (ad es. Skype).

Fermo restando che va seguito il criterio di ragionevolezza nella scelta del luogo in cui svolgere la prestazione lavorativa, si raccomanda di:

- privilegiare luoghi ombreggiati per ridurre l'esposizione a radiazione solare ultravioletta (UV);

- evitare di esporsi a condizioni meteoclimatiche sfavorevoli quali caldo o freddo intenso;

- non frequentare aree con presenza di animali incustoditi o aree che non siano adeguatamente manutenute quali ad esempio aree verdi incolte, con degrado ambientale e/o con presenza di rifiuti;

- non svolgere l'attività in un luogo isolato in cui sia difficoltoso richiedere e ricevere soccorso;

- non svolgere l'attività in aree con presenza di sostanze combustibili e infiammabili (vedere capitolo 5);

- non svolgere l'attività in aree in cui non ci sia la possibilità di approvvigionarsi di acqua potabile;

- mettere in atto tutte le precauzioni che consuetamente si adottano svolgendo attività outdoor (ad es.: creme contro le punture, antistaminici, abbigliamento adeguato, quanto prescritto dal proprio medico per situazioni personali di maggiore sensibilità, intolleranza, allergia, ecc.), per quanto riguarda i potenziali pericoli da esposizione ad agenti biologici (ad es. morsi, graffi e punture di insetti o altri animali, esposizione ad allergeni pollinici, ecc.).

*** *** ***

CAPITOLO 2

INDICAZIONI RELATIVE AD AMBIENTI INDOOR PRIVATI

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti igienico-sanitari previsti per i locali privati in cui possono operare i lavoratori destinati a svolgere il lavoro agile.

***Raccomandazioni generali per i locali**:*

- le attività lavorative non possono essere svolte in locali tecnici o locali non abitabili (ad es. soffitte, seminterrati, rustici, box);

- adeguata disponibilità di servizi igienici e acqua potabile e presenza di impianti a norma (elettrico, termoidraulico, ecc.) adeguatamente manutenuti;

- le superfici interne delle pareti non devono presentare tracce di condensazione permanente (muffe);

- i locali, eccettuati quelli destinati a servizi igienici, disimpegni, corridoi, vani-scala e ripostigli debbono fruire di illuminazione naturale diretta, adeguata alla destinazione d'uso e, a tale scopo, devono avere una superficie finestrata idonea;

- i locali devono essere muniti di impianti di illuminazione artificiale, generale e localizzata, atti a garantire un adeguato comfort visivo agli occupanti.

Indicazioni per l'illuminazione naturale ed artificiale:

- si raccomanda, soprattutto nei mesi estivi, di schermare le finestre (ad es. con tendaggi, appropriato utilizzo delle tapparelle, ecc.) allo scopo di evitare l'abbagliamento e limitare l'esposizione diretta alle radiazioni solari;

- l'illuminazione generale e specifica (lampade da tavolo) deve essere tale da garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante.

- è importante collocare le lampade in modo tale da evitare abbagliamenti diretti e/o riflessi e la proiezione di ombre

che ostacolino il compito visivo mentre si svolge l'attività lavorativa.

***Indicazioni per l'aerazione naturale ed artificiale**:*

- è opportuno garantire il ricambio dell'aria naturale o con ventilazione meccanica;

- evitare di esporsi a correnti d'aria fastidiose che colpiscano una zona circoscritta del corpo (ad es. la nuca, le gambe, ecc.);

- gli eventuali impianti di condizionamento dell'aria devono essere a norma e regolarmente manutenuti; i sistemi filtranti dell'impianto e i recipienti eventuali per la raccolta della condensa, vanno regolarmente ispezionati e puliti e, se necessario, sostituiti;

- evitare di regolare la temperatura a livelli troppo alti o troppo bassi (a seconda della stagione) rispetto alla temperatura esterna;

- evitare l'inalazione attiva e passiva del fumo di tabacco, soprattutto negli ambienti chiusi, in quanto molto pericolosa per la salute umana.

*** *** ***

CAPITOLO 3

UTILIZZO SICURO DI ATTREZZATURE/DISPOSITIVI DI LAVORO

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di attrezzature/dispositivi di lavoro, con specifico riferimento a quelle consegnate ai lavoratori destinati a svolgere il lavoro agile: notebook, tablet e smartphone.

Indicazioni generali:

- conservare in luoghi in cui siano facilmente reperibili e consultabili il manuale/istruzioni per l'uso redatte dal fabbricante;

- leggere il manuale/istruzioni per l'uso prima dell'utilizzo dei dispositivi, seguire le indicazioni del costruttore/importatore e tenere a mente le informazioni riguardanti i principi di sicurezza;

- si raccomanda di utilizzare apparecchi elettrici integri, senza parti conduttrici in tensione accessibili (ad es. cavi di alimentazione con danni alla guaina isolante che rendano visibili i conduttori interni), e di interromperne immediatamente l'utilizzo in caso di emissione di scintille, fumo e/o odore di bruciato, provvedendo a spegnere l'apparecchio e disconnettere la spina dalla presa elettrica di alimentazione (se connesse);

- verificare periodicamente che le attrezzature siano integre e correttamente funzionanti, compresi i cavi elettrici e la spina di alimentazione;

- non collegare tra loro dispositivi o accessori incompatibili;

- effettuare la ricarica elettrica da prese di alimentazione integre e attraverso i dispositivi (cavi di collegamento, alimentatori) forniti in dotazione;

- disporre i cavi di alimentazione in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;

- spegnere le attrezzature una volta terminati i lavori;

- controllare che tutte le attrezzature/dispositivi siano scollegate/i dall'impianto elettrico quando non utilizzati, specialmente per lunghi periodi;

- si raccomanda di collocare le attrezzature/dispositivi in modo da favorire la loro ventilazione e raffreddamento (non coperti e con le griglie di aerazione non ostruite) e di astenersi dall'uso nel caso di un loro anomalo riscaldamento;

- inserire le spine dei cavi di alimentazione delle attrezzature/dispositivi in prese compatibili (ad es. spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine schuko in prese schuko). Utilizzare la presa solo se ben ancorata al muro e controllare che la spina sia completamente inserita nella presa a garanzia di un contatto certo ed ottimale;

- riporre le attrezzature in luogo sicuro, lontano da fonti di calore o di innesco, evitare di pigiare i cavi e di piegarli in corrispondenza delle giunzioni tra spina e cavo e tra cavo e connettore (la parte che serve per connettere l'attrezzatura al cavo di alimentazione);

- non effettuare operazioni di riparazione e manutenzione fai da te;

- lo schermo dei dispositivi è realizzato in vetro/cristallo e può rompersi in caso di caduta o a seguito di un forte urto. In caso di rottura dello schermo, evitare di toccare le schegge di vetro e non tentare di rimuovere il vetro rotto dal dispositivo; il dispositivo non dovrà essere usato fino a quando non sarà stato riparato;

- le batterie/accumulatori non vanno gettati nel fuoco (potrebbero esplodere), né smontati, tagliati, compressi, piegati, forati, danneggiati, manomessi, immersi o esposti all'acqua o altri liquidi;

- in caso di fuoriuscita di liquido dalle batterie/accumulatori, va evitato il contatto del liquido con la pelle o gli occhi; qualora si verificasse un contatto, la parte colpita va sciacquata immediatamente con abbondante acqua e va consultato un medico;

- segnalare tempestivamente al datore di lavoro eventuali malfunzionamenti, tenendo le attrezzature/dispositivi spenti e scollegati dall'impianto elettrico;

- è opportuno fare periodicamente delle brevi pause per distogliere la vista dallo schermo e sgranchirsi le gambe;

- è bene cambiare spesso posizione durante il lavoro anche sfruttando le caratteristiche di estrema maneggevolezza di tablet e smartphone, tenendo presente la possibilità di alternare la posizione eretta con quella seduta;

- prima di iniziare a lavorare, orientare lo schermo verificando che la posizione rispetto alle fonti di luce naturale e artificiale sia tale da non creare riflessi fastidiosi (come ad es. nel caso in cui l'operatore sia posizionato con le spalle rivolte ad una finestra non adeguatamente schermata o sotto un punto luce a soffitto) o abbagliamenti (ad es. evitare di sedersi di fronte ad una finestra non adeguatamente schermata);

- in una situazione corretta lo schermo è posto perpendicolarmente rispetto alla finestra e ad una distanza tale da evitare riflessi e abbagliamenti;

- i notebook, tablet e smartphone hanno uno schermo con una superficie molto riflettente (schermi lucidi o glossy) per garantire una resa ottimale dei colori; tenere presente che l'utilizzo di tali schermi può causare affaticamento visivo e pertanto:

- *regolare la luminosità e il contrasto sullo schermo in modo ottimale;*
- *durante la lettura, distogliere spesso lo sguardo dallo schermo per fissare oggetti lontani, così come si fa quando si lavora normalmente al computer fisso;*
- *in tutti i casi in cui i caratteri sullo schermo del dispositivo mobile siano troppo piccoli, è importante ingrandire i caratteri a schermo e utilizzare la funzione zoom per non affaticare gli occhi;*
- *non lavorare mai al buio.*

<u>Indicazioni per il lavoro con il notebook</u>

In caso di attività che comportino la redazione o la revisione di lunghi testi, tabelle o simili è opportuno l'impiego del notebook con le seguenti raccomandazioni:

- sistemare il notebook su un idoneo supporto che consenta lo stabile posizionamento dell'attrezzatura e un comodo

appoggio degli avambracci;

- il sedile di lavoro deve essere stabile e deve permettere una posizione comoda. In caso di lavoro prolungato, la seduta deve avere bordi smussati;

- è importante stare seduti con un comodo appoggio della zona lombare e su una seduta non rigida (eventualmente utilizzare dei cuscini poco spessi);

- durante il lavoro con il notebook, la schiena va mantenuta poggiata al sedile provvisto di supporto per la zona lombare, evitando di piegarla in avanti;

- mantenere gli avambracci, i polsi e le mani allineati durante l'uso della tastiera, evitando di piegare o angolare i polsi;

- è opportuno che gli avambracci siano appoggiati sul piano e non tenuti sospesi;

- utilizzare un piano di lavoro stabile, con una superficie a basso indice di riflessione, con altezza sufficiente per permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori, in grado di consentire cambiamenti di posizione nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli, se presenti, e permettere una disposizione comoda del dispositivo (notebook), dei documenti e del materiale accessorio;

- l'altezza del piano di lavoro e della seduta devono essere tali da consentire all'operatore in posizione seduta di avere gli angoli braccio/avambraccio e gamba/coscia ciascuno a circa 90°;

- la profondità del piano di lavoro deve essere tale da assicurare una adeguata distanza visiva dallo schermo;

- in base alla statura, e se necessario per mantenere un angolo di 90° tra gamba e coscia, creare un poggiapiedi con un oggetto di dimensioni opportune.

In caso di uso su mezzi di trasporto (treni/aerei/ navi) in qualità di passeggeri o in locali pubblici:

- è possibile lavorare in un locale pubblico o in viaggio solo ove le condizioni siano sufficientemente confortevoli ed ergonomiche, prestando particolare attenzione alla comodità della seduta, all'appoggio lombare e alla posizione delle braccia rispetto al tavolino di appoggio;

- evitare lavori prolungati nel caso l'altezza della seduta sia troppo bassa o alta rispetto al piano di appoggio del notebook;

- osservare le disposizioni impartite dal personale viaggiante (autisti, controllori, personale di volo, ecc.);

- nelle imbarcazioni il notebook è utilizzabile solo nei casi in cui sia possibile predisporre una idonea postazione di lavoro al chiuso e in assenza di rollio/beccheggio della nave;

- se fosse necessario ricaricare, e se esistono prese elettriche per la ricarica dei dispositivi mobili a disposizione dei clienti, verificare che la presa non sia danneggiata e che sia normalmente ancorata al suo supporto parete;

- non utilizzare il notebook su autobus/tram, metropolitane, taxi e in macchina anche se si è passeggeri.

Indicazioni per il lavoro con tablet e smartphone

I tablet sono idonei prevalentemente alla gestione della posta elettronica e della documentazione, mentre gli smartphone sono idonei essenzialmente alla gestione della posta elettronica e alla lettura di brevi documenti.

In caso di impiego di tablet e smartphone si raccomanda di:

- effettuare frequenti pause, limitando il tempo di digitazione continuata;

- evitare di utilizzare questi dispositivi per scrivere lunghi testi;

- evitare di utilizzare tali attrezzature mentre si cammina, salvo che per rispondere a chiamate vocali prediligendo l'utilizzo dell'auricolare;

- per prevenire l'affaticamento visivo, evitare attività prolungate di lettura sullo smartphone;

- effettuare periodicamente esercizi di allungamento dei muscoli della mano e del pollice (stretching).

Indicazioni per l'utilizzo sicuro dello smartphone come telefono cellulare

- È bene utilizzare l'auricolare durante le chiamate, evitando di tenere il volume su livelli elevati;

- spegnere il dispositivo nelle aree in cui è vietato l'uso di telefoni cellulari/smartphone o quando può causare interferenze o situazioni di pericolo (in aereo, strutture sanitarie, luoghi a rischio di incendio/esplosione, ecc.);

- al fine di evitare potenziali interferenze con apparecchiature mediche impiantate seguire le indicazioni del medico competente e le specifiche indicazioni del produttore/importatore dell'apparecchiatura.

I dispositivi potrebbero interferire con gli apparecchi acustici. A tal fine:

- non tenere i dispositivi nel taschino;

- in caso di utilizzo posizionarli sull'orecchio opposto rispetto a quello su cui è installato l'apparecchio acustico;

- evitare di usare il dispositivo in caso di sospetta interferenza;

- un portatore di apparecchi acustici che usasse l'auricolare collegato al telefono/smartphone potrebbe avere difficoltà nell'udire i suoni dell'ambiente circostante. Non usare l'auricolare se questo può mettere a rischio la propria e l'altrui sicurezza.

Nel caso in cui ci si trovi all'interno di un veicolo:

- non tenere mai in mano il telefono cellulare/smartphone durante la guida: le mani devono essere sempre tenute libere per poter condurre il veicolo;

- durante la guida usare il telefono cellulare/smartphone esclusivamente con l'auricolare o in modalità viva voce;

- inviare e leggere i messaggi solo durante le fermate in area di sosta o di servizio o se si viaggia in qualità di passeggeri;

- non tenere o trasportare liquidi infiammabili o materiali esplosivi in prossimità del dispositivo, dei suoi componenti o dei suoi accessori;

- non utilizzare il telefono cellulare/smartphone nelle aree di distribuzione di carburante;

- non collocare il dispositivo nell'area di espansione dell'airbag.

*** *** ***

CAPITOLO 4

INDICAZIONI RELATIVE A REQUISITI E CORRETTO UTILIZZO DI IMPIANTI ELETTRICI

Indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di impianti elettrici, apparecchi/dispositivi elettrici utilizzatori, dispositivi di connessione elettrica temporanea.

Impianto elettrico

A. Requisiti:

1) i componenti dell'impianto elettrico utilizzato (prese, interruttori, ecc.) devono apparire privi di parti danneggiate;

2) le sue parti conduttrici in tensione non devono essere accessibili (ad es. a causa di scatole di derivazione prive di coperchio di chiusura o con coperchio danneggiato, di scatole per prese o interruttori prive di alcuni componenti, di canaline portacavi a vista prive di coperchi di chiusura o con coperchi danneggiati);

3) le parti dell'impianto devono risultare asciutte, pulite e non devono prodursi scintille, odori di bruciato e/o fumo;

4) nel caso di utilizzo della rete elettrica in locali privati, è necessario conoscere l'ubicazione del quadro elettrico e la

funzione degli interruttori in esso contenuti per poter disconnettere la rete elettrica in caso di emergenza;

B. Indicazioni di corretto utilizzo:

- è buona norma che le zone antistanti i quadri elettrici, le prese e gli interruttori siano tenute sgombre e accessibili;

- evitare di accumulare o accostare materiali infiammabili (carta, stoffe, materiali sintetici di facile innesco, buste di plastica, ecc.) a ridosso dei componenti dell'impianto, e in particolare delle prese elettriche a parete, per evitare il rischio di incendio;

- è importante posizionare le lampade, specialmente quelle da tavolo, in modo tale che non vi sia contatto con materiali infiammabili.

Dispositivi di connessione elettrica temporanea

(prolunghe, adattatori, prese a ricettività multipla, avvolgicavo, ecc.).

A. Requisiti:

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea devono essere dotati di informazioni (targhetta) indicanti almeno la tensione nominale (ad es. 220-240 Volt), la corrente nominale (ad es. 10 Ampere) e la potenza massima ammissibile (ad es. 1500 Watt);

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea che si intende utilizzare devono essere integri (la guaina del cavo, le prese e le spine non devono essere danneggiate), non avere parti conduttrici scoperte (a spina inserita), non devono emettere scintille, fumo e/o odore di bruciato durante il funzionamento.

B. Indicazioni di corretto utilizzo:

- l'utilizzo di dispositivi di connessione elettrica temporanea deve essere ridotto al minimo indispensabile e preferibilmente solo quando non siano disponibili punti di alimentazione più vicini e idonei;

- le prese e le spine degli apparecchi elettrici, dei dispositivi di connessione elettrica temporanea e dell'impianto elettrico devono essere compatibili tra loro (spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine schuko in prese schuko) e, nel funzionamento, le spine devono essere inserite completamente nelle prese, in modo da evitare il danneggiamento delle prese e garantire un contatto certo;

- evitare di piegare, schiacciare, tirare prolunghe, spine, ecc.;

- disporre i cavi di alimentazione e/o le eventuali prolunghe con attenzione, in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;

- verificare sempre che la potenza ammissibile dei dispositivi di connessione elettrica temporanea (ad es. presa multipla con 1500 Watt) sia maggiore della somma delle potenze assorbite dagli apparecchi elettrici collegati (ad es. PC 300 Watt + stampante 1000 Watt);

- fare attenzione a che i dispositivi di connessione elettrica temporanea non risultino particolarmente caldi durante il loro funzionamento;

- srotolare i cavi il più possibile o comunque disporli in modo tale da esporre la maggiore superficie libera per smaltire il calore prodotto durante il loro impiego.

CAPITOLO 5

INFORMATIVA RELATIVA AL RISCHIO INCENDI PER IL LAVORO "AGILE"

***Indicazioni generali**:*

- identificare il luogo di lavoro (indirizzo esatto) e avere a disposizione i principali numeri telefonici dei soccorsi nazionali e locali (VVF, Polizia, ospedali, ecc.);

- prestare attenzione ad apparecchi di cottura e riscaldamento dotati di resistenza elettrica a vista o a fiamma libera (alimentati a combustibili solidi, liquidi o gassosi) in quanto possibili focolai di incendio e di rischio ustione. Inoltre, tenere presente che questi ultimi necessitano di adeguati ricambi d'aria per l'eliminazione dei gas combusti;
- rispettare il divieto di fumo laddove presente;
- non gettare mozziconi accesi nelle aree a verde all'esterno, nei vasi con piante e nei contenitori destinati ai rifiuti;
- non ostruire le vie di esodo e non bloccare la chiusura delle eventuali porte tagliafuoco.

***Comportamento per principio di incendio**:*
- mantenere la calma;
- disattivare le utenze presenti (PC, termoconvettori, apparecchiature elettriche) staccandone anche le spine;
- avvertire i presenti all'interno dell'edificio o nelle zone circostanti outdoor, chiedere aiuto e, nel caso si valuti l'impossibilità di agire, chiamare i soccorsi telefonicamente (VVF, Polizia, ecc.), fornendo loro cognome, luogo dell'evento, situazione, affollamento, ecc.;

- se l'evento lo permette, in attesa o meno dell'arrivo di aiuto o dei soccorsi, provare a spegnere l'incendio attraverso i mezzi di estinzione presenti (acqua[1], coperte[2], estintori[3], ecc.);- non utilizzare acqua per estinguere l'incendio su apparecchiature o parti di impianto elettrico o quantomeno prima di avere disattivato la tensione dal quadro elettrico;
- se non si riesce ad estinguere l'incendio, abbandonare il luogo dell'evento (chiudendo le porte dietro di sé ma non a chiave) e aspettare all'esterno l'arrivo dei soccorsi per fornire indicazioni;
- se non è possibile abbandonare l'edificio, chiudersi all'interno di un'altra stanza tamponando la porta con panni umidi, se disponibili, per ostacolare la diffusione dei fumi all'interno, aprire la finestra e segnalare la propria presenza.
Nel caso si svolga lavoro agile in luogo pubblico o come ospiti in altro luogo di lavoro privato è importante:
- accertarsi dell'esistenza di divieti e limitazioni di esercizio imposti dalle strutture e rispettarli;
- prendere visione, soprattutto nel piano dove si è collocati, delle piantine particolareggiate a parete, della dislocazione dei mezzi antincendio, dei pulsanti di allarme, delle vie di esodo;
- visualizzare i numeri di emergenza interni che sono in genere riportati sulle piantine a parete (addetti lotta

[1] È idonea allo spegnimento di incendi di manufatti in legno o in stoffa ma non per incendi che originano dall'impianto o da attrezzature elettriche.
[2]In caso di principi di incendio dell'impianto elettrico o di altro tipo (purché si tratti di piccoli focolai) si possono utilizzare le coperte ignifughe o, in loro assenza, coperte di lana o di cotone spesso (evitare assolutamente materiali sintetici o di piume come i *pile* e i piumini) per soffocare il focolaio (si impedisce l'arrivo di ossigeno alla fiamma). Se particolarmente piccolo il focolaio può essere soffocato anche con un recipiente di metallo (ad es. un coperchio o una pentola di acciaio rovesciata).
[3]ESTINTORI A POLVERE (ABC)
Sono idonei per spegnere i fuochi generati da sostanze solide che formano brace (fuochi di classe A), da sostanze liquide (fuochi di classe B) e da sostanze gassose (fuochi di classe C). Gli estintori a polvere sono utilizzabili per lo spegnimento dei principi d'incendio di ogni sostanza anche in presenza d'impianti elettrici in tensione.
ESTINTORI AD ANIDRIDE CARBONICA (CO_2)
Sono idonei allo spegnimento di sostanze liquide (fuochi di classe B) e fuochi di sostanze gassose (fuochi di classe C); possono essere usati anche in presenza di impianti elettrici in tensione. Occorre prestare molta attenzione all'eccessivo raffreddamento che genera il gas: ustione da freddo alle persone e possibili rotture su elementi caldi (ad es.: motori o parti metalliche calde potrebbero rompersi per eccessivo raffreddamento superficiale). Non sono indicati per spegnere fuochi di classe A (sostanze solide che formano brace). A causa dell'elevata pressione interna l'estintore a CO_2 risulta molto più pesante degli altri estintori a pari quantità di estinguente.
ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DELL'ESTINTORE
- sganciare l'estintore dall'eventuale supporto e porlo a terra;
- rompere il sigillo ed estrarre la spinetta di sicurezza;
- impugnare il tubo erogatore o manichetta;
- con l'altra mano, impugnata la maniglia dell'estintore, premere la valvola di apertura;
- dirigere il getto alla base delle fiamme premendo la leva prima ad intermittenza e poi con maggiore progressione;
- iniziare lo spegnimento delle fiamme più vicine a sé e solo dopo verso il focolaio principale.

ASL Bari
PugliaSalute

antincendio/emergenze/coordinatore per l'emergenza, ecc.);

- leggere attentamente le indicazioni scritte e quelle grafiche riportate in planimetria;

- rispettare il divieto di fumo;

- evitare di creare ingombri alla circolazione lungo le vie di esodo;

- segnalare al responsabile del luogo o ai lavoratori designati quali addetti ogni evento pericoloso, per persone e cose, rilevato nell'ambiente occupato.

*** *** ***

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa al fine di indicare in quali dei diversi scenari lavorativi dovranno trovare applicazione le informazioni contenute nei cinque capitoli di cui sopra.

Scenario lavorativo	***Attrezzatura utilizzabile***	***Capitoli da applicare***				
		1	***2***	***3***	***4***	***5***
1. Lavoro agile in locali privati al chiuso	*Smartphone Auricolare Tablet Notebook*		***X***	***X***	***X***	***X***
2. Lavoro agile in locali pubblici al chiuso	*Smartphone Auricolare Tablet Notebook*			***X***	***X***	***X***
3. Lavoro agile nei trasferimenti, su mezzi privati come passeggero o su autobus/tram, metropolitane e taxi	*Smartphone Auricolare*			***X***		
4. Lavoro agile nei trasferimenti su mezzi sui quali sia assicurato il posto a sedere e con tavolino di appoggio quali aerei, treni, autolinee extraurbane, imbarcazioni (traghetti e similari)	*Smartphone Auricolare Tablet Notebook*			***X***	***X***	
5. Lavoro agile nei luoghi all'aperto	*Smartphone Auricolare Tablet Notebook*	***X***		***X***		***X***

Con la sottoscrizione del presente documento, il lavoratore attesta di aver preso conoscenza in modo puntuale del contenuto del medesimo e il Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza di averne condiviso pienamente il contenuto attraverso la pubblicazione del presente documento nel provvedimento deliberativo n. 289 del 09/03/2020

Data, _____

Firma del Direttore e/o Dirigente della Struttura di Appartenenza

_____

Firma del Lavoratore che accetta il lavoro agile

_____

*** *** *** *** *** ****** *** ***

Oltre al predetto regolamento temporaneo, gli strumenti risultati utili per la gestione della fase emergenziale, sono stati sia un sistema per la rilevazione della presenza in remoto che una procedura autorizzatoria informatica estremamente snella.

Con successive note **prot. nn. 57628/2020** e **14346/2020**, l'Azienda ha impartito ulteriori disposizioni volte ad ampliare e garantire il ricorso al lavoro agile in ragione delle modifiche normative rapidamente susseguitesi, che hanno previsto lo stesso quale modalità ordinaria di svolgimento delle prestazioni. In particolare, con la prima direttiva, il personale medico, afferente a talune Unità Operative, qualora non già utilizzato nelle strutture di Pronto Soccorso, è stato posto in lavoro agile nelle ore diurne (assicurando consulenze telefoniche agli utenti e partecipando a videoconferenze) e in reperibilità specialistica notturna. Inoltre tutto il personale delle direzioni mediche e amministrative di presidio nonché di tutte le funzioni amministrative ha prestato la propria attività, qualora possibile, preferenzialmente con la modalità di lavoro agile.

Anche in ragione dello *smart working,* con nota **prot. n. 62401** del 03/04/2020 e successive indicazioni, è stata disposta la sospensione, fino al 31/12/2020, delle procedure aziendali per il recupero automatico del debito orario; è in corso di valutazione un'ulteriore proroga della predetta sospensione fino al permanere dello stato di emergenza.

Con circolare **prot. n. 42178/2020** del 29 luglio 2020, si è previsto che tutti i Direttori di macrostruttura procedessero ad effettuare una mappatura interna, anche con mezzi informali, di quelle attività che, in base alla dimensione organizzativa e funzionale e alle peculiarità del servizio reso, potessero essere svolte in modalità agile, con l'individuazione del personale da assegnare a quest'ultima preservando in prima istanza la regolare erogazione dei livelli essenziali di assistenza e il servizio reso nei confronti della collettività. Inoltre è stato specificato che la percentuale del 50% imposta dalla legge non doveva ritenersi vincolante per gran parte delle attività svolte negli Ospedali e nelle strutture sanitarie che erogano assistenza rappresentando pertanto tale percentuale un principio ispiratore non cogente.

In relazione alle disposizioni del sopracitato Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19",* convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, che, come indicato in premessa, all'art.263 comma 4-bis introduce il P.O.L.A., l'Azienda nell'ottica dello sviluppo del lavoro agile quale metodo ordinario di erogazione della prestazione da parte del lavoratore, con **D.D.G. n. 135 del 28 gennaio 2021** approva il Piano Organizzativo

Lavoro Agile ed il suo programma di sviluppo per gli anni 2021 -2023.

Nonostante ciò, per via del perdurare dello stato di emergenza, l'Azienda con **nota prot. n. 7044/2021** del 2 febbraio 2021 proroga fino al 30/04/2021 l'applicazione del lavoro agile con le misure semplificate di cui all'art. 87 c.1, lett.b) del D.L. n.18/2020, convertito in legge 24/04/2020 n.27.

Successivamente, come anticipato nell'evoluzione normativa, con l'art.1 del Decreto-legge 30 aprile 2021 n.56, il Governo è intervenuto disponendo che le pubbliche amministrazioni organizzano il lavoro dei propri dipendenti applicando il lavoro agile con le misure semplificate di cui all'art. 87 c.1, lett.b) del D.L. n.18/2020 sino al 31/12/2021, a condizione che l'erogazione dei servizi rivolti ai cittadini ed imprese avvenga con regolarità, continuità ed efficienza e nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla norma vigente. Conseguentemente l'Azienda con **nota prot. n. 30550/2021** del 6 maggio 2021 dispone l'applicazione del lavoro agile nelle modalità sopra descritte impegnando i Direttori di Macrostruttura, Area, Distretto, Dipartimento e per loro tramite i Dirigenti di UOC, UOS, UOSVD ad autorizzare il personale che ne faccia richiesta alla modalità di lavoro agile verificando le attività da espletare e la corretta erogazione dei servizi.

ASL Bari
PugliaSalute

1.1.3. Il lavoro agile nell'ASL Bari

L'esperienza del Lavoro Agile nell'ASL Bari durante il periodo gennaio - dicembre 2021, ha fatto registrare i seguenti risultati sulla base dei dati elaborati dall'U.O.A.S.S.I. e riguardanti i dipendenti dell'Azienda rilevati nell'anno 2021:

Ruolo	Dirigenza/ Comparto	n. Dipendenti			n. Dipendenti autorizzati al LA			% n. Dipendenti autorizzati al LA/ n.Dipendenti			tot. Giornate lavorative dal 01/01/2021 al 31/12/2021	tot. Giornate lavorative in LA			% Giornate lavorative in LA/Giornate lavorative
		F	M	Tot.	F	M	Tot.	F	M	Tot.	255	F	M	Tot.	%
Ruolo Amministrativo	Comparto	446	327	773	122	64	186	27%	20%	24%	47.430	5.971	3.261	9.232	19%
	Dirigenza	14	16	30	7	4	11	50%	25%	37%	2.805	259	33	292	10%
	Tot. Parz	**460**	**343**	**803**	**129**	**68**	**197**	**28%**	**20%**	**25%**	**50.235**	**6.230**	**3.294**	**9.524**	**19%**
Ruolo Professionale	Comparto	1	1	2	-	1	1	-	100%	50%	255	-	71	71	28%
	Dirigenza	4	7	11	2	1	3	50%	14%	27%	765	2	15	17	2%
	Tot. Parz	**5**	**8**	**13**	**2**	**2**	**4**	**40%**	**25%**	**31%**	**1.020**	**2**	**86**	**88**	**9%**
Ruolo Sanitario	RS Altro Pers. Di comparto	765	254	1.019	145	25	170	19%	10%	17%	43.350	5.143	694	5.837	13%
	RS Pers. Comparto Infermieri	2.773	1.084	3.857	35	10	45	1%	1%	1%	11.475	1.880	350	2.230	19%
	RS Pers. Tecnico Sanitario	205	185	390	1	-	1	0%	0%	0%	255	41	-	41	16%
	Dirigenza Medica	893	875	1.768	35	15	50	4%	2%	3%	12.750	1.049	512	1.561	12%
	Dirigenza Sanitaria non Medica	239	47	286	49	3	52	21%	6%	18%	13.260	2.498	274	2.772	21%
	Tot. Parz	**4.875**	**2.445**	**7.320**	**265**	**53**	**318**	**5%**	**2%**	**4%**	**81.090**	**10.611**	**1.830**	**12.441**	**15%**
Ruolo Tecnico	Comparto	855	846	1.701	69	30	99	8%	4%	6%	25.245	3.812	1.836	5.648	22%
	Dirigenza	3	6	9	2	5	7	67%	83%	78%	1.785	123	81	204	11%
	Tot. Parz	**858**	**852**	**1.710**	**71**	**35**	**106**	**8%**	**4%**	**6%**	**27.030**	**3.935**	**1.917**	**5.852**	**22%**
Totale complessivo		**6.198**	**3.648**	**9.846**	**467**	**158**	**625**	**8%**	**4%**	**6%**	**159.375**	**20.778**	**7.127**	**27.905**	**18%**

Dall'analisi del report su indicato, si evince che:

- In riferimento alla colonna "% n. Dipendenti autorizzati al lavoro agile/n. Dipendenti", la tipologia di personale maggiormente coinvolta nel espletamento del lavoro agile è quella relativa al Ruolo Amministrativo (25% del totale del numero dei dipendenti di riferimento), e, anche se con una bassa incidenza relativamente al numero assoluto di dipendenti, quello Professionale (Comparto 50% del totale del numeri di dipendenti di riferimento; Dirigenza 27% del totale del numero dei dirigenti di riferimento) nonché alla Dirigenza Tecnica (78% del totale del numero dei dirigenti di riferimento). Solo una minima parte del personale sanitario e medico si è avvalso, naturalmente, del lavoro agile nel corso del 2021. Nel dettaglio, i CPS infermieri e i dirigenti medici che hanno svolto la propria attività in regime di lavoro agile sono risultati rispettivamente il 1% e 3% del totale del numero dei dipendenti di riferimento. La differenza di percentuale del personale dei ruoli amministrativo, professionale e della dirigenza tecnica che ha svolto il proprio servizio in lavoro agile rispetto al personale sanitario è dovuta alle peculiarità delle attività di assistenza sanitaria erogate dall'Azienda che devono essere necessariamente fornite in presenza.

Da una più approfondita analisi dei dati sopra riportati, emerge che nel ruolo amministrativo il personale che ha fatto più ricorso al lavoro agile è stato quello di sesso femminile (27% rispetto al 20% di quello maschile); anche nel ruolo sanitario (personale non infermieristico), sono le lavoratrici ad aver usufruito della modalità in lavoro agile in una percentuale maggiore rispetto a quella dei dipendenti di sesso maschile (19% vs 10%).

- Per quanto attiene alla colonna "% Giornate lavorative in LA/ Giornate lavorative", emerge che sono state svolte in lavoro agile rispettivamente il 19% delle giornate lavorative dovute dal personale amministrativo, il 9% da quello professionale e il 22% dal personale del ruolo tecnico. Per quanto riguarda il personale sanitario si elencano di seguito le percentuali delle giornate lavorative espletate in lavoro agile: il 13% da parte del personale del comparto sanitario non infermieristico, il 16% da parte del personale tecnico sanitario, il 12% da parte della dirigenza medica e il 19% da parte degli infermieri.
- Complessivamente la percentuale di personale autorizzato al lavoro agile è stata pari al 6%. Più precisamente il personale che ha fatto più ricorso al lavoro agile è stato quello di sesso femminile (8% rispetto al 4% di quello maschile). Il ricorso a tale modalità di lavoro ha riguardato il 18% del totale delle giornate lavorative.

1.2. Salute professionale

- ***Formazione***

Nel corso dell'anno 2021, visto il perdurare dello stato di emergenza, non sono stati organizzati eventi formativi in tema di lavoro agile e digitalizzazione delle competenze.

Tuttavia nel corso dell'anno 2020 si è tenuto un corso di formazione in due edizioni (6 ottobre – 3 novembre) in modalità FAD rispettivamente rivolti alla dirigenza e al personale di comparto per complessivi n. 200 dipendenti, dal titolo "*Lo smart working prima, durante e dopo l'emergenza epidemiologica*" a cui hanno partecipato n. 38 Dirigenti e n. 38 personale di comparto.

- ***Organizzazione***

Per quanto attiene all'approccio dell'organizzazione per obiettivi, per progetti, per processi si rileva che, con il suddetto Regolamento temporaneo per l'adozione del lavoro agile di cui alla D.D.G. n. 289 del 2020, è stato introdotto un modello di accettazione obiettivi specifici con cui il Direttore/Dirigente della struttura affida al lavoratore beneficiario del lavoro agile specifici obiettivi e compiti da espletare nell'ambito del periodo di lavoro agile in modo da poter misurare e verificare l'effettuazione della prestazione *smart*. Tale approccio per obiettivi è stato mantenuto anche durante l'attività di lavoro agile effettuato nel 2021.

- ***Digitalizzazione***

Considerato il contesto emergenziale, i dipendenti posti in lavoro agile hanno svolto la propria attività avvalendosi di strumenti tecnologici propri (PC e rete internet) nonché di sistemi informativi e informatici messi a disposizione dall'Azienda.

ASL Bari
PugliaSalute

2. PARTE II - Modalità attuative

2.1. Misure organizzative

L'Azienda, con il supporto del Comitato Unico di Garanzia, ha avviato nel 2021 una mappatura delle attività ovvero una ricognizione dei processi di lavoro che, in base alla dimensione organizzativa e funzionale, possono essere svolti con modalità agile, coinvolgendo tutti i Direttori di Macrostruttura, Area, Distretto e Dipartimento e ciò al fine di consentire, ove possibile, ad una percentuale massima del 15% dei dipendenti che lo richiedano, di svolgere le suddette attività in modalità agile.

Si riportano di seguito i processi la cui mappatura risulta già avviata dal C.U.G..

Categoria Processo
Adempimenti normativi diversi
Altre relazioni esterne
Approvvigionamento di servizi e forniture
Appropriatezza, qualità e sicurezza
Arbitrato e contenzioso
Assistenza farmaceutica
Assistenza sanitaria territoriale
Aspetti economici, finanziari ed efficienza operativa
Attività di controllo
Attività di programmazione e pianificazione
Attività regolamentare
Attività di rete sul territorio
Capacità di governo della domanda sanitaria
Coordinamento, partecipazione e supporto tecnico a organismi, commissioni e consulte
Formazione/Aggiornamento Professionale
Formulazione di indirizzi generali, accordi, intese
Formulazione e proposta PDTA
Gestione contabile e finanziaria
Gestione dei flussi documentali
Gestione interna dell'Ente
Modifica procedure interne alla struttura
Monitoraggio a distanza pazienti/utenti
Prevenzione
Sanità digitale
Report attività di ricerca
Stipula contratti
Studio, monitoraggio e raccolta dati
Tutela e valorizzazione beni demaniali e patrimoniali

I Direttori di Struttura complessa hanno rilevato, con riferimento alle funzioni formalmente assegnate alle strutture dai vigenti atti di organizzazione dell'Azienda, i processi e le attività

compatibili con il lavoro agile da assegnare ai lavoratori tramite apposite schede.

FUNZIONE	PROCESSO	TIPOLOGIA DI PROCESSO	COMPATIBILITA' CON LAVORO AGILE		CRITICITA' ORGANIZZATIVE E/O TECNICO-OPERATIVE (solo per attività non compatibili o non pienamente compatibili con il lavoro agile)	SOLUZIONI SPERIMENTATE / DA PROGRAMMARE
			TOTALE	PARZIALE		

Esempio scheda di valutazione di processi e attività compatibili con il lavoro agile Fonte: C.U.G.
Fonte: C.U.G.

SCHEDA PER IL MONITORAGGIO LAVORO AGILE

Periodo dal _____ al _____

Cognome e Nome	
In servizio presso: (Dipartim./Ufficio/Servizio)	
Responsabile Servizio	

Giornate programmate n. /mese n° _____
Giornate fruite n. /mesi n° _____

OBIETTIVI DI SMART WORKING (condivisi con Direttore/Responsabile Struttura/Servizio)	Attività assegnata/programmata	Attività realizzate	Indicatore di risultato	Eventuali scostamenti/criticità	Note a cura della/del lavoratrice/lavoratore
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

Data, _____ *La/il lavoratrice/lavoratore*

Esempio scheda di monitoraggio
Fonte: C.U.G.

ASL Bari
PugliaSalute

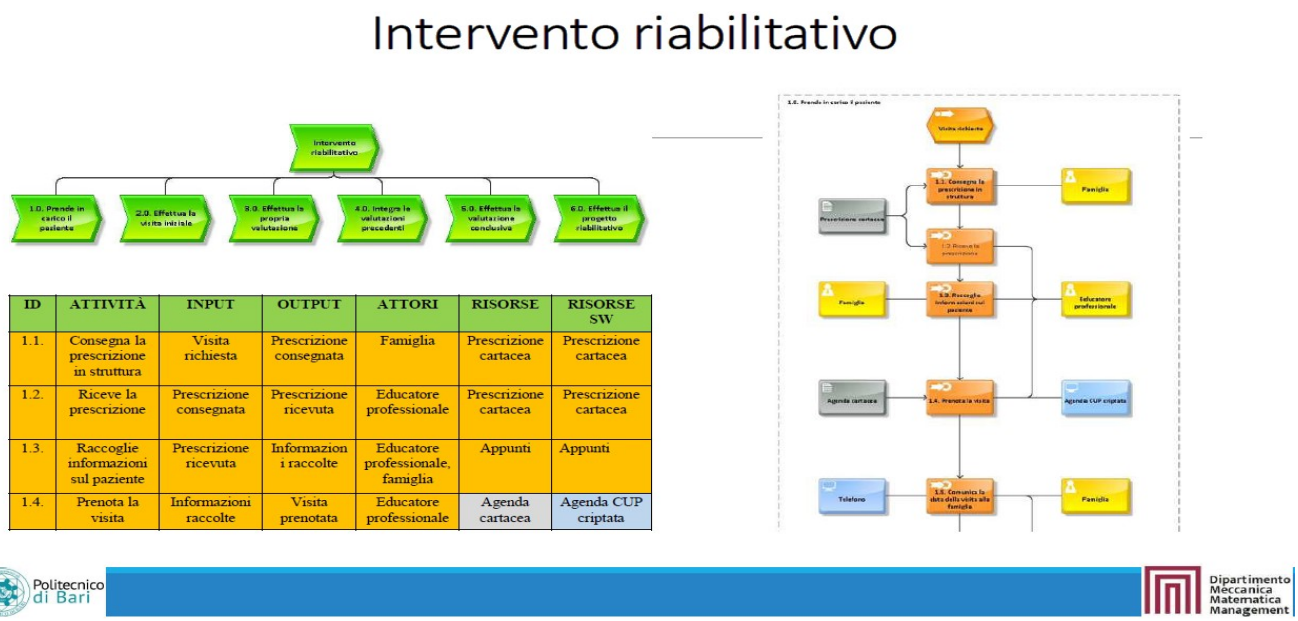
2.2. Accordo di Networking *S.M.A.R.T.@pulia* Spazi e Modelli Agili per una Rete Territoriale in Puglia: Progetto "Il Lavoro Agile in ASL Bari - Stato di adozione e sviluppi futuri"

Nell'ambito dell'accordo di Networking di cui alla D.D.G. n. 1194 del 14 settembre 2020, l'Azienda ha avviato nel 2021, con il supporto del C.U.G. e del Politecnico di Bari un progetto sperimentale per una innovativa mappatura dei processi al fine di individuare le attività che possono essere svolte secondo le modalità di lavoro agile nell'ASL Bari. Il progetto ha avuto come scopo lo sviluppo di un ***framework*** concettuale per misurare la *smart working readiness*[4] di un processo organizzativo.

I processi selezionati per l'analisi sono stati:

- **Intervento Riabilitativo** - Unità operativa Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA);
- **Rinnovo incarico dirigenziale** - Area Gestione Risorse Umane (AGRU).

Attraverso il metodo induttivo è stata effettuata una ricostruzione delle modalità di svolgimento dei *processi as-is*[5]. Sono state individuate le attività, le risorse coinvolte, le dipendenze fra attività, e i meccanismi di coordinamento nei processi ed è stato rilevato lo stato di implementazione del Lavoro Agile ed le eventuali relative criticità.



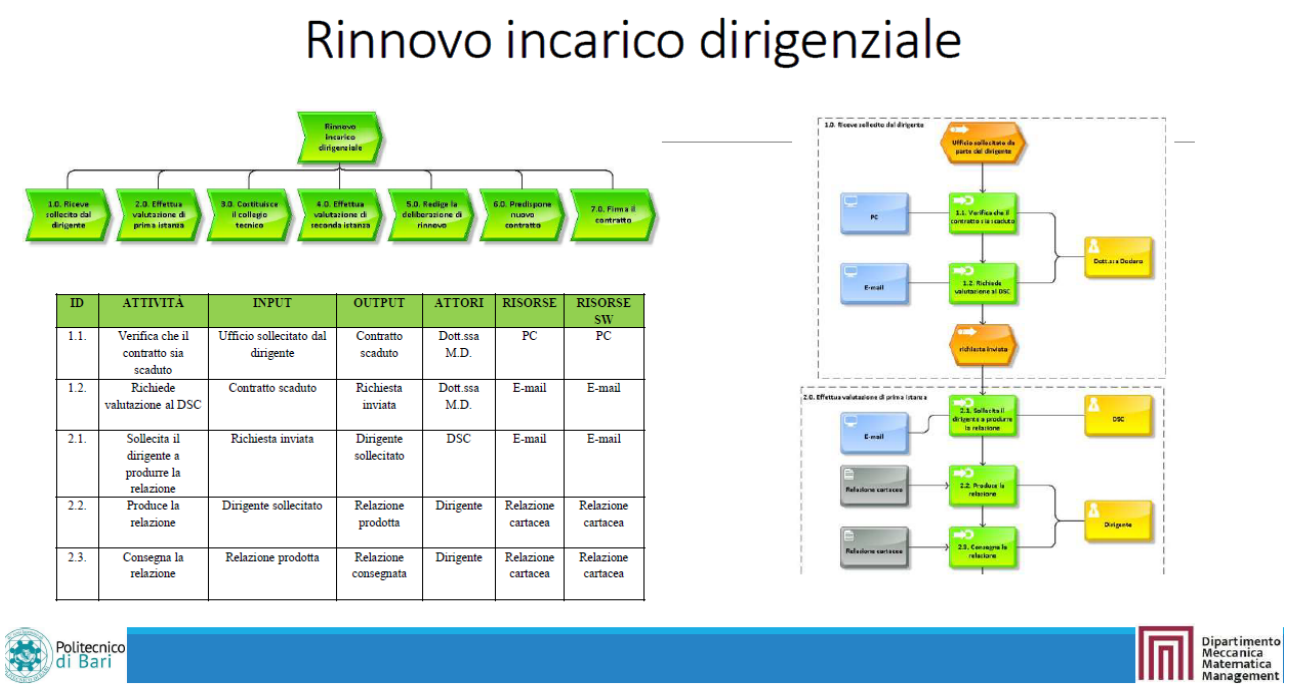
ID	ATTIVITÀ	INPUT	OUTPUT	ATTORI	RISORSE	RISORSE SW
1.1.	Consegna la prescrizione in struttura	Visita richiesta	Prescrizione consegnata	Famiglia	Prescrizione cartacea	Prescrizione cartacea
1.2.	Riceve la prescrizione	Prescrizione consegnata	Prescrizione ricevuta	Educatore professionale	Prescrizione cartacea	Prescrizione cartacea
1.3.	Raccoglie informazioni sul paziente	Prescrizione ricevuta	Informazioni raccolte	Educatore professionale, famiglia	Appunti	Appunti
1.4.	Prenota la visita	Informazioni raccolte	Visita prenotata	Educatore professionale	Agenda cartacea	Agenda CUP criptata

Politecnico di Bari — Dipartimento Meccanica Matematica Management

Analisi as is del processo di intervento riabilitativo
Fonte: Politecnico di Bari

[4] Indicatore che esprime la capacità di una organizzazione di svolgere una attività da remoto. Esso può assumere valori compresi fra zero e uno.

[5] Nell'ambito di gestione aziendale, è una analisi effettuata per indicare lo stato attuale dei processi aziendali



ID	ATTIVITÀ	INPUT	OUTPUT	ATTORI	RISORSE	RISORSE SW
1.1.	Verifica che il contratto sia scaduto	Ufficio sollecitato dal dirigente	Contratto scaduto	Dott.ssa M.D.	PC	PC
1.2.	Richiede valutazione al DSC	Contratto scaduto	Richiesta inviata	Dott.ssa M.D.	E-mail	E-mail
2.1.	Sollecita il dirigente a produrre la relazione	Richiesta inviata	Dirigente sollecitato	DSC	E-mail	E-mail
2.2.	Produce la relazione	Dirigente sollecitato	Relazione prodotta	Dirigente	Relazione cartacea	Relazione cartacea
2.3.	Consegna la relazione	Relazione prodotta	Relazione consegnata	Dirigente	Relazione cartacea	Relazione cartacea

Analisi as is del processo di intervento riabilitativo
Fonte: Politecnico di Bari

L'applicazione di questa metodologia di mappatura dei processi chiamata "***Smart Working Activity Framework (SWAF)***" consente quindi di misurare, allo stato attuale, la capacità di un'organizzazione di svolgere da remoto, in *smart working*, un processo.

Tale capacità è espressa attraverso la *smart working readiness*, un indicatore che può assumere valori compresi fra zero e uno.

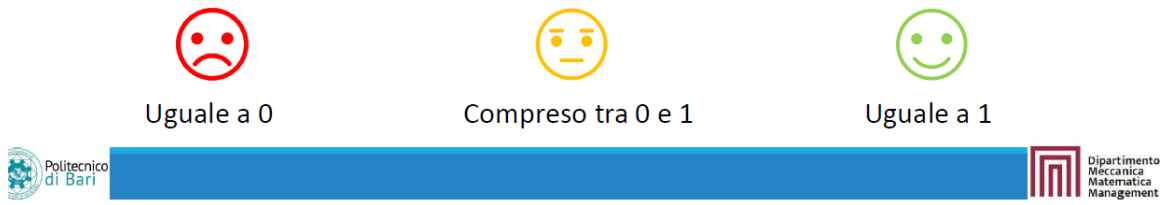
Smart Working Activity Framework (SWAF)

$$\textbf{\textit{Smart working readiness processo}} = \frac{\sum_{i=1}^{N} \textit{Smart working readiness attività}_i}{N}$$

– *N sono le attività di processo*

– $\textit{Smart working readiness attività}_i = S_i \cdot T_i \cdot U_i \cdot V_i \cdot W_i \cdot X_i \cdot Y_i$

Il punteggio potrà essere:



Smart Working Activity Framework
Fonte: Politecnico di Bari

E' stata effettuata, successivamente, una attività di validazione del *framework* al fine di verificare se i risultati forniti dello stesso fossero coerenti con la modalità lavorativa utilizzata per svolgere tali attività. L'analisi ha evidenziato che effettivamente i risultati forniti dal *framework* sono stati coerenti con ciò che è accaduto nella realtà.

L'approccio metodologico scaturito dal progetto effettuato nell'ambito dell'accordo di Networking con Regione Puglia e Politecnico di Bari verrà ulteriormente sviluppato nel 2022 e testato su altri processi aziendali con lo scopo di poterlo applicare a cascata sulla totalità dei processi. Ciò permetterebbe di avere una valutazione analitica del contesto aziendale in merito alla applicabilità del lavoro agile.

In esito alle citate mappature, ciascun Dirigente responsabile di Macrostruttura potrà organizzare, quindi, la propria U.O. assicurando lo svolgimento del lavoro agile verso i seguenti obiettivi:

1) la prestazione di lavoro in modalità agile non pregiudica in alcun modo o riduce la fruizione dei servizi a favore degli utenti;

2) programmazione di un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza;

3) adozione di ogni adempimento al fine di dotare l'amministrazione 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;

4) adozione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove presente;

5) adozione di ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta.

2.3. Accesso al lavoro agile

L'Azienda consente a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato, l'accesso al lavoro agile che ha natura consensuale e volontaria. L'accesso a tale tipologia di lavoro resta in ogni caso subordinato all'autorizzazione dell'Azienda non essendo più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

L'accesso è consentito per le attività scaturite dall'esito della mappatura, previo confronto con le organizzazioni sindacali, fermo restando che sono comunque esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non utilizzabili da remoto.

Si precisa che il lavoro agile può avere ad oggetto sia le attività ordinariamente svolte in presenza dal dipendente, sia, in aggiunta o in alternativa e comunque senza aggravio dell'ordinario carico di lavoro, attività "progettuali" (non progetti obiettivi) specificamente individuate tenuto conto della possibilità del loro svolgimento da remoto.

L'Azienda con **nota prot. 3990 del 18/01/2022,** a seguito delle novità normative (tra qui il D.P.C.M. del 23.09.21 riguardante il rientro in presenza e il D.L. n. 221 del 24.12.2021 che proroga lo stato di emergenza nazionale al 31/03/2022) ha disposto che:

- l'accesso al lavoro agile è definito "*secondo le modalità finora osservate fino alla nuova regolamentazione dell'istituto da parte dei CCNL, sempre salve le precedenti indicazioni fornite circa la platea di dipendenti che possono fare accesso a questo tipo di prestazione (il lavoro agile è riservato, infatti, a quelle attività che, in base alla dimensione organizzativa e funzionale, possono essere svolte con tali modalità a distanza, ovvero prevalentemente il personale con mansioni amministrative non addetto al front office);*"
- *lo svolgimento della prestazione in modalità agile non dovrà pregiudicare o ridurre la*

fruizione dei servizi in favore degli utenti;

- *i dipendenti addetti ad attività di sportello, ricevimento dell'utenza ovvero all'erogazione di servizi all'utenza (in particolare in servizio presso PP.OO., C.U.P., D.S.S.) dovranno prestare l'attività lavorativa prevalentemente in presenza;*
- *i dirigenti, i titolari di incarico di coordinamento e di posizione organizzativa dovranno prestare l'attività lavorativa prevalentemente in presenza;*
- *i Direttori di Macrostruttura, Arca, Distretto e Dipartimento dovranno garantire l'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, ricordando che, per ogni dipendente, la prestazione di lavoro dovrà essere resa, in maniera prevalente, in presenza; ad ogni buon conto, in conformità alle ultime indicazioni ministeriali, ogni Direttore può programmare "il lavoro agile con una rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile, con ampia flessibilità, anche modulandolo, come necessario in questo particolare momento, sulla base dell'andamento dei contagi, tenuto conto che la prevalenza del lavoro in presenza potrà essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile". In sintesi, ciascun Direttore può equilibrare il rapporto lavoro in presenza/lavoro agile secondo le modalità organizzative più congeniali alla propria situazione, tenendo conto dell'andamento epidemiologico nel breve e nel medio periodo, e delle contingenze che possono riguardare i propri dipendenti (come nel caso di quarantene breve da contatti con soggetti postivi al coronavirus). Inoltre dovrà essere facilitato, al massimo possibile, l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità[6], non coperte da altre misure;*
- *i Direttori di Macrostruttura, Area, Distretto e Dipartimento dovranno prevedere un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato.*

[6] Assumono carattere prioritario le richieste di svolgere la propria prestazione in modalità agile formulate:
1) dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità;
2) dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
3) dai lavoratori dipendenti disabili nelle condizioni di cui all'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 o che abbiano nel proprio nucleo familiare una persona con disabilità nelle condizioni di cui all'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992, lavoratori immunodepressi e familiari conviventi di persone immunodepresse (art. 39, D.L. n. 18/2020: la disposizione si applica fino al termine dello stato di emergenza attualmente fissato al 31 dicembre 2021).

2.4. Accordo individuale

L'accordo tra le parti relativo alle modalità di svolgimento del lavoro agile, stipulato per iscritto, è regolato dall'art. 19 della legge n. 81/2017[7].

In periodo di pandemia, la legge (art. 87, D.L. n. 18/2020) ha consentito di prescindere dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dal capo II della legge n.12 81/2017 ma, nonostante ciò, l'ASL Bari con la **D.D.G. n.289** del 9.03.2020 che ha approvato il "*Regolamento temporaneo per l'adozione del lavoro agile quale misura per il contrasto e il contenimento del diffondersi del virus COVID-19*", aveva già introdotto un accordo individuale tra Azienda e lavoratore tramite una "*Istanza per la Richiesta di Lavoro Agile quale misura per il contrasto e il contenimento del diffondersi del virus Covid-19*" (vedi pag. 17) accompagnata dal "*Modello documentazione sicurezza e accettazione obiettivi specifici*" (vedi pag. 19).

Da ultimo, l'Azienda con **nota prot. 3990 del 18/01/2022** ha definito che *"dovranno essere stipulati in forma scritta appositi **accordi individuali**, con i quali siano definiti:*

1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;

2) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione, con specifica indicazione delle giornate di lavoro o del numero delle stesse da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza (non coincidenti con il ricevimento al pubblico);

3) le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;

4) la durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;

5) l'individuazione di una fascia di inoperabilità (disconnessione), nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende in ogni caso un periodo di 11 ore di

[7] Art. 19 - Legge 81/2017 - Forma e recesso
1. L'accordo relativo alla modalità di lavoro agile è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova, e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore. L'accordo individua altresì i tempi di riposo del lavoratore nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro.
2. L'accordo di cui al comma 1 può essere a termine o a tempo indeterminato; in tale ultimo caso, il recesso può avvenire con un preavviso non inferiore a trenta giorni. Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a novanta giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del lavoratore. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine nel caso di accordo a tempo determinato, o senza preavviso nel caso di accordo a tempo indeterminato.

riposo consecutivo.

Ove esistano accordi individuali pregressi, essi dovranno essere modificati al fine di contenere gli elementi di cui sopra".

2.5. Obiettivi di budget e lavoro agile

Anche nell'ambito del ciclo della Performance 2022, a livello di obiettivi operativi di budget, approvati unitamente al Piano della Performance, è stato previsto specifico obiettivo in tema di lavoro agile.

Infatti, relativamente alla dimensione "Sanità Digitale", e dunque all'applicazione delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario, è stato assegnato all'U.O.C. Sistemi Informativi specifico obiettivo per l'"*Attivazione di un progetto di informatizzazione legato all'implementazione dello smart-working*" al fine di implementare modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto.

Per quanto riguarda la performance individuale, anche in relazione allo *smart-working*, si specifica che il "**Sistema di misurazione e valutazione delle performance**" dell'ASL Bari di cui alla **D.D.G. n.285 del 5 marzo 2020** già contempla il riconoscimento di professionalità e di progressione di carriera ai lavoratori che rendono la propria prestazione in modalità agile. Il sistema, infatti, prevede nella "scheda di valutazione individuale" la valutazione di capacità, competenze e comportamenti organizzativi quali:

- Contributo ai programmi dell'unità operativa;
- Autonomia e responsabilità;
- Qualità del contributo professionale;
- Programmazione attività;
- Relazione con i colleghi;
- Orientamento ai bisogni dell'utenza;
- Flessibilità;
- Sviluppo professionale.

La misurazione di tali competenze è valutata quindi anche in relazione all'attività svolta in lavoro agile.

2.6. Requisiti tecnologici

L'Azienda adotta, già da tempo, sistemi informatici che consentono a soggetti esterni abilitati l'accesso ad alcuni server. I dispositivi hardware, gli applicativi software e le procedure adottate, per gestire tali collegamenti, si basano su meccanismi in grado di garantire un elevato livello di sicurezza e controllo. L'Azienda è già dotata di una rete aziendale Intranet.

In questo senso, l'U.O. Analisi e Sviluppo Sistema Informativo dell' ASL Bari, contestualmente all'adozione del Regolamento aziendale, ha realizzato un portale virtuale tramite il quale è possibile inserire, indipendentemente dalla dislocazione fisica dei dipendenti, **l'istanza per la richiesta di Lavoro Agile.**

L'U.O.A.S.S.I. ha definito, quindi, un **"Manuale Utente per il lavoro agile"** utile a guidare il dipendente nell'accesso al sistema, nella compilazione della domanda, nella timbratura virtuale.

Per mantenere un elevato livello di sicurezza dei collegamenti da remoto, è stato deciso di utilizzare esclusivamente collegamenti **VPN** criptati che garantiscono l'accesso alle seguenti applicazioni aziendali: EUSIS, Paghe e Presenze, EDOTTO e tutte le applicazioni regionali che sono raggiungibili solo attraverso la rete RUPAR; di seguito i relativi URL:

- EUSIS Gestione Contabilità http://eusis.aslba.rsr.rupar.puglia.it:8080
- EDOTTO http://edottoaslba.sanita.regione.rsr.rupar.puglia.it
- SIST https://sist.sanita.regione.rsr.rupar.puglia.it
- Rilevazione Presenze https://10.14.192.38/IWF

Le seguenti applicazioni sono, invece, pubblicate sulla rete pubblica e, quindi, non necessitano di un collegamento VPN:

- Gestione del Protocollo https://documentale.asl.bari.it
- Gestione delle Pratiche SUAP https://suap.asl.bari.it
- Gestione dati Legge 190/2012 https://sadsamm.asl.bari.it/Legge190
- Performance Individuale https://sadsamm.asl.bari.it/Performance
- Gestione Interventi in Reperibilità https://sadsamm.asl.bari.it/Reperibilita
- Gestione Fuel Card https://sadsamm.asl.bari.it/Fuelcard
- Gestione Rimborsi Assistiti https://sadsamm.asl.bari.it/Rimborsi oltre alla piattaforma per la Gestione delle Istanze di Lavoro Agile
- Lavoro Agile https://sadsamm.asl.bari.it/lavoroagile

Ovviamente non necessita di VPN la lettura sia della Posta Elettronica Ordinaria (PEO), individuale e/o di struttura, che della Posta Elettronica Certificata (PEC).

Ad oggi, sulla base di informazioni fornite dall'U.O.A.S.S.I., risultano digitalizzati circa l'80% dei servizi e dei processi e, nell'ottica delle modalità attuative del lavoro agile, l'Azienda intende implementare e potenziare gli stessi e dotare il proprio personale di un maggior numero di PC.

2.7. Percorsi formativi del personale

Per quanto riguarda il piano formativo 2022 si evidenzia che le attività propedeutiche relative alla stesura dello stesso sono in corso di svolgimento da parte del CTS aziendale.

Inoltre il C.U.G. vaglierà la possibilità di prevedere nel predetto Piano la realizzazione di Corsi obbligatori per tutto il personale in L.A., anche d'intesa tra Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e C.U.G., per approfondire il tema della salute e sicurezza nel "lavoro agile" o "*smart* working", a partire dall'inquadramento legislativo della figura dello *smartworker* e fornendo indicazioni sui principali rischi presenti negli ambienti di lavoro outdoor e indoor privati e sulle relative misure di sicurezza da applicare.

ASL Bari
PugliaSalute

3. PARTE III – Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

SOGGETTI	PROCESSI	STRUMENTI
DIREZIONE STRATEGICA	Definizione strategia e le linee guida per l'attuazione del lavoro agile	Emanazione P.O.L.A.
DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA	Mappatura in lavoro agile	Informatici ed organizzativi
	Reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile	
	Individuazione dei soggetti compatibili con il lavoro agile	
	Organizzazione del lavoro per obiettivi, assegnandoli mensilmente	
	Monitoraggio e controllo delle performance di lavoro agile	
	Promozione di percorsi informativi e formativi	Di comunicazione e di standardizzazione dei processi
AGRU	Coordinamento del processo evolutivo e di approccio al lavoro agile	Emanazione direttive, supporto alla Direzione strategica
CUG	Miglioramento benessere organizzativo come indicato dalla Direttiva 2/2019	Piano Azioni Positive, questionari, riunioni con i Direttori di Macrostruttura, predisposizione schede per l'assegnazione degli obiettivi da parte del Dirigente di Macrostruttura al proprio personale dipendente nonché per il relativo monitoraggio
OIV	Verifica del Sistema di misurazione e valutazione della performance	Verifica della inesistenza di discriminazioni nel ciclo della performance rispetto allo svolgimento di attività lavorativa in l.a.
RTD (Responsabile della transizione al digitale)	Evoluzione organizzativa e adeguamento tecnologico necessario	Definizione *maturity model* per il lavoro agile
U.O. Formazione	Sviluppo delle competenze digitali e della formazione in tema di smart working	Piano Formativo

Nell'ambito dei processi attuativi del lavoro agile, nella precedente tabella sono riportati i soggetti che rivestono ruoli fondamentali finalizzati allo sviluppo delle attività smartabili. È evidente che tutti i soggetti coinvolti nei processi sono legati da relazioni interconnesse volte al miglioramento sia dell'ambiente interno all'azienda (benessere individuale e organizzativo) sia a quello esterno (*stakeholders*).

ASL Bari
PugliaSalute

4. PARTE IV – Programma di sviluppo del lavoro agile

Richiamato il programma di sviluppo del Lavoro Agile approvato con D.D.G. n. 135 del 28 gennaio 2021, preso atto che nel corso dello stesso anno sono state diramate diverse disposizioni che hanno di fatto ridefinito quanto inizialmente previsto dall'art. 263 del Decreto legge 19 maggio 2020 n.34, vedasi il D.L. 52/2021, il D.L. 56/2021, il D.M. 8 ottobre 2021 con le disposizioni per il "Rientro in presenza" e, da ultimo, il D.L. 80/2021 che ha introdotto e disciplinato, all'art. 6, il "Piano integrato di attività e organizzazione" (PIAO), si ritiene di confermare il programma di sviluppo di cui alla D.D.G. n.135 del 28 gennaio 2021 nelle more delle linee guida sulla redazione del PIAO che indirizzeranno le pubbliche amministrazioni anche in riferimento al lavoro agile e al suo programma di sviluppo.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

COMITATO UNICO DI GARANZIA
PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI

PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE
& Gender Equality Action Plan - GEAP
2022 - 2024

Aggiornamento del Piano Triennale Azioni Positive ASL BA - Deliberazione D.G. ASL BA n°135 del 28.01.2021 -
Direttiva n. 2/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega alle Pari Opportunità
"Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche"

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

PREMESSA

Il Piano triennale delle Azioni Positive (P.A.P.) - Gender Equality Action Plan – GEAP - è il documento programmatorio disciplinato dal decreto legge 23 maggio 2000, n. 196 ed in particolare l'art. 7 c. 5. (che ne prevede la predisposizione per assicurare "La rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nei luoghi di lavoro tra uomini e donne") dalla direttiva n. 2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche" emanata nel giugno 2019 dal Ministero della funzione pubblica e Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega alle Pari Opportunità e dalla Commissione Europea nel "*Communication for a reinforced European research*" ("*… i Paesi dell'Unione Europea sono esortati a creare delle politiche che incoraggino l'uguaglianza di genere e invitati a sviluppare delle strategie di gender-mainstreaming e/o dei Gender Equality Plan*").

La direttiva n. 2/2019 definisce le linee di indirizzo in materia di promozione delle pari opportunità, valorizzazione del benessere di chi lavora e contrasto a qualsiasi forma di discriminazione, ai sensi del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", modificato dalla Legge 5 novembre 2021, n. 162 "*Modifiche al codice di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, e altre disposizioni in materia di pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo*", che introduce ulteriori disposizioni volte a favorire l'uguaglianza di genere nel mercato del lavoro. La Legge sopraccitata, nell'introdurre la Certificazione della parità di genere (da definirsi con appositi decreti), estende i comportamenti che riproducono delle discriminazione di genere. Tenendo ferma la nozione di discriminazione diretta come qualsiasi disposizione, criterio, prassi, atto, patto o comportamento, viene evidenziata espressamente la discriminazione in ragione del sesso riguardante anche *"le candidate e i candidati in fase di selezione del personale"*. La nuova legge sostituisce integralmente il comma 2-bis dell'art. 25, con disposizioni più ampie di quelle precedenti stabilendo che *" Costituisce discriminazione .., ogni trattamento o modifica dell'organizzazione, delle condizioni e dei tempi di lavoro che, in ragione del sesso, dell'età anagrafica, delle esigenze di cura personale o familiare, dello stato di gravidanza nonché di maternità o paternità, anche adottive, ovvero in ragione della titolarità e dell'esercizio dei relativi diritti, pone o può porre il lavoratore in almeno una delle seguenti condizioni: a) posizione di svantaggio rispetto alla generalità degli altri lavoratori; b) limitazione delle opportunità di partecipazione alla vita o alle scelte aziendali; c) limitazione dell'accesso ai meccanismi di avanzamento e di progressione nella carriera".*

Le Amministrazioni, pertanto, sono chiamate a stabilire con riferimento alla peculiarità della missione dell'Ente e al contesto organizzativo, specifiche azioni positive, ovvero interventi per prevenire ed eliminare le discriminazioni dirette ed indirette, per valorizzare il lavoro delle donne e riequilibrarne la loro presenza nelle posizioni apicali.

Il Piano proposto rappresenta una formidabile opportunità per "influenzare" la cultura organizzativa attraverso azioni concrete a sostegno delle politiche di genere, della valorizzazione del personale, della sicurezza degli ambienti di lavoro. I paradigmi di base possono essere sintetizzati in:

- Ribaltamento del modello antecedente, contraddistinto dalla frammentarietà dei piani predisposti dalle organizzazioni (Piano performance, Piano azioni positive, Piano prevenzione anticorruzione e trasparenza, POLA, ecc.), per avviare il processo di "costruzione" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), con un sistema di collegamento e di connessioni tra le differenti strutture aziendali;
- Rilevanza del legame tra le politiche delle pari opportunità, del benessere organizzativo, di contrasto alle discriminazioni e del sistema di misurazione e valutazione della performance,

prevenzione della corruzione e trasparenza, della gestione del personale, del rischio clinico, del servizio di prevenzione e protezione aziendale, ecc.;

- Realizzazione di un sistema integrato delle politiche di contrasto alle molestie e alla violenza nei luoghi di lavoro attraverso il rafforzamento del ruolo dei Comitati Unici di Garanzia (CUG);
- Consolidamento del cambiamento culturale dell'amministrazione attraverso l'innovazione tecnologica, la digitalizzazione, la formazione e la valorizzazione delle competenze interne.

La Direttiva 2/2019 al punto 3.2. - Piani triennali di azioni positive - ribadisce l'obbligo per le Pubbliche Amministrazioni di predisporre il Piano, come previsto dall'art. 48 del d.lgs. n. 198/ 2006, al fine di assicurare le condizioni per la piena realizzazione delle pari opportunità. La disposizione stabilisce quale sanzione, per il caso di mancata adozione del Piano triennale di azioni positive, *il divieto di assumere da parte dell'Amministrazione nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette*. La strategia sottesa alle azioni positive è rivolta a rimuovere quei fattori che direttamente o indirettamente determinano situazioni di squilibrio in termini di opportunità e consiste nell'introduzione di meccanismi che pongano rimedio agli effetti sfavorevoli di queste dinamiche, compensando gli svantaggi e consentendo concretamente l'accesso ai diritti.

Le azioni positive debbono quindi essere considerate come la declinazione concreta di quel processo, già avviato nella ASL BA, di costante riduzione delle disparità di genere in ambito lavorativo. La continua evoluzione dei fattori socioeconomici, sottesi alle politiche delle pari opportunità, richiedono, infatti, una particolare e costante attenzione al processo di monitoraggio delle azioni intraprendese, per procedere ad eventuali correzioni/integrazioni delle stesse.

Il Dlg 9 giugno 2021, n. 80, conv. in legge 6 agosto 2021 n. 113 «*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*», introduce il Piano integrato di organizzazione e attività (PIAO), documento di programmazione unico per i diversi ambiti gestionali di interesse del personale e dell'Ente (performance, formazione, reclutamento, anticorruzione e trasparenza, digitalizzazione, pari opportunità ecc.), da adottare entro il 31.01.2022.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance;

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 al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale;

c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al Piano 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;

d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza 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 reingegnerizzare;

f) la piena accessibilità, fisica e digitale, dei cittadini alle istituzioni;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Con il Decreto Legge 30 dicembre 2021, n. 228 sono apportate le seguenti modificazioni al decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113:

a) all'articolo 6, in materia di piano integrato di attività e organizzazione delle pubbliche amministrazioni - attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR): 1) al comma 5, le parole «*Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente decreto*», *sono sostituite dalle seguenti: «entro il 31 marzo 2022*».

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

PROCESSO PER APPROVAZIONE DEL PIANO

La Direttiva 2/2019, in ragione del collegamento con il ciclo della performance, stabilisce che il P.A.P. deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della Performance. L'attuazione del principio delle pari opportunità attraverso attente politiche di gestione e sviluppo delle risorse da parte di ogni singola Amministrazione implica il miglioramento della qualità del lavoro e la rimozione degli ostacoli che impediscono, in concreto, la promozione del suddetto principio nel proprio contesto lavorativo. L'attuazione di queste politiche rappresenta un'esigenza imprescindibile, anche alla luce dei molteplici atti (direttive, raccomandazioni, risoluzioni etc.) emanati dalle istituzioni comunitarie e nazionali.

Promuovere le pari opportunità nelle pubbliche amministrazioni risponde, oltre che a un preciso obbligo normativo, a fondamentali obiettivi di equità e a un corretto riconoscimento del merito e costituisce una leva importante per il potenziamento dell'efficienza organizzativa e, di conseguenza, per accrescere la qualità delle prestazioni rese ai cittadini.

Le iniziative generali da adottare per promuovere le pari opportunità devono costituire oggetto di pianificazione. L'art. 48 del Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, prevede infatti che le pubbliche amministrazioni predispongano piani triennali di azioni positive (PAP) tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro. I piani hanno durata triennale e la loro predisposizione riveste carattere obbligatorio.

L'aggiornamento del Piano di Azioni Positive (PAP) del triennio 2020-2022, giusta Deliberazione D.G. n° n°135 del 28.01.2021, si colloca in continuità con la programmazione, gli obiettivi e la strategia descritte e coinvolge il CUG nella fase di programmazione e budgeting del ciclo della performance.

Di seguito il processo di discussione e approvazione della proposta:

A. Assemblea ordinaria del 16 dicembre 2021, o.d.g. "Adempimenti relativi all'aggiornamento del Piano Azioni Positive 2021-2023" - Verbale CUG n° 61/2021;
B. Assemblea ordinaria del 20 gennaio 2022, o.d.g. "Approvazione Proposta P.A.P. 2022-2024" - Verbale CUG n° 7/2022.

Muovendo dal substrato organizzativo della ASL BA ed in continuità con le azioni avviate nel 2022, si è ritenuto opportuno orientare il PAP 2022-2024 verso obiettivi di equità e pari opportunità. La strategia sottesa alle azioni positive, e illustrata nella seconda parte, ha la finalità di rimuovere quei fattori che, direttamente o indirettamente, determinano situazioni di squilibrio e malessere, per disposizioni, criteri, prassi, atti o comportamenti discriminatori, di svantaggio rispetto alla generalità degli altri lavoratori, di limitazione delle opportunità di partecipazione alla vita o alle scelte aziendali e di limitazione dell'accesso ai meccanismi di avanzamento e di progressione nella carriera.

Il Piano si pone in linea con gli indirizzi di programmazione della Commissione Europea nel "*Communication for a reinforced European research*" ("*... i Paesi dell'Unione Europea sono esortati a creare delle politiche che incoraggino l'uguaglianza di genere e invitati a sviluppare delle strategie di gender-mainstreaming e/o dei Gender Equality Plan*") e con la strategia dell'Agenda di Genere, adottata dalla Regione Puglia nel 2021, per ridurre il "divario di genere", perseguire equità e pari opportunità.

Le macro aree di intervento individuate dalla Regione sono le seguenti:

1. QUALITÀ DELLA VITA DELLE DONNE E DEGLI UOMINI –

Obiettivo: liberare il tempo delle donne dall'obbligo del lavoro di cura intrafamiliare, quando questo costituisce un ostacolo al dispiegarsi delle opportunità per l'accesso al lavoro e alla piena affermazione sociale ed economica, con l'attivazione di nuove misure per l'equilibrio tra vita lavorativa e familiare, e investimenti di sistema, che comportano un rafforzamento delle infrastrutture sociali e socio educative in una dimensione sempre più di comunità.

2. ISTRUZIONE FORMAZIONE E LAVORO –

Obiettivo: l'empowerment femminile nell'ambito dell'istruzione, della formazione e del lavoro attraverso l'adeguamento e il potenziamento sia del sistema formativo regionale nei settori strategici che nelle politiche per il lavoro, in un'ottica di genere.

3. COMPETITIVITÀ, SOSTENIBILITÀ E INNOVAZIONE –

Obiettivo: l'incremento della competitività del sistema produttivo e dell'innovazione, in ottica di genere, richiede di intercettare e intraprendere ogni strada utile a potenziare le opportunità da offrire alle donne nel mondo del lavoro e nei sistemi di impresa.

4. PER UN LAVORO DI QUALITÀ -

Obiettivo: promuovere, contemporaneamente, flessibilità e sicurezza (cd. flexsecurity), per venire incontro alle esigenze dei datori di lavoro, ma anche dei lavoratori, e delle lavoratrici in particolar modo, ed adottare strategie che rendano possibile e duraturo l'accesso delle donne nei luoghi e nei ruoli decisionali. Sostenere i percorsi di carriera, rafforzare la presenza delle donne in posizione di vertice e lavorare, all'interno dei contesti produttivi, quindi nella dimensione organizzativa delle imprese, per accrescere la possibilità di conciliare esigenze di vita e tempi di lavoro in una ottica di parità ed equità tra i generi (sostegno e incentivazione , ad esempio, attraverso la premialità nei bandi per l'accesso a fondi pubblici, a forme di organizzazione del lavoro family friendly e iniziative di welfare aziendale).

5. CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI E ALLA VIOLENZA DI GENERE –

Obiettivo: incidere sul graduale cambiamento culturale, mettendo in atto azioni e interventi tesi ad educare, sensibilizzare, combattere ogni forma di discriminazione, sradicare vecchi stereotipi legati ai ruoli di genere e a modelli sessisti; consolidamento, potenziamento e qualificazione del sistema complessivo dei servizi preposti alla protezione, sostegno, accompagnamento delle donne che hanno subìto la violenza maschile, delle/dei minori che assistono alla violenza intra-familiare o che subiscono forme di maltrattamento/violenza. L'obiettivo ultimo è favorire l'empowerment e l'autonomia delle donne, sole o con figli, supportandole nei percorsi di fuoriuscita con interventi concreti di inclusione socio-lavorativa. Un ulteriore tassello della strategia regionale riguarda il sostegno e le tutele alle persone LGBTI vittime di violenza fondata sull'orientamento sessuale e/o sull'identità di genere, alle persone LGBTI allontanate da casa in ragione dell'orientamento sessuale.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

ARTICOLAZIONE DEL PIANO

Il P.A.P. è articolato in tre sezioni:

I Parte- Attività di reportistica / analisi

1. *"Report focus group partecip@asl.bari.it* - collaboriamo insieme alla costruzione di mappe delle competenze"
2. *"Report attività di monitoraggio dei processi interni ed esterni Lavoro Agile - Anno 2021"*

II Parte- Attività di programmazione

1. *Azioni Positive- Triennio 2022 – 2024*

III Parte - Gender Equality Action Plan GEAP

1. *Azioni - Triennio 2022 – 2024*

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Il CUG, nell'ambito delle specifiche e peculiari funzioni di garanzia, propone, per il triennio 2022-2024, un Piano delle Azioni Positive segmentato in obiettivi, azioni, responsabili e indicatori di risultato, per le tre Aree d'intervento:

PARI OPPORTUNITA'

(Decreto Legislativo 11 aprile 2006, n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246"; Direttiva 23 maggio 2007 "sulle misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche"; Legge 5 novembre 2021, n. 162 Modifiche al codice di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, e altre disposizioni in materia di pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo)

VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE

(ai sensi D.Lgs. 165 del 2001 e D.Lgs. 81/2008)

CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI, AD OGNI FORMA DI VIOLENZA E MOLESTIA SUL POSTO DI LAVORO

(D.Lgs. 198 del 2006; D.Lgs. 215 e 216 del 2003; il D.Lgs. 286 del 199; Convenzione Istambul dell'11.05.2011, L. 27 giugno 2013 n° 77; Convenzione ILO n° 190 del 2019;
Legge 15 gennaio 2021 n. 4 di Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro n. 190 sull'eliminazione della violenza e delle molestie sul luogo di lavoro (adottata a Ginevra il 21 giugno 2019 nel corso della 108ª sessione della Conferenza generale della medesima Organizzazione).

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

I Parte - Attività di reportistica/analisi

1. *Report Focus Group "partecip@asl.bari.it* - collaboriamo insieme alla costruzione di mappe delle competenze" *(a cura della Dr.ssa Domenica Munno – Presidente CUG ASL BA)*

Premessa

Si definisce competenza l'insieme delle caratteristiche individuali che concorrono all'efficace presidio di una situazione lavorativa, di una prestazione, di un'attività. Nella sua aspecificità tale definizione si adatta ad ogni segmento lavorativo o ambito disciplinare: infatti ogni esperienza teorica ha applicazioni pratiche ed ogni applicazione pratica ha il suo riscontro teorico.

La Competenza è formata da tre componenti:

- La Conoscenza, cioè l'ambito del sapere concettuale;
- L'Abilità (o Skill) nel mettere in atto i principi che appartengono alla conoscenza
- Il Comportamento (o modo d'agire), cioè la parte relativa al modo di eseguire le attività che incide sui rapporti con gli altri e sull'efficacia della mobilitazione dell'intera competenza stessa.

Queste tre componenti sono strettamente legate tra loro e vanno a costituire gli ambiti complessi del saper agire.

Formare i dipendenti pubblici è l'imperativo per i prossimi anni non solo per gestire bene le risorse del PNRR, ma per mettere le Pubbliche Amministrazioni in grado di progettare, pianificare e gestire qualsiasi tipo di politica e di intervento pubblico che guardi al benessere e allo sviluppo della collettività. La riqualificazione delle persone, la formazione e l'aggiornamento professionale sono azioni fondamentali per consentire ai dipendenti pubblici di acquisire quelle competenze e capacità che le trasformazioni degli ultimi anni richiedono: competenze tecnico-specialistiche, competenze digitali ma anche competenze trasversali, gestionali e organizzative. In tal modo il ventaglio delle skills di cui il dipendente pubblico deve disporre si amplia e si differenzia.

Le competenze, dunque, sono il ponte tra persona e organizzazione e possono diventare il linguaggio comune tramite il quale costruire il cambiamento. Si tratta di una rivoluzione culturale, che vede protagoniste le persone nel ruolo di "agenti del cambiamento".

Per la costruzione della mappa delle competenze è stato considerato un modello predefinito attraverso la somministrazione di schede (di seguito allegate) e, utilizzata la metodologia dei Focus Group, come prospettiva di partecipazione e condivisione del processo.

Nei F.G. è stato, infatti, possibile:

1) raccogliere e condividere indicazioni e riflessioni per creare una mappa delle competenze e dei bisogni formativi del personale;

2) favorire il confronto e la riflessione, contribuendo alla nascita e alla diffusione di una "cultura delle competenze" propedeutica al processo di cambiamento in atto.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Edizioni

1° Edizione – 4 novembre 2021 (Personale area territoriale)
Sala Conferenze Ospedale S. Paolo – Bari

2° Edizione – 12 novembre 2021 (Personale area direzionale)
Sala Conferenze Ospedale S. Paolo – Bari

3° Edizione – 17 novembre 2021 (Personale area ospedaliera)
Sala Conferenze Ospedale Perinei - Altamura

4° Edizione – 2 dicembre 2021 (Personale area territoriale)
Sala Conferenze S. Michele in Monte Laureto – Putignano

Finalità

L'iniziativa è da comprendere nel processo di ricerca-azione partecip@asl.bari.it, avviato dal 2017 dal CUG della ASL BA, finalizzato ad evidenziare i numerosi ed importanti processi di cambiamento in atto nella Pubblica amministrazione.

In questo quadro, si è rivelato strategico il coinvolgimento delle persone, con ruoli differenti nella organizzazione (dirigenti e comparto) e specifiche competenze professionali (area tecnica, sanitaria e amministrativa) per:

- valorizzare le esperienze e le conoscenze, capitalizzare le abilità e le migliori competenze, al fine di consentire ai lavoratori e alle lavoratrici di restituire il miglior contributo allo sviluppo del sistema aziendale;
- acquisire consapevolezza dei bisogni formativi, anche attraverso la fondamentale leva della formazione specifica prevista dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Gli attuali scenari mutevoli e dinamici, generano una sempre crescente variabilità socio-economica, professionale e tecnologica; per rispondere alle organizzazioni altrettanto fluide e instabili, è strategico e cruciale riconoscere la fondamentale importanza delle risorse umane, delle persone, con il loro complesso carico di capitale intellettuale ed emotivo nell'ambito dei contesti organizzativi.

Obiettivi

L'aspetto importante di questa esperienza di formazione-intervento tramite i focus group è stato il processo di condivisione e partecipazione avviato, nella consapevolezza che la mappatura e la gestione del patrimonio immateriale di conoscenze e competenze dell'ente deve essere portata avanti in modo condiviso per accompagnare il cambiamento con azioni positive.

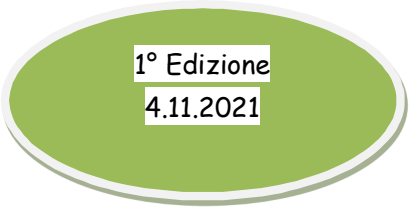
I focus group hanno lavorato con i seguenti obiettivi:

- ❑ stimolare il dibattito sul tema delle competenze del personale della ASL BA
- ❑ avviare un percorso di ricerca-azione per monitorare i fabbisogni formativi
- ❑ proporre percorsi formativi per rispondere ai fabbisogni rilevati
- ❑ avviare un confronto per la valorizzazione delle competenze del personale aziendale.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Partecipanti F.G.



Dirigenti n.5
Comparto n.11
Totale n.16 di cui n.3 M e n.13 F

Dirigenti n. 6
Comparto n. 5
Totale n. 11 di cui n. 2 M e n. 9 F

Dirigenti n. 3
Comparto n. 16
Totale n. 19 di cui n. 4 M e n. 15 F

Dirigenti n. 6
Comparto n. 26
Totale n. 32 di cui n. 5 M e n. 27 F

Complessivamente n. 78 partecipanti di cui n. 15 M e n. 63 F

In appendice si allega il Report dell'attività, a cura del Prof. Carmine Clemente (Allegato n.1)

2. Report attività di monitoraggio dei processi interni ed esterni Lavoro Agile - Anno 2021

La letteratura attesta da tempo che l'adozione di modelli di flessibilità organizzativa, quali il lavoro agile, possano contribuire al miglioramento della produttività in ordine a diversi profili: quali riduzione dei costi connessi alla gestione degli spazi - dal co-working ai modelli di sharing desk al calo dei consumi energetici - oltre agli effetti indotti da un miglioramento nell'engagement, a una migliore conciliazione vita lavoro e alla riduzione dei tassi di assenteismo.

Tra i vari studi e ricerche, che hanno monitorato tale efficacia, si consultino per il comparto pubblico: il progetto del Dipartimento delle pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri "Il lavoro agile per il futuro della PA", consultabile in amministrazioneagile.it e il progetto "VeLa-Smart working per la PA" a co-finanziamento europeo, capofila Regione Emilia Romagna, accessibile in smartworkingvela.it. Si veda anche la ricerca di Enea, report, a cura di Penna M., Felici B., Roberto R., Rao M., Zini A. (a cura di), "Il tempo dello Smart working. La PA tra conciliazione, valorizzazione del lavoro e dell'ambiente", Enea, 2020, consultabile open access su enea.it.. Da tale ricerca, condotta su 29 amministrazioni pubbliche e un campione di 5500 lavoratori e lavoratrici, di cui il 76% donne e il 24% uomini, che avevano già iniziato a sperimentare il lavoro agile prima del COVID-19, emerge soddisfazione in ordine alla modalità sia da parte della popolazione lavorativa, che della amministrazione, nonché una ricaduta positiva sul territorio, in termini ad esempio di riduzione della CO_2 .

Ad ogni modo la deroga alla disciplina ordinaria del lavoro agile prevista in ragione dell'emergenza, consentendone l'attuazione senza necessaria sottoscrizione degli accordi individuali e con procedure semplificate, ha necessariamente comportato una conseguente riduzione della scelta di lavoro agile quale indicatore di produttività, peraltro già in precedenza limitatamente utilizzato nei premi, che lo introducevano connettendolo ad efficienze generate, misurate in termini di riduzione dell'assenteismo e degli straordinari.

Corre l'obbligo però di sottolineare che la strada dell'inquadramento del lavoro agile all'interno di processi di riorganizzazione aziendale è un aspetto che dovrebbe essere perseguito anche al fine di arginare alcuni rischi di distorsioni applicative ad impatto di genere particolarmente negativo.

Si è osservato infatti che durante la pandemia a seguito della normativa emergenziale, il lavoro agile è divenuto anche alternativo ai congedi covid, snaturando così ulteriormente tale fattispecie di flessibilità organizzativa, in quanto posto in rapporto di alternatività con un istituto di totale astensione dal lavoro per ragioni di cura (Zucaro 2021 in corso di pubblicazione). Non stupisce, quindi, che già dalle prime analisi sia emerso come lo smart working emergenziale abbia comportato in molti casi, anche nella ASL BA, una distorta applicazione, con effetto boomerang sulle esigenze di conciliazione vita-lavoro delle donne, in controtendenza rispetto alla sua implementazione ordinaria, dove invece si stava dimostrando uno strumento efficace.

L'introduzione del lavoro agile chiama necessariamente in causa la revisione dell'intero sistema di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni, che deve evolvere per poter cogliere presupposti, effetti e impatti del lavoro agile sui singoli e sull'intera amministrazione.

In appendice – Allegato n.2 - Report dell'attività di monitoraggio, effettuata presso le strutture aziendali AGRU e NPIA, realizzata dal Politecnico di Bari d'intesa con il CUG, nell'ambito dell'Accordo di Network con la Regione Puglia. Tale attività prosegue, a tutt'oggi, nelle strutture P.O. S. Paolo di Bari e DSS Putignano.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

II Parte - Attività di programmazione - Triennio 2022 - 2024

FINALITA' E OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO

Il nuovo Piano di azioni positive ha un contenuto programmatico triennale, al fine di assicurare la coerenza con gli obiettivi strategici/operativi previsti dal Piano della Performance e dal POLA: la promozione, in tutte le strutture della ASL BA, e l'effettiva realizzazione degli obiettivi di parità e pari opportunità, la prevenzione e rimozione di qualunque forma di discriminazione. La finalità del Piano è la valorizzazione delle politiche di genere e di conciliazione, di tutela della sicurezza e salute del personale, di promozione del benessere organizzativo, nell'ambito del generale processo di riforma della P.A. atteso dal PNRR:

- Investimento sul rafforzamento del personale pubblico, con l'innesto di nuove energie e di risorse ad alta specializzazione;
- Digitalizzazione delle procedure e facilitazione dell'accesso a cittadini e imprese, secondo il principio di fornire i dati "once only", anche grazie all'interoperabilità tra i dati delle amministrazioni e alla migrazione sul cloud dei dati delle Pa centrali e locali;
- Rafforzamento delle competenze digitali del personale della P.A.

La Riforma della Pubblica amministrazione nel PNRR è un grande programma di investimento sulle persone, che mette al centro le competenze per ridisegnare il lavoro pubblico per il futuro, e che si articola in quattro dimensioni chiave:

- La riforma dei meccanismi di selezione del personale nella P.A.;
- La semplificazione delle procedure;
- Lo sviluppo del capitale umano della P.A.;
- La digitalizzazione dei processi interni e dei servizi della P.A.

Gli interventi previsti hanno natura trasversale e quindi rendono necessaria da un lato una piena collaborazione istituzionale, dall'altro una chiara divisione di compiti e ruoli nella organizzazione.

Questo comporta anche la predisposizione di un più generale piano di ristrutturazione del modello organizzativo nel lungo periodo, capace sia di valorizzare le risorse interne sia di offrire percorsi di formazione specifici. L'obiettivo è il consolidamento delle competenze di base e il rinforzo di quelle trasversali e professionali. A ciò si deve affiancare un programma di formazione continua di tutto il personale, anche attraverso esperienze in altre amministrazioni per un confronto volto al miglioramento delle procedure, nell'ottica di una possibile generale armonizzazione dei procedimenti amministrativi, da intendersi come potenziale reciproco arricchimento e per un concreto contributo alla costruzione di una vera comunità responsabile. Una comunità dove i cittadini sono alleati con la P.A., nell'ambito di un orientamento ad una concreta attuazione del bene comune, attraverso l'implementazione della qualità dei servizi, la vicinanza alle persone, la garanzia delle competenze e del merito.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Il Comitato della ASL BA, nell'ambito delle proprie funzioni propositive, consultive e di verifica, finalizzate alla promozione ed attuazione dei principi delle pari opportunità, del benessere organizzativo, della valorizzazione delle differenze nelle politiche di gestione del personale e del contrasto di ogni forma di discriminazione, con il presente P.A.P. considera gli obiettivi, di seguito precisati:

- l'in-formazione e la sensibilizzazione ai temi d'interesse del Comitato, di tutto il personale, area comporto e dirigenza, ruolo tecnico, amministrativo e sanitario;
- la promozione di eventi formativi obbligatori aziendali, d'intesa con le strutture aziendali e con la Rete Nazionale dei CUG, L'Università, la Consigliera di Parità, di Ambiti Sociali e il Terzo Settore, ecc. nell'ambito delle pari opportunità, della valorizzazione del benessere organizzativo e del contrasto alle discriminazioni, della prevenzione delle molestie/violenza nei luoghi di lavoro e dello S.L.C., del mobbing, ecc;
- l'impulso e l'attuazione di azioni positive, per un miglioramento della qualità della vita delle lavoratrici e dei lavoratori, nelle dimensioni dell'uguaglianza sostanziale, pari opportunità, salute e sicurezza sul lavoro, rispetto e tutela dei diritti, conciliazione dei tempi di vita, flessibilità dell'orario, ecc.;
- la raccolta di dati/informazioni e l'analisi degli stessi con la puntualizzazione di indicatori per il monitoraggio e la valutazione di performance organizzativa, pari opportunità, equità, valorizzazione del benessere, conciliazione tempi di vita, contrasto alle discriminazioni, alle molestie e ad ogni forma di violenza, ecc..

Significativa e trasversale a tutte le azioni del Piano, è la dimensione della "salute" dettata dall'art. 2, comma 1, lettera o), D.Lgs. n. 81/2008: "*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità*" e lettera n) del decreto, il quale definisce la "*prevenzione" come "il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno*".

Una norma che assorbe e valorizza quell'obbligo generale, introdotta già dall'art. 2087 c.c., e che è diventata un filo conduttore della giurisprudenza, al punto da richiamare l'attenzione degli esperti nel corso dell'attuale dibattito sulle molestie e sulla violenza nei luoghi di lavoro.

Infatti la Cass. pen., 9 febbraio 2018, n. 6505, ribadisce che "*L'art. 2087 c.c., pur non contenendo precetti specifici come quelli rinvenibili nelle leggi organiche per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, non si risolve in una mera norma di principio, ma deve considerarsi inserita a pieno titolo nella legislazione antinfortunistica, di cui costituisce norma di chiusura, che impone al datore di lavoro precisi obblighi di garanzia e protezione*".

.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

I. PARI OPPORTUNITA'

Finalità Area Tematica

Le pari opportunità sono un principio giuridico inteso come l'assenza di ostacoli alla partecipazione economica, politica e sociale di un qualsiasi individuo per ragioni connesse al genere, religione e convinzioni personali, razza e origine etnica, disabilità, età, orientamento sessuale o politico. Con l'espressione "pari opportunità", pertanto, siamo soliti indicare il principio giuridico, sancito dalla Costituzione italiana, che mira a rimuovere ogni sorta di ostacolo discriminatorio alla partecipazione degli individui alla vita politica e sociale. Si tratta quindi di una condizione di parità e uguaglianza sostanziale introdotta per garantire a tutte le persone il medesimo trattamento e per impedire che vi siano forme di discriminazione.

L'art. 37, comma 1, della Costituzione da un lato ha riaffermato gli obiettivi protettivi tradizionali della tutela differenziata del lavoro femminile, e dall'altro ha introdotto il principio della tutela paritaria mirata a garantire alle donne la parità di trattamento rispetto ai lavoratori adulti di sesso maschile. In una logica protezionistica, la norma costituzionale statuisce che alla donna devono essere garantite le condizioni di lavoro necessarie all'adempimento della sua essenziale funzione familiare e alla protezione della maternità, con ciò giustificando l'emanazione di normative di tutela differenziata al fine del raggiungimento di tali obiettivi. In una logica paritaria, invece, alla donna vengono riconosciuti gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. La tutela paritaria è, pertanto, da ricollegare al principio di uguaglianza sancito dall'art. 3 Costituzione, il cui 1° comma detta il c.d. principio di eguaglianza formale, o principio di non discriminazione, secondo cui tutti i cittadini sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni riconducibili a situazioni personali o sociali.

A tale principio si ricollega quello di eguaglianza sostanziale, dettato dal comma 2 della Costituzione, secondo cui la Repubblica deve rimuovere gli ostacoli che impediscono, nel caso di specie, ai lavoratori dipendenti la partecipazione alla vita politica e sociale del paese, ostacoli questi che non si esauriscono solo con la costruzione di un "diritto diseguale" all'interno del rapporto di lavoro e nel confronto con gli altri soggetti di diritto, ma si estendono anche all'interno della classe dei lavoratori dipendenti, istituendo relazioni di diseguaglianza anche tra categorie di lavoratori subordinati.

Dalle norme costituzionali richiamate deriva un vero e proprio diritto soggettivo della lavoratrice alla parità di trattamento verso il datore di lavoro, il quale è obbligato alla non discriminazione per sesso e al quale, quindi, è inibito porre in essere condizioni di lavoro e di retribuzione deteriori rispetto al trattamento della generalità dei lavoratori.

Da tale impostazione è nata la legislazione di tutela e successivamente di parità con riguardo al lavoro delle donne, categoria considerata ulteriormente svantaggiata rispetto agli altri lavoratori subordinati.

Il fine delle politiche connesse alle pari opportunità, in altre parole le - azioni positive- , si fondano in particolare sulla ricerca di un'uguaglianza giuridica tra gli individui che elimini ogni differenza discriminante nell'accesso e nella partecipazione alla dimensione sociale, economica e politica.

Obiettivi:

- Definire e attuare politiche aziendali che, a partire dal vertice, coinvolgano tutti i livelli dell'organizzazione nel rispetto dei principi della parità e pari opportunità sul lavoro;
- Individuare chiare responsabilità, in materia di pari opportunità, a livello di dirigenza apicale;
- Superare gli stereotipi di genere, attraverso adeguate politiche aziendali, formazione e sensibilizzazione;
- Integrare il principio di parità di trattamento nei processi che regolano tutte le fasi della vita professionale e della valorizzazione delle risorse umane, affinché le decisioni relative ad assunzione, formazione e sviluppo di carriera vengano prese unicamente in base alle competenze, all'esperienza, al potenziale professionale delle persone;
- Sensibilizzare e formare adeguatamente tutti i livelli dell'organizzazione sul valore della diversità e sulle modalità di gestione delle stesse;
- Monitorare periodicamente l'andamento delle pari opportunità e valutare l'impatto delle buone pratiche a garanzia della effettiva tutela della parità di trattamento;
- Individuare strumenti concreti per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro favorendo la flessibilità dell'orario, il lavoro agile, anche con adeguate politiche aziendali e contrattuali (banca delle ore, ferie solidali, ecc.), in collaborazione con il territorio per le convenzioni con i servizi pubblici e privati integrati;
- Comunicare al personale, con le modalità più opportune, l'impegno assunto a favore di una cultura aziendale della pari opportunità, informandolo sui progetti intrapresi in tali ambiti e sui risultati pratici conseguiti;
- Promuovere la visibilità esterna dell'impegno aziendale, dando testimonianza delle politiche adottate e dei progressi ottenuti in un'ottica di comunità realmente solidale e responsabile.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Azione 1.

Divulgare, attraverso i canali digitali istituzionali, le direttive comunitarie, nazionali, regionali, aziendali, le buone prassi dirette a garantire le pari opportunità, il contrasto ad ogni forma di discriminazione, il benessere organizzativo, la promozione della cultura organizzativa, il rispetto e la valorizzazione delle differenze			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Caratterizzare una modalità comunicativa efficace e chiara Diffondere opuscoli, brochure e articoli di settore	2022-2024	CUG – URP – Direzione Strategica	n. opuscoli/articoli divulgati e n. iniziative promozionali realizzate (indicatore triennale)

Azione 2.

Sviluppare nella gestione del personale (comparto e dirigenza) la cultura di genere, della valorizzazione della diversità, attraverso l'inserimento della normativa in materia di pari opportunità, non discriminazione (anche d'intesa con l'RPCT, in relazione al divieto di discriminazione a carico del cd. whistleblower di cui all'art. 54-bis, TUPI e al d. lgs. 179/2017) e benessere attraverso i corsi di aggiornamento, i programmi formativi a qualsiasi livello di responsabilità e le materie di esame dei concorsi. Realizzare interventi formativi per dirigenza e titolari di incarichi di funzione sui temi della valorizzazione delle differenze e del benessere organizzativo e per la diffusione dell'approccio assertivo			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Definizione di modalità condivise di operatività con Comitato Scientifico Formazione, Responsabili Scientifici Corsi di formazione obbligatori aziendali e AGRU -Settore Concorsi	2022-2024	CUG – AGRU (Settore Concorsi) - Comitato Scientifico Ufficio Formazione Responsabile della Prevenzione della Corruzione (limitatamente al divieto di discriminazione del cd. whistleblower)	n. di Corsi obbligatori con almeno una relazione sui temi d'interesse CUG / numero complessivo Corsi aziendali n. di concorsi con almeno una materia d'interesse CUG nelle prove d'esame/ numero complessivo Concorsi frequenza di n. due Corsi organizzati dal CUG da parte dei Direttore S.C. e Dirigenti S.S./numero totale Corsi obbligatori aziendali (indicatori triennali)

Azione 3.

Orientare la raccolta ed elaborazione statistica dei dati relativi al Personale (Format 1 – Direttiva n.2/2019) in merito alla distribuzione degli incarichi, alla progressione di carriera, alla fruizione di istituti contrattuali riferiti alla conciliazione di vita/lavoro e mobilità. Implementare il Portale Nazione dei CUG: la piattaforma mette a disposizione strumenti di condivisione con l'obiettivo di promuovere la messa in rete di esperienze positive e valorizzare le pratiche innovative, anche per la prevenzione e il contrasto a qualsivoglia forma di discriminazione, diretta o indiretta, nei luoghi di lavoro			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Produrre dati statistici sul personale e sulla organizzazione del lavoro fruibili dal CUG, sulla base delle indicazioni contenute nella Direttiva 2/2019	2022 – 2024	Direzione Strategica - CUG – AGRU – Controllo di Gestione	individuazione U.O. e/o funzionario delegato (indicatore triennale)

Individuazione della U.O. e/o funzionario delegata/o a raccogliere/elaborare le statistiche Format 1. – Direttiva 2/2019 ed attivare il Portale Nazionale dei CUG promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica all'indirizzo https://portalecug.gov.it/			aggiornamento e monitoraggio degli indicatori statistici e banca dati tempestività di produzione e di inoltro al CUG di dati ed informazioni per il loro più efficace e produttivo utilizzo (indicatori triennali)

Azione 4.

Promuovere l'individuazione del Responsabile dei Processi d'inserimento delle persone con disabilità, ai sensi dell'articolo 39-ter del d.lgs. 165/2001 e della Direttiva n. 1/2019 Presidenza del Consiglio dei Ministri, al fine di garantire un'efficace integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Pubblicazione Bando interno per acquisire le manifestazioni d'interesse Prevedere un iter dedicato per il rientro guidato, nei luoghi di lavoro, del personale con problemi familiari o di salute, riprogettando le attività necessarie ad accompagnare la ripresa lavorativa anche mediante modalità flessibili di orario	2022- 2024	Direzione Strategica AGRU – CUG	pubblicazione del provvedimento (indicatore annuale) n. moduli formativi sui processi di accompagnamento realizzati per i Direttori S.C. e Dirigenti S.S. (indicatore triennale)

Azione 5.

Avviare il processo di valutazione dei rischi connessi al genere ai sensi dell'art 28 del decreto legislativo 81/08 che introduce in materia di valutazione dei rischi, l'obbligo di valutare quelli connessi al genere rispetto all'esposizione a tutti i fattori di rischio: chimico, fisico, biologico, organizzativo			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Formazione Gruppo di Lavoro d'intesa con SPPA, Servizio Sorveglianza Sanitaria e avvio attività di valutazione dei rischi connessi al genere	2022 - 2024	SSPA – Servizio Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione Medica - CUG	Aggiornamento procedure aziendali (indicatore triennale)

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Azione 6.

Programmare incontri in-formativi in merito ai compiti e funzioni del Comitato Unico di Garanzia, con l'obiettivo di informare e condividere le attività realizzate. Promuovere due incontri annuali di presentazione del Piano Azioni Positive e Relazione annuale sulla situazione del personale			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Organizzazione incontri periodici	2022 - 2024	CUG - Direzione Strategica – Direttori S.C. e Dirigenti S.S.	n. di partecipanti/ n. di incontri in-formativi (indicatore annuale)

Azione 7.

Promozione della cultura della salute e della sicurezza di genere attraverso il perfezionamento dei moduli formativi e di aggiornamento obbligatori, previsti dal d.lgs. 81/08 e s.m.i., con le informazioni su ruolo, compiti e attività del CUG in merito ai temi di competenza del Comitato (diversità, discriminazioni e loro effetti su salute e sicurezza). Inserire nell'analisi dei rischi anche il "rischio emergente" delle molestie e della violenza fisica e psichica nei luoghi di lavoro			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Partecipazione dei/delle componenti CUG ai Corsi obbligatori sulla sicurezza sul lavoro in qualità di formatori Definizione Accordo CUG e SPPA	2022 - 2024	SPPA – Direzione Strategica CUG	n. di componenti CUG formatori/ n. di moduli obbligatori sulla sicurezza sul lavoro (indicatore annuale)

Azione 8.

Implementare la rete di relazioni del CUG ASL BA per una strategia comune in materia di pari opportunità e di lotta alle discriminazioni, in ambito sia aziendale che regionale e nazionale: Rete Nazionale dei CUG, Consigliere di Parità della Città Metropolitana di Bari e della Regione Puglia, INAIL, Università, Componenti Consulta Regionale femminile, Direzione Strategica, AGRU, UPD, Ufficio Formazione, Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), U.O.C. Rischio Clinico, Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA), Medico Competente aziendale, Rappresentanze sindacali, ecc			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Programmazione di incontri di rete periodici Partecipazione Assemblea e Gruppi di Lavoro Rete Nazionale CUG	2022 - 2024	CUG - Direzione Strategica U.O. anzidette	n. di partecipanti / n. di incontri (indicatore annuale)

Azione 9.

Adozione del Codice di condotta per la tutela della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori (nel quadro del più ampio procedimento istruttorio dell'UPD, volto all'aggiornamento del codice di comportamento aziendale ai fini della successiva approvazione con deliberazione D.G., proposta dall'RPCT, come da Piano Triennale Anticorruzione 2021/2023) e avvio della procedura di individuazione del/della Consigliere/a di fiducia			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Adozione deliberazione Codice di Condotta e pubblicazione Avviso per acquisizione manifestazioni d'interesse	31.12.2022	AGRU - Direzione Strategica CUG – URP - UPD	Pubblicazione Regolamento Codice di Condotta Conferimento incarico Consigliere/a di fiducia (indicatori annuali)

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Azione 10.

Avvio della Sperimentazione "Banca delle ore e Ferie Solidali" - adozione atto di recepimento Regolamento predisposto dal CUG al fine di migliorare l'organizzazione del lavoro adottando nuove soluzioni per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Adozione deliberazione di Approvazione Regolamento	31.12.2022	AGRU - Direzione Strategica CUG - URP	Pubblicazione Regolamento (indicatore annuale)

Azione 11.

Predisposizione del 2° Bilancio di Genere, ai sensi della Legge 31.12.2019, n. 196 - art. 38 septies "Sperimentazione in sede di rendicontazione di un bilancio di genere". Il bilancio di genere è inteso quale strumento per integrare la dimensione di genere e garantire una presenza equilibrata di entrambi i sessi nei servizi pubblici ed ha come obiettivi fondamentali quelli di: accrescere la consapevolezza dell'impatto che le politiche pubbliche possono avere sulle diseguaglianze di genere, assicurare una maggiore efficacia degli interventi, tramite una chiara definizione di obiettivi di genere da tenere in considerazione anche nell'individuazione delle modalità di attuazione e, da ultimo, promuovere una maggiore trasparenza della pubblica amministrazione, attivando meccanismi tesi a evidenziare pratiche potenzialmente discriminatorie			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Predisposizione e adozione Bilancio di genere	31.12.2022	Area Gestione Risorse Finanziarie - CUG Direzione Strategica	Pubblicazione 2° Bilancio di genere (indicatore annuale)

Azioni 12.

Definizione della procedura per la gestione dei rapporti Amministrazione – CUG e, nello specifico, CUG – SSPA, OIV (anche tramite la Struttura Tecnica Permanente di supporto di cui all'art. 14, d. lgs. 150/2009), RPCT, AGRU e altre U.O. aziendali. E' opportuno condividere con l'Amministrazione un documento condiviso per regolare il flusso e i soggetti coinvolti in base alle diverse materie di competenza del CUG e alle sue funzione propositive, consultive e di verifica			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Definizione procedura relativa ai rapporti tra il CUG e le strutture interne all'amministrazione Individuazione supporto operativo/amministartivo all'attività del CUG	31.12.2022	Direzione Strategica - CUG	n. di incontri con Direzione Strategica e Strutture Interne/12 mesi (indicatore annuale)

Azioni 13.

Predisposizione del Piano triennale di azioni positive come allegato del Piano della performance, ai sensi della Direttiva 2/2019			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Aggiornamento annuale PAP	2022 - 2024	Direzione Strategica - CUG – OIV (anche tramite la Struttura Tecnica Permanente di supporto di cui all'art. 14, d. lgs. 150/2009)	Pubblicazione entro il 31 gennaio sul sito aziendale PAP (indicatore annuale)

Formazione

Previsione, nell'ambito delle attività di in-formazione e di aggiornamento rivolte al personale, di seminari/incontri in tema di parità, uguaglianza sostanziale, pari opportunità:

• Riflessioni sulla violenza di genere e molestie nei luoghi di lavoro (Evento formativo rivolto a n°100 partecipanti);

Indicatore: Numero partecipanti effettivi/destinatari degli interventi informativi/formativi - (indicatore annuale)

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

II. VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE

Finalità Area Tematica

Il termine "benessere sul luogo di lavoro" risale al 1981 (ILO "Occupational Safety and Health Convention") e indica non solo l'assenza di malattia e infermità ma anche tutti quegli elementi fisici e mentali che possono influire sulla salute dei lavoratori. Benessere organizzativo è la capacità delle organizzazioni di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori per tutti i livelli e ruoli. Studi e ricerche sulle organizzazioni hanno dimostrato che le strutture più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti e un "clima interno" sereno e partecipativo.

Il concetto di benessere organizzativo si riferisce, quindi, al modo in cui le persone vivono la relazione con l'organizzazione in cui lavorano; tanto più una persona sente di appartenere all'organizzazione, perché ne condivide i valori, le pratiche, i linguaggi, tanto più trova motivazione e significato nel suo lavoro.

In un'organizzazione il grado di "benessere organizzativo" può influire in modo significativo sulle performance dei singoli, dei gruppi e dell'intero sistema. Al contrario, quando si verificano condizioni di scarso "benessere organizzativo" si possono determinare: diminuzione della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno.

In tal senso si è mosso anche il legislatore nazionale nell'individuare in via generale l'oggetto della valutazione dei rischi, che costituisce un obbligo del datore di lavoro il quale non può delegare ad altri tale attività. Infatti, l'art. 28 D.Lgs. 81/08 prevede che, nell'effettuare la valutazione, il datore di lavoro tenga anche conto di rischi particolari quali in particolare "quelli collegati allo stress lavoro-correlato", con la ovvia conseguenza che di essi dovrà tenersi conto nella elaborazione del documento di sicurezza nel quale vanno sostanzialmente riportate le linee di fondo della politica aziendale in materia di sicurezza del lavoro.

Anche il PNRR, come varato dal Consiglio dei ministri, nella Missione 6-Salute, elenca i problemi del sistema sanitario, resi ancora più evidenti dalla pandemia Covid-19 ed evidenzia l'importanza delle tecnologie, delle competenze – digitali, professionali e manageriali – per rivedere i processi di cura.
La missione si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

La dimensione – Sviluppo delle competenze, attende:

- l'incremento delle borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali;
- l'avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali;
- l'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del SSN
- l'incremento dei contratti di formazione specialistica per affrontare il cosiddetto "imbuto formativo", vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-lauream previsto e garantire così un adeguato turn-over dei medici specialisti del SSN.

Il potenziamento delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario avverrà attraverso un programma di assegnazione di borse di studio e erogazione di corsi di formazione specifici da realizzare entro l'orizzonte del PNRR (metà 2026)

Obiettivi:

- La sensibilizzazione del personale ai temi del benessere organizzativo, della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- La realizzazione di concrete azioni positive volte all'incremento del livello di benessere percepito;
- L'ottimizzazione degli strumenti di flessibilità lavorativa (L.A. , Telelavoro, S.W.);
- La promozione della salute e della sicurezza del personale in modalità agile;
- La previsione di strumenti di flessibilità che rispondano alla necessità di conciliare vita familiare e vita lavorativa;
- La in-formazione su istituti contrattuali (ferie solidali, banca delle ore, art. 39 Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, relativo al personale del comparto sanità triennio 2026-2018, ecc.);
- L'ottimizzazione del capitale umano, organizzativo e tecnologico, al fine di raggiungere incremento dell'efficienza;
- Il favorire forme di partecipazione organizzativa, la costituzione di gruppi di lavoro trasversali, la condivisione delle competenze, possono rappresentare utili meccanismi di incentivazione organizzativa;
- La promozione della formazione realizzata da personale interno, per riconoscere e valorizzare il contributo individuale, socializzare il sapere e consentire di trasformare l'apprendimento individuale in apprendimento organizzativo;
- L'individuazione di forme di relazione diretta fra i lavoratori integrando comunicazione interna ed esterna e individuando modalità per valorizzare il lavoro, renderlo visibile agli occhi dei colleghi e dei cittadini;
- La promozione della rilevazione dello stress da lavoro correlato può servire per attivare percorsi volti al miglioramento della produttività mediante il monitoraggio delle variabili psicosociali e l'individuazione di antagonismi e atteggiamenti sterilmente competitivi che possono generare tendenze regressive nell'organizzazione.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Azione 1.

Diffusione, attraverso i canali digitali istituzionali e spazi dedicati al CUG, di informazioni in materia di benessere lavorativo, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (opuscoli, letture guidate, sintesi degli orientamenti regionali, nazionali ed internazionali)			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Predisposizione di report, sintesi normativa e informazioni, da divulgare	2022 - 2024	CUG - URP – OIV- AGRU	n. di opuscoli, letture guidate, ecc./ n. personale coinvolto (indicatore triennale)

Azione 2.

Efficientamento degli spazi interni alla ASL BA (mense, luoghi per la pausa pranzo, spazi per la socializzazione, la conciliazione e per l'allattamento al seno). Gli Spazi dovrebbero diventare un importante veicolo di informazione e promozione culturale rispetto ai temi della conciliazione vita-lavoro			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Individuazione di spazi di condivisione e analisi della fattibilità di una "zona comfort" con previsione di specifiche istruzioni operative che consentano l'idonea gestione delle aree. Promozione di azioni informative/sensibilizzazione	2022 - 2024	CUG - Strutture Aziendali Direzione Strategica – Area Tecnica	n. di spazi comfort/ n. di spazi complessivi (indicatore annuale) predisposizione di linee guida/istruzioni operative (indicatore triennale)

Azione 3.

Implementazione incontri Tavolo Tecnico Paritetico composto dal Responsabile SPPA ASL BA, un Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, il Responsabile Servizio di Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione, Presidente e Referente Gruppo Lavoro Prevenzione Mobbing CUG ASL BA, referenti tecnico-scientifici INAIL o loro delegati, ai sensi del Protocollo INAIL/ASL BA			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Implementazione metodologia INAIL nella valutazione dello stress lavoro correlato Inserire nell'analisi dei rischi anche il "rischio emergente" della violenza fisica e psichica	2022 - 2024	CUG - SPPA Direzione Strategica Responsabile Servizio di Sorveglianza Sanitaria	numero tavoli tecnici/ anno (indicatore triennale)

Azione 4.

Adozione di strategie atte a favorire la conciliazione tempi di vita, così da rispondere al meglio alle esigenze dei lavoratori con figli minori o anziani bisognosi di assistenza e, in generale, di tutti coloro che, nell'ambito del contesto familiare, svolgono le funzioni di care giver			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Partecipazione bandi pubblici, nazionali e regionali, per finanziare iniziative di conciliazione	2022 - 2024	CUG - AGRU Direzione Strategica	n. progetti/ n. progetti finanziati (indicatore triennale)

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Azione 5.

Migliorare la "lettura dell'organizzazione" affinando la raccolta e l'analisi dei dati relativi al personale suddivisi per genere, età e disabilità in termini di posizioni contrattuali, qualifiche, anzianità di servizio, accesso a strumenti utili alla conciliazione, titoli di studio, distribuzione territoriale. Studio di azioni specifiche di tutoraggio e procedure per il trasferimento di competenze del personale in uscita anche attraverso la sperimentazione di affiancamenti			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Assicurare la produzione di dati e informazioni necessari alla definizione del Piano triennale delle azioni positive Avvio attività di tutoraggio	2022 - 2024	CUG - AGRU Direzione Strategica Strutture Aziendali	n. incontri/ n. complessivo strutture aziendali numero di tutoraggi realizzati (indicatore triennale)

Azione 6.

Monitorare lo stato del benessere dei dipendenti attraverso Ricerc-Azione (focus group/questionari)			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Organizzazione Focus Group ed elaborazione questionari	2022 - 2024	CUG - OIV - AGRU Direzione Strategica Strutture Aziendali	Elaborazione Report documento di definizione delle aree di intervento e delle azioni positive conseguenti (indicatore annuale).

Azione 7.

Sperimentazione di progetti individualizzati di smart working nell'ottica di favorire la conciliazione dei tempi di lavoro e di vita, di raggiungere gli obiettivi indipendentemente dai luoghi e dai tempi impiegati, incrementando produttività ed efficienza in ambito lavorativo. Partecipazione del CUG alla elaborazione del PIAO Partecipazione attiva dl CUG ed implementazione azioni specifiche, nell'ambito dell'Accordo sottoscritto con la Regione Puglia			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Definizione e utilizzo dello S.W. come modalità ordinaria Collaborazione alla elaborazione del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO)	2022 - 2024	CUG - AGRU - OIV Direzione Strategica Strutture Aziendali	n. lavoratori S.W. / n. complessivo personale n. lavoratori in L.A./n. lavoratori totali della struttura complessa di appartenenza pubblicazione PIAO (indicatori annuali)

Azione 8.

Realizzare politiche volte all'active ageing, attraverso il contributo delle Associazioni Sportive, Culturali e di Promozione Sociale che manifesteranno interesse a supportare i lavoratori nel processo di cambiamento orientato verso un corretto stile di vita			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Prevedere iniziative di prevenzione di tumori e altre patologie croniche, realizzando eventi di informazione al personale anche in ottica di genere e con indicazioni di stili di vita	2022 - 2024	CUG - DP Direzione Strategica	numero lavoratori coinvolti / numero totale lavoratori (indicatore annuale)

virtuosi per prevenirli Partecipare alle campagne di prevenzione, positivamente realizzate a livello regionale e nazionale Proseguire le campagne informative sulla salute e sicurezza anche attraverso la realizzazione degli opuscoli sulle buone prassi Organizzazione di n° 4 eventi annuali asl.ba@in.salute			

Azione 9.

Avviare il Progetto "Car Sharing Mobility" al fine di realizzare una piattaforma di collaborazione tra i lavoratori per la mobilità condivisa			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Predisposizione deliberazione e gestione fasi del progetto Affidamento Servizio	31.12.2022	CUG - SPPA Direzione Strategica	numero lavoratori coinvolti / numero lavoratori totali pubblicazione deliberazione D.G. dia affidamento servizio (indicatore annuale)

Azione 10.

Sottoscrizione Carta della Conciliazione e convenzioni con Ambiti/Comuni per beneficiare il personale dell'ASL di tariffe agevolate - iscrizioni minori asili nido - personale della ASL BA			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Sottoscrizione della Carta della Conciliazione tra i CUG del territorio di competenza della Città Metropolitana di Bari Sottoscrizione convenzioni con Ambiti e/o Comuni	31.12.2022	CUG - Direzione Strategica -AGRU	n. convenzioni/ anno (indicatore annuale)

Azione 11.

Ricognizione dei bisogni del personale connessi alla cura di figli minori, familiari anziani o disabili per valutare l'opportunità di sottoscrivere convenzioni con centri sportivi, centri estivi, servizi domiciliari e diurni per disabili e anziani presenti nel territorio			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Stipula di convenzioni con strutture del territorio	2022 - 2024	CUG - Direzione Strategica	n. convenzioni / anno (indicatore triennale)

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Azione 12.

Valorizzazione dell'attività di Ascolto del personale attraverso il Nucleo di Ascolto e i Circoli di ascolto organizzativo, un'iniziativa finalizzata al cambiamento della percezione che i lavoratori hanno del proprio ambiente di lavoro, all'incremento della motivazione, al miglioramento delle performance lavorative			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Individuare, all'interno delle U.O. lavoratori/lavoratrici motivati ad utilizzare le proprie risorse relazionali e ad acquisire un metodo di facilitazione per trasferire all'interno del proprio contesto operativo un modello di lavoro centrato sulla valorizzazione delle risorse delle persone, al fine di favorire una nuova integrazione tra efficacia operativa e qualità relazionale	2021 - 2023	CUG - Direzione Strategica -AGRU	n. Circoli di Ascolto / n. personale coinvolto (indicatore triennale)

Azione 13.

Avvio di iniziative finalizzate all'individuazione e all'abbattimento delle barriere architettoniche che impediscono, limitano o rendono difficoltoso l'utilizzo degli spazi di lavoro da parte di persone con limitata capacità motoria e sensoriale, come persone diversamente abili o persone che per età o eventi occasionali hanno limiti e/o problemi, anche solo temporaneamente, nella regolare fruizione degli ambienti			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Censimento delle barriere architettoniche esistenti e individuazione dei livelli di priorità. Elaborazione di un programma di interventi per l'attuazione delle azioni individuate. Analisi delle barriere architettoniche e dell'accessibilità nelle varie sedi ASL e programma di miglioramento dell'accessibilità tramite azioni quali la rimozione delle stesse barriere. Attenzione alle necessità anche temporanee di dipendenti con limitata capacità motoria e sensoriale con individuazione delle soluzioni più adatte a ripristinare una situazione di benessere lavorativo e organizzativo.	2022 - 2024	CUG - Direzione Strategica Servizio di Prevenzione e Sicurezza – Servizio Gestione Tecnica	n. sedi sottoposte ad azioni di miglioramento / n. complessivo sedi con barriere architettoniche (indicatore triennale)

Formazione

- Realizzazione di una serie di incontri in tema di conciliazione, flessibilità, lavoro agile, accesso ai permessi e ai congedi.
- Organizzazione di eventi in-formativi:
  - Car sharing mobility per lo sviluppo sostenibile (Evento riservato a n° 200 partecipanti)
  - Presentazione Carta della Conciliazione (Evento riservato a n° 100 partecipanti)

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

- partecip@asl bari. it (Evento riservato a n° 80 partecipanti)

III. CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI

Finalità Area Tematica

L'evoluzione della vigente normativa antidiscriminatoria e del diritto comunitario in materia ha determinato una progressiva articolazione nella classificazione dei fenomeni antidiscriminatori. L'art. 25, co. 1, D.Lgs. n.198/2006 (c.d. Codice Pari Opportunità), considera discriminazione diretta "*qualsiasi disposizione, criterio, prassi, atto, patto o comportamento, nonché l'ordine di porre in essere un atto o un comportamento, che produca un effetto pregiudizievole discriminando le lavoratrici o i lavoratori in ragione del loro sesso e comunque il trattamento meno favorevole rispetto a quello di un'altra lavoratrice o di un altro lavoratore in situazione analoga*".

La legislazione comunitaria definisce la discriminazione diretta come la situazione nella quale una persona è trattata meno favorevolmente, in base al sesso, di quanto sia stata o sarebbe trattata un'altra persona in una situazione analoga (Direttiva n. 2006/54). Alla luce di tali definizioni, dunque, è chiaro che per discriminazione diretta si intende ogni condotta con la quale la persona, in ragione del genere, viene fatta oggetto di un trattamento sfavorevole, rispetto alle persone appartenenti all'altro genere. Così, la Corte di Giustizia UE (sent. 6 marzo 2014, n. 595/12, in *RI DL*, 2014, II, 936) ha stabilito che costituisce discriminazione diretta l'esclusione di una donna in congedo di maternità da un corso di formazione professionale obbligatorio per ottenere la nomina in ruolo e beneficiare di condizioni d'impiego migliori.

La discriminazione indiretta riguarda invece i casi in cui un trattamento omogeneo produce conseguenze diverse sui gruppi individuati dal legislatore, a causa delle specificità che connotano la maggioranza degli appartenenti ad un certo gruppo. Questo tipo di discriminazione attiene non ad un determinato fattore di rischio, ma ad un criterio neutro e di per sé legittimo, idoneo a provocare un impatto differenziato – e quindi con esiti discriminatori – tra gruppi di persone considerate, sfavorendo un gruppo rispetto ad un altro.

In base alla formulazione contenuta nell'art. 25, co. 2, D.Lgs. n. 198/2006, che riprende quella comunitaria, si verifica una discriminazione indiretta "*quando una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento apparentemente neutri mettono o possono mettere i lavoratori di un determinato sesso in una posizione di particolare svantaggio rispetto ai lavoratori dell'altro sesso, salvo che riguardino requisiti essenziali allo svolgimento dell'attività lavorativa, purché l'obiettivo sia legittimo e i mezzi impiegati per il suo conseguimento siano appropriati e necessari*".

L'individuazione di una discriminazione indiretta costituisce, pertanto, un compito delicato, poichè comporta un'approfondita valutazione dell'atto discriminatorio nel contesto di riferimento, al fine di verificare se un comportamento che appaia, ad un primo esame, legittimo, nasconda, in realtà, una forma di ingiustificata differenziazione.

Pertanto, «*Costituisce discriminazione diretta qualsiasi atto, patto o comportamento che produca un effetto pregiudizievole discriminando le lavoratrici o i lavoratori in ragione del loro sesso e comunque il trattamento meno favorevole rispetto a quello di un'altra lavoratrice o di un altro lavoratore in situazione analoga*». Questa definizione conserva, rispetto alle preesistenti, un riferimento alla comparazione tra i trattamenti differenziati, poiché il divieto di discriminazione continua ad essere formulato come divieto di trattare meno favorevolmente alcune persone rispetto ad altre: il divieto colpisce, dunque, una disparità di trattamento, fondata sulla diversità di genere (qualificandola come discriminazione illecita).

Altro tema cruciale è quello delle discriminazioni della popolazione LGBTIQ tra lavoro e nuove famiglie. La popolazione LGBTIQ è protagonista di una crescente rilevanza nel dibattito pubblico e politico, con l'acquisizione e il consolidamento di una più articolata consapevolezza delle istanze che la caratterizzano. Le questioni, le problematiche e le criticità che riguardano le persone che possono riconoscersi nelle definizioni alle quali rimanda l'acronimo LGBTIQ, ossia lesbiche, gay, bisessuali, trans/non binarie, intersessuali e queer, sono state assunte nel dibattito politico e sociale, in particolare negli ultimi due decenni, quali elementi attinenti propriamente alla sfera del rispetto e della tutela dei diritti umani.

Non più questioni marginali, dunque, ma assunte nelle agende politiche, in particolare nell'Unione Europea e di conseguenza negli Stati Membri che ne fanno parte, nonché temi ai quali le organizzazioni del lavoro devono porre massima attenzione. Diversi sono i passaggi del percorso che ha condotto a tali acquisizioni, in un significativo intreccio con gli aspetti che riguardano l'ambito lavorativo: esso ancora oggi rappresenta uno degli spazi dove vengono esperite la maggior parte delle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere, come ha recentemente evidenziato la Commissione Europea nella sua prima strategia per l'uguaglianza LGBTIQ – Unione dell'uguaglianza: strategia per l'uguaglianza LGBTIQ 2020-2025. Va sottolineato come non sempre, alla pur fondamentale azione legislativa, sia seguita, nel corso degli anni, una effettiva possibilità di applicazione dei principi sanciti negli atti normativi, né tali atti colgono pienamente le esigenze della popolazione LGBTIQ, in particolare in relazione ai diritti nell'ambito del vissuto lavorativo e familiare. Sebbene negli ultimi anni, anche nel nostro Paese, diversi importanti passi siano stati fatti in tal senso, resta fondamentale ancora oggi un'azione che tenti di colmare le lacune lasciate da un quadro normativo che ancora non coglie pienamente la pluralità propria delle esperienze familiari, affettive e genitoriali.

Rispetto all'ambito giuridico, il radicamento della dicotomia maschile/femminile – considerata imprescindibile nella cultura giuridica occidentale – genera una valenza del diritto quale sistema che contribuisce a produrre e sancire una differenza di genere esclusivamente binaria, generando discriminazioni nel confronto con la complessità relazionale ed emotiva del vissuto umano (Giacomelli 2020). La popolazione LGBTIQ, sollecita, pertanto, azioni che tentino di colmare le disparità nell'accesso e nella fruizione di determinati diritti, in particolare nell'ambito lavorativo dove una consistente gamma di istituti e diritti è legata allo status familiare.

Con la Legge 20 maggio 2016 n. 76, Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze, vi è stato un ampliamento del campo di azione del diritto antidiscriminatorio, individuandone i principali ambiti di riferimento e, infine, evidenziando alcune possibilità di ulteriore azione che si profilano rispetto alla finalità di garantire pari dignità e diritti, in particolare nel mercato del lavoro.

Obiettivi:

- La sensibilizzazione sui temi specifici delle discriminazioni e della violenza nei luoghi di lavoro;
- La promozione della in-formazione sulla normativa antidiscriminatoria;
- Lo sviluppo nella gestione del personal della cultura di genere, della valorizzazione della diversità, della prevenzione e contrasto ad ogni forma di discriminazione;
- Garantire i diritti delle persone LGBTIQ nelle organizzazioni;
- L'introduzione nel sistema di valutazione della performance di Direttori S.C. e Dirigenti S.S. di indicatori concernenti le abilità comunicative e relazionali, l'orientamento ai valori delle pari opportunità, della valorizzazione delle differenze e del benessere organizzativo.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Azione 1.

Individuazione e analisi, nel rispetto di quanto previsto dalle recenti normative, degli indicatori di discriminazione e/o molestie/violenza all'interno della comunità aziendale (analisi dei dati statistici aziendali)			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione Report Procedimenti Istruttori, accesso Sportello di Ascolto, ecc.	2022 - 2024	CUG - Direzione Strategica	numero procedimenti istruttori/numero segnalazioni Sportello Ascolto CUG (indicatore annuale)

Azione 2.

Diffusione, anche attraverso i canali digitali istituzionali, delle azioni positive programmate dalla Rete Nazionale dei CUG			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Presa d'atto degli accordi stipulati dalla Rete Nazionale dei CUG	2022 - 2024	CUG - Direzione Strategica	pubblicazione atti e determinazioni in materia (indicatore triennale)

Azione 3.

Superare le condizioni con effetti di pregiudizio e discriminazione nella frequenza dei corsi di formazione, nelle procedure di mobilità ovvero nel trattamento economico (partecipazione progetti obiettivo, lavoro straordinario, ecc);			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Monitoraggio delle segnalazioni acquisite agli atti dal CUG	2022 - 2024	CUG - Direzione Strategica	numero segnalazioni/U.O. di appartenenza (indicatore annuale)

Azione 4.

Realizzare la mappatura delle competenze del personale quale strategia per valorizzare la dimensione dinamica a disposizione dell'organizzazione, ovvero l'apporto professionale dell'individuo, il capitale intellettuale rappresentato dalle conoscenze e competenze possedute dalle persone e dalla capacità individuale di acquisire, governare e applicare tale patrimonio			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Avviare la mappatura al fine di garantire la realizzazione delle performance attese e degli obiettivi strategici pianificati, analizzandone i principali processi aziendali, le modalità operative, i valori e la cultura	2022 - 2024	Direzione Strategica AGRU - CUG Direttori S.C.	numero personale mappato/numero complessivo personale aziendale (indicatore triennale)

Azione 5.

Incremento dei contatti e delle collaborazioni del CUG con le associazioni e con gli Enti territoriali impegnati nel contrasto alle molestie e alla violenza nei luoghi di lavoro. Organizzazione di incontri specifichi ai quali saranno invitati esperti di settore (Consigliere di Parità Città Metropolitana e Regione Puglia, Componenti Consulta Regionale femminile, rappresentanti dei CAV e delle associazioni attive sul territorio) per illustrare le misure di tutela delle persone vittime di molestie e violenza sul posto di lavoro: modalità di denuncia, accesso al gratuito patrocinio, inserimento in strutture protette, ecc.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Sottoscrizione accordo con attori presenti sul territorio per organizzazione eventi in-formativi Organizzazione eventi specifici sul tema della violenza e delle molestie nei luoghi di lavoro	2022 - 2024	CUG - Direzione Strategica	Pubblicazione atti e determinazioni (indicatore annuale) n. eventi formativi / n. complessivo eventi formativi obbligatori aziendali (indicatore triennale)

Azione 6.

Definizione dei criteri di partecipazione ai Corsi di formazione obbligatori aziendali a distanza/webinar al fine di proporre una integrazione al Regolamento Aziendale per eliminare forme di discriminazione implementando l'utilizzo della piattaforma aziendale per i Corsi a distanza in tutte le U.O.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione proposta di integrazione Regolamento Aziendale Formazione Valutazione delle criticità relative all'utilizzo della piattaforma aziendale per la formazione a distanza		CUG - Direzione Strategica Coordinamento Scientifico Formazione Ufficio Formazione Unità Analisi Sistema Informatico	pubblicazione nuovo Regolamento Aziendale per la Formazione a distanza (indicatore annuale)

Azione 7.

Prevenire e contrastare le discriminazioni nel mondo del lavoro basate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere, incrementando la consapevolezza dell'opinione pubblica sul tema dell'inclusione socio-lavorativa delle persone LGBT. Promozione di attività di sensibilizzazione e in-formative per contrastare l'omo-bi-lesbo-trans-intersex-fobia e favorire lo sviluppo di una cultura delle differenze nella organizzaizone.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Favorire politiche di diversity management per dare visibilità alla persone LGBT e alle politiche gay friendly Effettuare studi e monitoraggi per conoscere le dimensioni e le caratteristiche reali della discriminazione basata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere a livello aziendale, mediante la	2022 - 2024	CUG - Direzione Strategica-URP – AGRU – Coordinamento Scientifico Formazione - Ufficio Formazione	n. studi effettuati/x anno n. corsi di in-formazione/ n. partecipanti n. segnalazioni al Nucleo di Ascolto/x anno (indicatori annuali)

rilevazione, raccolta sistematica, analisi, elaborazione e rappresentazione dei dati, con un particolare focus sulle persone transessuali e trans gender Monitorare l'applicazione della normativa antidiscriminatoria vigente, anche con riferimento alle pronunce giurisdizionali			

Formazione

– Previsione, nell'ambito delle attività di formazione e di aggiornamento rivolte ai dipendenti, di workshop e seminari in tema di discriminazione e di lotta alle molestie e alla violenza nei luoghi di lavoro.
- Potenziamento piattaforme learning (webinar, focus formativi, brevi aggiornamenti normativi e procedurali, ecc...).
- Organizzazione di eventi in-formativi:
• La violenza di genere: modalità d'intervento (Evento riservato a n° 300 partecipanti)
• La Consigliera di Parità e di Fiducia - normativa di contrasto alle molestie e violenze nei luoghi di lavoro
(Evento riservato a n° 200 partecipanti)

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

III Parte - Gender Equality Action Plan GEAP

2. Azioni - Triennio 2022 – 2024

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è il piano elaborato dall'Italia per favorire lo sviluppo ed il rilancio economico del paese. Questa iniziativa, di notevole impatto economico, è strutturata in sei Missioni: ogni missione è dedicata alla realizzazione di interventi in una specifica materia. Una partita molto importante sulla quale si baserà lo sviluppo del paese è quella dell'eguaglianza di genere.

Negli ultimi decenni l'Unione Europea (UE) ha compiuto notevoli passi per favorire l'uguaglianza di genere con percorsi e attività volte a capire le cause delle disparità ancora esistenti e con la realizzazione di norme sulla parità di trattamento e di misure specifiche a favore delle donne. L'Italia, nel contesto Europeo, si trova ancora in una posizione piuttosto arretrata, come mostra l'indice sull'uguaglianza di genere dell'European Institute for Gender Equality (EIGE), secondo il quale, con 63,5 punti su 100, risulta quattordicesima nella scala dei Paesi dell'Unione. Tale indice in Italia è di 4,4 punti inferiore a quello medio UE.

Nella convinzione di potere migliorare le politiche aziendali per favorire una maggiore inclusione e valorizzazione professionale delle donne, il CUG ASL BA è da anni impegnato sul tema delle pari opportunità, del contrasto alle molestie e alla violenza nei luoghi di lavoro, come si evince dalle molteplici azioni positive avviate nell'ultimo triennio e dalla costante e proficua collaborazione/confronto avviati con la Rete Nazionale dei Comitati Unici di Garanzia.

Il Gender Equality Plan (GEP) può essere inteso come uno strumento per "accompagnare" l'organizzazione nel percorso di consapevolezza rispetto al proprio livello di attenzione al tema dell'inclusione di genere. L'obiettivo primario del GEP è, infatti, l'individuazione dei pregiudizi di genere presenti in azienda e la riduzione del Gender Gap attraverso azioni di sensibilizzazione e in-formative. L'approccio del Gender Equality Plan si basa su dati concreti e obiettivi misurabili, finalizzati a rendere oggettivo il progresso dovuto alle iniziative implementate e monitorate nel tempo.

Nel dettaglio, gli interventi del Piano sono stati distinti in misure "mirate alle donne" (pianificate cioè con l'obiettivo specifico di intervenire in favore delle donne); misure "indirettamente riconducibili alla riduzione delle diseguaglianze" (ossia che potrebbero avere un impatto, anche indiretto, nella riduzione delle disuguaglianze a sfavore delle donne) e, "non classificabili" (per le quali non è stato possibile identificare in modo puntuale una precisa attribuzione secondo i criteri sopra indicati, poiché le informazioni a disposizione non consentono una attendibile valutazione ex ante dei possibili impatti di genere).

Gli interventi diretti alla riduzione delle diseguaglianze di genere (quindi mirati alle donne) si concentrano nella missione "Inclusione e coesione del PNRR" che dovrebbe dare impulso alla partecipazione delle donne al mercato del lavoro, attraverso l'introduzione di un sistema nazionale di certificazione della parità di genere.

Tutte le missioni del PNRR contengono misure che, seppure indirettamente, possono essere riconducibili alla riduzione delle diseguaglianze.

Nella missione "Salute" la valorizzazione delle cure di prossimità, anche con l'istituzione delle "Case di comunità" che coordineranno la presa in carico dei pazienti, e il miglioramento dell'integrazione complessiva dei servizi assistenziali e socio-sanitari, possono portare ad un miglioramento generalizzato delle condizioni di salute degli individui. Nella stessa missione, il potenziamento dell'assistenza domiciliare potrebbe stimolare l'occupazione femminile, sia incentivando un settore prevalentemente composto da donne sia consentendo a queste ultime di recuperare parte del tempo tradizionalmente finalizzato alla cura dei familiari per reindirizzarlo al lavoro retribuito.

Nella missione "Infrastrutture per una mobilità sostenibile", le misure relative all'efficientamento delle reti ferroviarie, specie quelle utilizzate dai pendolari, potrebbero rivelarsi impattanti da un punto di vista di genere, agevolando gli spostamenti delle donne. Queste ultime, tendono a non limitarsi al tragitto casa-lavoro-casa ma effettuano spostamenti più complessi e "spezzati" proprio per conciliare le esigenze lavorative con le incombenze connesse alle responsabilità domestiche e familiari. Gli interventi per le scuole dell'infanzia, il Piano asili nido e il Fondo per il tempo pieno scolastico dovrebbero invece favorire la conciliazione delle esigenze familiari con gli impegni lavorativi. Un risultato simile potrebbe essere peraltro raggiunto anche dalle infrastrutture socio-assistenziali, come i percorsi di autonomia per i disabili e il supporto ai vulnerabili e agli anziani della missione "Inclusione e coesione", che trasferirebbero in capo alla gestione pubblica parte dei carichi di cura svolti privatamente dalle famiglie e soprattutto dalle donne.

Le azioni positive in questa sezione sono costituite da obiettivi relativi alle Aree Tematiche individuate e illustrate nella Tabella seguente.

Area tematica	Obiettivo	Azione	Responsabilità	Tempi di attuazione	Indicatore
1. Leadership e processo decisionale	Miglioramento dei processi decisionali interni volto a una maggiore equità di genere, incremento della presenza femminile nelle posizioni apicali	Implementazione della raccolta e analisi dei dati per il Bilancio di Genere e relazione annuale sulla situazione del personale Redazione del Piano Azioni Positive	Direzione Strategica, CUG, AGRU	2022-2024	Incremento del n. di donne nelle posizioni di vertice nel triennio di riferimento (indicatore annuale)
2. Progressione di carriera	Promozione delle pari opportunità nello sviluppo professionale e nella composizione delle commissioni concorsi	Favorire l'equilibrio di genere nelle commissioni valutatrici dei concorsi, anche attraverso la promozione di specifici percorsi formativi diretti a tutto il personale Definire un disciplinare per la composizione delle commissioni concorsi, nel rispetto delle leggi e	Direzione Strategica, CUG, AGRU	2022-2024	Approvazione disciplinare per la composizione delle commissioni concorsi (indicatore anno 2022) n. di donne con incarico di presidentesse di commissioni concorsi/totale commissioni

		regolamenti nazionali e regionali Inoltrare alla Regione comunicazione con richiesta, per ciascuna procedura di individuazione, in egual numero di componenti uomini e donne Redazione del Bilancio di Genere Promozione di percorsi di empowerment per tutte le lavoratrici			(indicatore annuale) n. di donne componenti di commissioni concorsi/n. totale componenti di commissioni (indicatore annuale)
3. Organizzazione del lavoro orientata a favorire la conciliazione tra gli impegni professionali e la vita privata	Tutela dei lavoratori e delle lavoratrici con periodi o situazioni di maggiore criticità nella conciliazione tra vita privata e lavorativa	Individuazione di misure contrattuali volte a garantire una maggiore flessibilità e accessibilità per le lavoratrici e i lavoratori che si trovano in situazioni particolari che incidono sulla conciliazione tra vita professionale e privata (ferie solidali, banca delle ore, ecc.) Approvazione del Regolamento per l'organizzazione agile del lavoro, al fine di aumentare l'efficacia e l'efficienza dei processi di gestione delle risorse umane. Istituzione di prassi organizzative per una pianificazione delle riunioni in orario di lavoro. Piani di fattibilità per la prosecuzione/creazione di servizi di welfare, e per l'implementazione di accordi contrattuali con enti erogatori di servizi di cura familiare (centri diurni per genitori anziani conviventi, centri estivi per figli minori...)	Direzione Strategica, CUG, AGRU	2022-2024	n. accordi individuali sottoscritti per Lavoro Agile (indicatore annuale) n. regolamenti approvati (indicatore annuale) n. convenzioni per servizi di welfare aziendale (indicatore triennale)

4. Molestie e violenza nei luoghi di lavoro	Contributo alla conoscenza degli strumenti utili al contrasto della violenza di genere e a favorire l'incontro tra la vittima e i soggetti che possono tutelarla	Sviluppare le azioni previste dai Protocolli d'Intesa sottoscritti in data: - 18 novembre 2020 dai Ministeri Italiani della Pubblica Ammin. delle Pari Opportunità e la Rete dei CUG - in data 8 marzo 2021 Ministero Istruzione e Rete CUG Relazione annuale CUG sulla situazione del personale Pubblicazione sul sito istituzionale del numero verde 1522, utilizzando il format a cura del Dipartimento per le Pari Opportunità	Direzione Strategica, CUG, SPPA	2022-2024	n. azioni/anno
5. Partecipazione a progetti di ricerca e gruppi di lavoro integrati	Integrazione della dimensione di genere nelle attività di ricerca, focus group, formative e di sensibilizzazione	Analisi mirate alla dimensione di genere nelle ricerche e attività di monitoraggio avviate (Lavoro Agile, Benessere Organizzativo, ecc.) Partecipazione a tavoli nazionali e regionali, anche attraverso la costituzione di partenariati multi stakeholder Iniziative a sostegno della partecipazione e del coinvolgimento delle donne nei convegni, attività seminariali e di divulgazione ASL BA	CUG, Direzione Strategica, Direttori S.C.	2022-2024	n. Report attività di monitoraggio/anno n. di adesioni tavoli tecnici/anno
6. Promozione della salute delle lavoratrici	Misure di prevenzione in chiave di genere riguardanti anche la sicurezza sui luoghi di lavoro	Progetti e seminari divulgativi sulla medicina di genere Integrazione del documento di valutazione del rischio associato al genere	SPPA, CUG, Direzione Strategica, Direttori S.C.	2022-2024	n. seminari informativi sulla medicina di genere/anno Pubblicazione DVR con valutazione del rischio associato al genere nel triennio

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Un Piano d'azione per lo sviluppo delle pari opportunità nel ciclo della performance

Gli articoli 8 e 9 del Decreto Legislativo n. 150/2009 "*Ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa*" e"*Ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale*" introducono, per la prima volta, il principio delle pari opportunità, in una normativa di carattere generale, tra i fattori di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale delle amministrazioni. Gli Organismi indipendenti di valutazione della performance procedono alla verifica dei risultati e delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità ai sensi del d.lgs. n. 150/2009, che, tra l'altro, collega il sistema di misurazione e valutazione della performance anche al raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità, e indica, tra i contenuti della Relazione sulla performance, il bilancio di genere. L'OIV, pertanto, è obbligato ad effettuare la ricognizione delle iniziative attuate dall'Ente, nel periodo di osservazione, in tema di pari opportunità, attività dirette a favorire la conciliazione della cura familiare e degli impegni professionali, azioni positive avviate per una cultura organizzativa di genere.

Successivamente, è la delibera CIVIT (ora ANAC) n. 22/2011 "*Indicazioni relative allo sviluppo dell'ambito delle pari opportunità nel ciclo di gestione della performance*" che determina la modalità attraverso cui sviluppare la dimensione delle "*Pari opportunità nel ciclo di gestione della performance*".

Nell'ambito del contesto organizzativo vengono individuate quattro principali dimensioni che compongono le pari opportunità: disabilità, razza ed etnia, genere, gruppo sociale.

Le Amministrazioni sono tenute ad individuare obiettivi e/o indicatori relativi alle pari opportunità, obiettivi che possono essere sviluppati in un'ottica di genere e con una prospettiva interna, quando la programmazione degli obiettivi è rivolta al personale, ovvero esterna dal momento che la programmazione degli obiettivi produce effetti verso gli utenti. Nella suddetta delibera le pari opportunità sono intese come "*… requisito di uguaglianza in termini di equità ed imparzialità*", considerato che si fondano sul paradigma di uguaglianza tra individui, senza distinzione di età, genere e orientamento sessuale, di razza, lingua, etnia o religione e di condizione sociale (disabilità).

Il piano è adottato in considerazione del fatto che gli atti e i comportamenti lesivi della dignità della persona, incluse le molestie sessuali, sono nocivi all'ambiente di lavoro e al corretto ed efficace svolgimento dell'attività dell'Azienda; possono inoltre produrre effetti deleteri sulla salute, la fiducia, e le prestazioni di coloro che ne sono oggetto. L'ASL BA sostiene il principio delle pari opportunità quale criterio fondamentale per la costruzione di un ambiente di lavoro improntato al massimo rispetto della libertà e della dignità personale, a tutela della qualità dell'ambiente di lavoro, e a protezione dei diritti fondamentali (dignità, libertà, uguaglianza) degli uomini e delle donne. A tal fine l'Azienda s'impegna a:

a) rimuovere ogni ostacolo all'attuazione di questi diritti, in modo da garantire un ambiente di lavoro in cui donne e uomini rispettino reciprocamente l'inviolabilità della persona umana;

b) garantire a tutti coloro che operano all'interno dell'Azienda il diritto alla tutela da qualsiasi atto o comportamento che produca effetto pregiudizievole nei rapporti interpersonali e che discrimini, anche in via indiretta, in ragione del sesso, della razza o dell'origine etnica, della religione o delle convinzioni personali, degli handicap, dell'età o delle tendenze sessuali.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Un Piano d'azione per il Benessere Organizzativo

La promozione della cultura della partecipazione del personale per il raggiungimento del risultato piuttosto che la cultura dell'adempimento può rappresentare un indicatore di efficienza nelle risposte ai bisogni dei cittadini e di riduzione dei comportamenti violenti verso gli operatori socio sanitari.

Il benessere organizzativo nell'azienda può ottimizzare in modo significativo la performance individuale ed organizzativa. Il miglioramento di questa dimensione e, più in generale, la "valorizzazione delle risorse umane", può rappresentare un concreto salto di qualità nell'efficienza dell'intero sistema che necessità di "rileggere" alcune dimensioni della leadership:

- Capacità emozionali
- Autocontrollo e gestione dello stress, Gestione dei conflitti
- Capacità relazionali
- Disponibilità ai rapporti interpersonali, Lavorare in gruppo, Comunicazione verbale, Negoziazione, Gestione dei gruppi e delle riunioni, Gestione delle risorse umane, Leadership, Impostazione e conduzione del gioco di squadra, Presentazione di iniziative e opportunità
- Capacità gestionali
- Programmazione ed Organizzazione del proprio lavoro, Programmazione, Decisione, Controllo, Orientamento ai risultati
- Capacità Innovative
- Adattabilità/flessibilità, Propensione al nuovo, Creatività, Pensiero prospettico e proattivo.

Le dimensioni del Benessere Organizzativo su cui occorre intervenire sono:

✓ Chiarezza degli obiettivi organizzativi (obiettivi chiari ed espliciti, coerenza tra enunciati e prassi operative)
✓ Circolazione delle informazioni e comunicazione intraorganizzativa circolare
✓ Disponibilità all'ascolto attivo del personale
✓ Innovazione tecnologica e culturale per aprirsi all'ambiente esterno e all'innovazione tecnologica e culturale
✓ Relazioni interpersonali regolari in un ambiente relazionale franco, comunicativo e collaborativo e con livelli tollerabili di stress
✓ Equità di trattamento e giustizia organizzativa nell'assegnazione di responsabilità e nella promozione del personale
✓ Valorizzazione delle risorse umane e delle competenze dei lavoratori, promuovendo l'integrazione tra le diverse professionalità
✓ Opportunità di crescita professionale attraverso la responsabilizzazione e la rotazione degli incarichi
✓ Costruzione di un clima sereno e costruttivo, prevenendo ogni forma di discriminazione e utilizzando efficacemente tutti gli strumenti volti a rispondere alle esigenze di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti
✓Realizzazione di un ambiente di lavoro salubre, confortevole e accogliente, dove si effettui la prevenzione dei rischi professionali (Comfort dell'ambiente di lavoro).

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBITTIVI E RISORSE NECESSARIE

La Direzione Strategica si impegna a garantire le risorse umane e finanziarie necessarie al funzionamento del CUG e a realizzare gli obiettivi di cui al presente Piano. Data la complessità del P.A.P. e l'impatto organizzativo delle azioni previste per la compiuta realizzazione dello stesso, sarà cura del CUG promuovere intese con le Università, la Consigliera dì Parità della Città Metropolitana, della Regione Puglia, della Rete Nazionale dei CUG, i CAV, le Associazioni del Terzo Settore ecc.

TEMPI DI ATTUAZIONE

Gli obiettivi previsti dal Piano hanno un impatto sul medio e lungo periodo - Triennio di riferimento: 2022-2024

MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO

Indispensabile nel processo avviato è il monitoraggio delle azioni positive programmate. Tale azione dovrà essere assicurata allo scopo di verificare lo stato di avanzamento delle iniziative, misurare il grado di raggiungimento dei vari risultati previsti e rilevare le eventuali criticità riscontrate in sede di attuazione.

Dovrà essere analogamente assicurato il continuo coinvolgimento degli Uffici, degli attori coinvolti nel presente piano, della Consigliera di parità, dell'OIV, nonché delle organizzazioni sindacali.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

CONCLUSIONI

Il presente Piano si pone nell'ottica della Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite il 25 settembre 2015 "Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile". Infatti, appare evidente che le finalità del Piano si inseriscono negli obiettivi generali di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals - SbGs):

- Obiettivo 3. Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età
- Obiettivo 5. Raggiungere l'uguaglianza di genere
- Obiettivo 8. Promuovere una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, la piena occupazione e il lavoro dignitoso per tutti
- Obiettivo 9. Costruire una infrastruttura resiliente, promuovere l'industrializzazione inclusiva e sostenibile, sostenere l'innovazione
- Obiettivo 11. Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, resilienti e sostenibili

La definizione da parte della Direzione Strategica di linee programmatiche condivise con il CUG e l'impostazione metodologica e pratica di analisi di reti, favoriranno la prosecuzione e il rafforzamento delle azioni positive attese dal Piano, anche in vista del consolidamento dei risultati ottenuti nel 2021.

In tal senso, si rileva anche una propensione delle strutture aziendali a prendere in esame proposte innovative e azioni positive da attuare in via sperimentale. Va altresì sottolineato il rilevante impegno dedicato alla specifica formazione del personale per l'acquisizione di competenze trasversali, in linea con le direttive del Ministero per la P.A.

In quanto parte di una realtà che si prende cura delle persone, siamo chiamati, tutte e tutti, a proporre alle nuove generazioni una traiettoria diversa da quella del passato, più libera da pregiudizi e stereotipi, capace di accogliere la libertà delle persone apprezzandone la singolarità e l'originalità.

Il Gender Equality Plan è uno strumento pensato per favorire questo cambiamento culturale, con la volontà di continuare a costruire un ambiente di apprendimento e di lavoro franco e comunicativo, in cui si percepisca equità di trattamento e assenza di situazioni discriminanti, che trasmetta a tutta la nostra comunità fiducia, senso di appartenenza, condivisione degli obiettivi e, di conseguenza, possibilità di crescita per l'intera organizzazione.

Le azioni progettuali e programmatiche descritte nel documento tendono da un lato a dare continuità e coerenza a politiche già intraprese nella nostra azienda, dall'altro a immaginare, sulla scia dell'esperienza degli ultimi anni, azioni positive in grado di abbattere gli ostacoli che ancora ci separano dalla parità di genere e dalla valorizzazione delle diversità.

ASL Bari
PugliaSalute

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

APPENDICE

A. RIFERIMENTI NORMATIVI

B. ALLEGATI:

N. 1 - Report di restituzione analisi del progetto formativo partecip@asl.bari.it alla costruzione di mappe delle competenze a cura di Prof. Carmine Clemente –Dipartimento Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione – Università degli Studi "A. Moro" di Bari

N. 2 - Nota metodologica Attività di monitoraggio Lavoro Agile - Stato di adozione e sviluppi futuri - REPORT- a cura di Prof.ssa Nunzia Carbonara - Politecnico di Bari

A. RIFERIMENTI NORMATIVI

Direttive e raccomandazioni comunitarie

• Direttiva 75/117/CEE del Consiglio del 10 febbraio 1975, per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative all'applicazione del principio della parità delle retribuzioni tra i lavoratori di sesso maschile e quelli di sesso femminile.
• Direttiva 76/207/CEE del Consiglio del 9 febbraio 1976, relativa all'attuazione del principio della parità di trattamento fra gli uomini e le donne per quanto riguarda l'accesso al lavoro, alla formazione e alla promozione professionali e le condizioni di lavoro.
• Raccomandazione 84/635/CEE del Consiglio del 13 dicembre 1984, sulla promozione di azioni positive a favore delle donne.
• Direttiva 86/613/CEE del Consiglio dell'11 dicembre 1986, relativa all'applicazione del principio della parità di trattamento tra gli uomini e le donne che esercitano un'attività autonoma, ivi comprese le attività nel settore agricolo, e relativa altresì alla tutela della maternità.
• Raccomandazione 87/567/CEE della Commissione del 24 novembre 1987, sulla formazione professionale delle donne.
• Carta Comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori 09 dicembre 1989, stabilisce i principi generali su cui si basa il modello europeo di diritto del lavoro.
• Raccomandazione 92/131/CEE della Commissione del 27 novembre 1991, sulla tutela della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro.
• Dichiarazione del Consiglio del 19 dicembre 1991, relativa all'applicazione della Raccomandazione della Commissione sulla tutela della dignità delle donne e degli uomini nel mondo del lavoro, compreso il codice di condotta volto a combattere le molestie sessuali.
• Direttiva 92/85/CEE del Consiglio del 19 ottobre 1992, concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento.
• Direttiva 96/34/CE del Consiglio del 3 giugno 1996, concernente l'accordo quadro sul congedo parentale.
• Direttiva 97/81/CEE del Consiglio del 15 dicembre 1997, relativa all'accordo quadro sul lavoro a tempo parziale.
• Risoluzione del Parlamento europeo del 12 giugno 1997, sulla Comunicazione della Commissione n. 336/1996 "Codice di condotta relativa all'applicazione della parità retributiva tra donne e uomini per lavoro di pari valore".
• Risoluzione 218/2000 del Consiglio e i Ministri europei dell'occupazione e della politica sociale sulla proposta di decisione del Consiglio relativa alla conclusione da parte dell'Unione europea della convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica.
• Direttiva 2000/78/CE del Consiglio del 27 novembre 2000, stabilisce un quadro generale per garantire la parità di trattamento tra le persone sul luogo di lavoro nell'Unione europea (UE), indipendentemente dalla loro religione o convinzione personale, disabilità, età o orientamento sessuale.
• Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (dicembre 2000) in particolare, artt. 23 (parità tra uomini e donne), 26 (inserimento sociale dei disabili), 33 (vita familiare e professionale).
• Direttiva 2002/73/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 settembre 2002, modifica la direttiva 76/207/CEE del Consiglio relativa all'attuazione del principio della parità di trattamento tra gli uomini e le donne per quanto riguarda l'accesso al lavoro, alla formazione e alla promozione professionali e le condizioni di lavoro.
• Direttiva 2004/113/CE del Consiglio del 13 dicembre 2004, attua il principio della parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura.
• Direttiva 2006/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 luglio 2006, riguardante l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego.
• Risoluzione del Parlamento europeo del 9 giugno 2015 sulla strategia dell'Unione europea per la parità tra donne e uomini dopo il 2015.
• Roadmap della Commissione europea dell'agosto 2015 "New start to address the challenges of work-life balance faced by working Families", delinea le iniziative da adottare nell'UE per portare nei prossimi 5 anni, come previsto nella strategia Europa 2020, il tasso di occupazione femminile al 75%.
• Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica 2017 (Convenzione di Istanbul).
• Direttiva 2019/1158 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 giugno 2019 relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza. Introduce misure su congedo di paternità, congedo parentale, congedo per caregiver, flessibilità lavorativa.

Principali norme nazionali

• Costituzione italiana, art. 3 comma 2: "pari dignità sociale ed eguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge"; art. 37 comma 1: "uguaglianza di diritti e parità di retribuzione fra uomini e donne nel rapporto di lavoro".
• Legge n. 300/1970 Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento.
• Legge n.1204/1971 Tutela delle lavoratrici madri.
• Legge n. 903/1977 Parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro.
• Legge 125/1991 Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro.
• Legge n. 285/1997. Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza.
• Legge 53/2000: Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città.
• D.lgs. n.151 del 26 marzo 2001 Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53.
• D. Lgs n. 165 del 30/3/2001, art. 57 pari opportunità.
• D.Lgs n.215/2003 Attuazione della direttiva 2000/43/CE per la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica.
• D.Lgs n.216/2003 Attuazione della direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro.
• Direttiva della Presidenza del Consiglio - Dipartimento della funzione pubblica - del 24 marzo 2004 Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni.
• D.lgs. n.198/2006 Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246. Art. 48 Azioni positive nelle pubbliche amministrazioni
• Direttiva "Nicolais – Pollastrini" del 23/5/2007 Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche.
• D. Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
• Legge n.133/2008 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria.
• Legge 69/2009 Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile.
• D.lgs. n. 150 /2009 Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.
• D.Lgs. n. 5/2010 Attuazione della direttiva 2006/54/CE relativa al principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego.
• Legge n.183/2010, art. 21 (Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche).
• Direttiva 4 marzo 2011 concernente le Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni".
• Decreto del Presidente della Repubblica n.62/2013 Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.
• Legge n. 93/2013 Conversione con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province.
• D.lgs. n. 80/2015 Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro, in attuazione dell'articolo 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183.
• Legge n. 124/2015 Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche, art.14 (Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche).
• D.lgs. n. 90/2016 art. 9 Completamento della riforma della struttura del bilancio dello Stato in attuazione dell'art. 40,comma 1, della legge 31 dicembre 2009, n. 196" in materia di bilancio di genere.
• D.P.R. n. 105/2016 Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni.
• Direttiva n.3/2017 recante indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art. 14 della legge 7 agosto 2014, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti.
• Legge n.81/2017 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.
• Legge n.145/2018 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021 prevede il cd. "Pacchetto famiglia": all'art.1, comma 278.

• Direttiva 2/2019 della Funzione Pubblica Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche. Sostituisce la direttiva 23/5/2007 e aggiorna alcuni indirizzi forniti con direttiva 4/3/2011.
• Piano Italia 2020 - Programma di azioni per l'inclusione delle donne nel mercato del lavoro.
• *Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di Performance (Art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'articolo 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77)*
• *Legge 15 gennaio 2021 n. 4 di Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro n. 190 sull'eliminazione della violenza e delle molestie sul luogo di lavoro, adottata a Ginevra il 21 giugno 2019 nel corso della 108ª sessione della Conferenza generale della medesima Organizzazione)*
•Legge 5 novembre 2021, n. 162 Modifiche al codice di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, e altre disposizioni in materia di pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo
• Decreto legge n. 80/2021, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113
•*Decreto Legge 30 dicembre 2021, n. 228-* Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi

Novità introdotte dalla Direttiva 2/2019

La prima azione, al punto 3.1, riguarda la prevenzione e rimozione delle discriminazioni. Le amministrazioni pubbliche sono tenute a garantire e a esigere l'osservanza di tutte le norme vigenti che, in linea con i principi sanciti dalla Costituzione, vietano qualsiasi forma di discriminazione diretta o indiretta in ambito lavorativo, quali quelle relative al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua. La violazione dei principi ribaditi dalla normativa comunitaria (articoli 4, 5 e 14 della Direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE), comporta la nullità degli atti, l'applicazione di sanzioni amministrative, l'obbligo di reintegrazione nel posto di lavoro e conseguenze risarcitorie.

La seconda azione, al punto 3.2, riguarda i Piani triennali di azioni positive. La Direttiva ribadisce l'obbligo per le Pubbliche Amministrazioni di predisporre il PAP, al fine di assicurare le condizioni per la piena realizzazione delle pari opportunità. Si stabilisce, quale sanzione per il caso di mancata adozione del Piano triennale, il divieto di assumere da parte dell'Amministrazione nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette. In ragione del collegamento con il ciclo della Performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della Performance.
Il ruolo del CUG in tale azione diviene più che mai di primaria importanza e si esprime attraverso la predisposizione, entro il 30 marzo di ciascun anno, di una relazione sulla situazione del personale dell'ente di appartenenza riferita all'anno precedente. Tale relazione deve essere inoltrata agli organi di indirizzo politico-amministrativo, incluso l'Organismo indipendente di Valutazione (OIV). Tale relazione deve contenere anche una apposita sezione sull'attività di monitoraggio del PAP.

La terza azione, al punto 3.3, si riferisce alle Politiche di reclutamento e gestione del personale. La Direttiva raccomanda che le politiche di reclutamento e gestione del personale siano ispirate a rimuovere i fattori che ostacolano le pari opportunità, a promuovere la presenza equilibrata delle lavoratrici e dei lavoratori nelle posizioni apicali, evitando penalizzazioni discriminatorie nell'assegnazione degli incarichi, siano essi riferiti alle posizioni organizzative, alla preposizione agli uffici di livello dirigenziale o ad attività rientranti nei compiti e doveri d'ufficio, e nella corresponsione dei relativi emolumenti. A tal fine la Direttiva indica specificamente che le Amministrazioni devono monitorare gli incarichi conferiti sia al personale dirigenziale che a quello non dirigenziale, le indennità e le posizioni organizzative, al fine di individuare eventuali differenziali retributivi tra donne e uomini e promuovere le conseguenti azioni correttive, dandone comunicazione al CUG. Inoltre impone di adottare iniziative per favorire il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussista un divario fra generi non inferiore a due terzi.

Al punto 3.4 viene presentata la quarta azione, che si riferisce all'organizzazione del lavoro. Si ritiene importante evidenziare che la Direttiva impone l'attuazione di azioni che favoriscano il reinserimento del personale assente dal lavoro per lunghi periodi (maternità, congedi parentali, ecc.), mediante il miglioramento dell'informazione fra amministrazione e lavoratori in congedo, oltre alla predisposizione di percorsi formativi che, attraverso orari e modalità flessibili, garantiscano la massima partecipazione di donne e uomini con carichi di cura. In tale contesto, la Direttiva sottolinea l'importanza di promuovere progetti finalizzati alla mappatura delle competenze professionali, quale strumento indispensabile per conoscere e valorizzare la qualità del lavoro di tutti i dipendenti.

La quinta azione, al punto 3.5, riguarda la formazione e diffusione del modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. La Direttiva raccomanda la realizzazione di percorsi informativi e formativi, anche con il supporto del CUG, che coinvolgano tutti i livelli dell'amministrazione, inclusi i dirigenti, a partire dagli apicali,

quali protagonisti catalizzatori e promotori in prima linea del cambiamento culturale sui temi della promozione delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.
La Direttiva sottolinea esplicitamente l'importanza di utilizzare un linguaggio non discriminatorio in tutti i documenti di lavoro (relazioni, circolari, decreti, regolamenti …). Inoltre devono essere prodotte tutte le statistiche sul personale ripartite per genere, e tale ripartizione per genere non deve interessare solo alcune voci, ma contemplare tutte le variabili considerate (comprese quelle relative ai trattamenti economici e al tempo di permanenza nelle varie posizioni professionali). Da ultimo, quale misura rivolta all'esterno, la Direttiva sottolinea la necessità di promuovere analisi di bilancio che mettano in evidenza quanta parte e quali voci del bilancio dell'Amministrazione siano (in modo diretto o indiretto) indirizzate alle donne, quanta parte agli uomini e quanta parte a entrambi. Al fine di poter allocare le risorse sui servizi resi, in funzione delle diverse esigenze delle donne e degli uomini dei territori di riferimento, la Direttiva auspica che la predisposizione dei bilanci di genere, di cui all'art. 38-septies sul Bilancio di genere introdotto nella legge di contabilità e finanza pubblica dal Decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 90 e menzionati nella circolare RGS n. 9 del 29 marzo 2019, diventi una pratica consolidata nelle attività di rendicontazione sociale delle amministrazioni.

Infine la sesta azione, al punto 3.6, si occupa delle azioni mirate al rafforzamento dei Comitati unici di garanzia. La Direttiva introduce il concetto di rinnovabilità del mandato dei componenti: al fine di non disperdere il patrimonio di esperienza maturato, il mandato dei componenti del CUG è rinnovabile purché gli stessi soggetti risultino, ad esito della procedura comparativa da porre in essere al momento del rinnovo del Comitato, e tenuto conto dell'attività già svolta, i più idonei allo svolgimento dell'incarico. Di seguito la Direttiva precisa che il CUG, nel'ambito della propria funzione consultiva, svolge un'azione di prevenzione delle potenziali situazioni di discriminazione perché chiamato a formulare pareri sui progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza, sui piani di formazione del personale, sulle forme di flessibilità lavorativa, sugli interventi di conciliazione, nonché sui criteri di valutazione del personale. A tale proposito si richiama l'attenzione delle amministrazioni affinché provvedano sempre ad acquisire il parere del CUG al riguardo. Nell'ambito delle sue funzioni di verifica la Direttiva incarica il CUG si controllare l'assenza di qualsiasi forma di violenza o discriminazione, diretta o indiretta, nel luogo di lavoro pubblico. In riferimento a quest'ultimo aspetto, la Direttiva indica che i CUG possano fungere, all'interno dell'amministrazione pubblica, da importanti sensori delle situazioni di malessere collegate alla violenza e alla discriminazione, anche al fine di segnalare le suddette situazioni ai soggetti funzionalmente e territorialmente competenti. Al fine di potenziare tale funzione di verifica, la Direttiva introduce la possibilità che chi presiede il CUG promuova la costituzione, in collaborazione con l'ufficio competente per la gestione del personale, di un Nucleo di ascolto organizzato interno all'amministrazione. In aggiunta, come indicato nella Direttiva, il CUG può svolgere un'azione di tutela nei confronti dei dipendenti che segnalino comportamenti violenti o molesti affinché non venga consentita o tollerata nei loro confronti alcuna azione persecutoria o discriminatoria diretta o indiretta.
Infine, secondo la Direttiva, il CUG collabora con altri organismi per quanto di propria competenza, con il Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità di cui all'art. 39-ter del d.lgs. 165 del 2001, soprattutto con riferimento alla verifica della piena attuazione dei processi di inserimento, assicurando la rimozione di eventuali situazioni di disagio e di difficoltà di integrazione. Inoltre, il CUG si raccorda con la Consigliera di parità, con la Consigliera di fiducia, con l'OIV, con il RSPPA, con il Responsabile delle risorse umane e con gli altri Organismi contrattualmente previsti. Ancora alcune novità vengono introdotte, al fine di ridurre gli oneri informativi a carico delle amministrazioni e di facilitare l'accesso e la comprensibilità delle informazioni relative allo stato di attuazione delle disposizioni in materia di pari opportunità.

L'amministrazione dovrà trasmettere al CUG, secondo un format messo a disposizione dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della funzione pubblica e Dipartimento per le pari opportunità – allegato alla Direttiva stessa, una serie di informazioni entro il 1° marzo di ciascun anno, riguardanti:

- l'analisi quantitativa del personale suddiviso per genere e per appartenenza alle aree funzionali e alla dirigenza, distinto per fascia dirigenziale di appartenenza e per tipologia di incarico conferito ai sensi dell'articolo 19 del d.lgs. n. 165 del 2001;
- l'indicazione aggregata distinta per genere delle retribuzioni medie, evidenziando le eventuali differenze tra i generi;
- la descrizione delle azioni realizzate nell'anno precedente con l'evidenziazione, per ciascuna di esse, dei capitoli di spesa e dell'ammontare delle risorse impiegate;
- l'indicazione dei risultati raggiunti con le azioni positive intraprese al fine di prevenire e rimuovere ogni forma di discriminazione, con l'indicazione dell'incidenza in termini di genere sul personale;
- la descrizione delle azioni da realizzare negli anni successivi con l'evidenziazione, per ciascuna di esse, dei capitoli di spesa e dell'ammontare delle risorse da impegnare;
- il bilancio di genere dell'amministrazione.

Le predette informazioni saranno oggetto di analisi e verifica da parte del CUG e confluiranno integralmente, quale allegato, nella relazione che il CUG predispone entro il 30 marzo, che, come già detto, viene inoltrata agli organi di indirizzo politico-amministrativo ed all'OIV unitamente al monitoraggio dell'attuazione del Piano triennale di azioni positive.

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

COMITATO UNICO DI GARANZIA
PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI

Allegato n.1

Report - Analisi Azione Positiva

partecip@asl.bari.it
alla costruzione di mappe delle competenze

a cura del Prof. Carmine Clemente (Università di Bari)

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Report di restituzione analisi del progetto formativo partecip@asl.bari.it alla costruzione di mappe delle competenze

a cura di Carmine Clemente (Università di Bari)

1. Premessa

Il pacchetto delle riforme compiuto negli Anni '90 e le successive modifiche (miniriforme) che hanno riguardato il sistema sanitario ha impattato sull'organizzazione delle strutture sanitarie e ha obbligato il management aziendale ad affrontare con competenza e precisione crescente le sfide che si pongono.
Le dinamiche, ormai pluricitate, che determinano le linee di indirizzo ed al tempo stesso vincolano l'azione delle amministrazioni sono: la cronicizzazione delle patologie e l'invecchiamento della popolazione; lo sviluppo continuo delle conoscenze e delle tecnologie; la tensione sugli aspetti economici e, dunque, sulla scarsità delle risorse.
Parallelamente osserviamo una riorganizzazione dell'intero sistema azienda sia a livello ospedaliero sia a livello sociosanitario territoriale nella logica dell'Hub&Spoke e in senso corrispondente ai paradigmi della sanità d'attesa (urgenza e acuzie) e della sanità d'iniziativa (cure primarie).
Si rendono necessarie riflessioni sul cambiamento nelle pratiche gestionali e si aprono nuovi spazi per il confronto e la collaborazione interdisciplinare e multiprofessionale.
Queste trasformazioni del lavoro e della relazione tra organizzazione e lavoratore sono sempre più incentrate sulla necessità di negoziare processi di "innovazione organizzativa" che consentano di definire un metodo razionale per gestire le risorse umane all'interno dell'organizzazione aziendale, in modo tale da massimizzarne la performance.
Ai lavoratori viene chiesto, quindi, oltre le competenze tecnico-scientifiche, di possedere anche ulteriori competenze utili per poter gestire processi multidisciplinari in cui la comunicazione e la relazione efficace – in alcuni casi anche poliglotta – e l'uso delle tecnologie sono parte rilevante della propria attività individuale e di processo.
In questa direzione si muove questo progetto promosso dal CUG ASL BA con la collaborazione dell'Università di Bari e cioè avere un'occasione per costruire una mappa delle competenze dei lavoratori dell'ASL Bari nella logica di avviare in modo strategico un percorso di valorizzazione culturale delle professionalità.
Cosa si intende per Competenza?
La competenza viene qui intesa in termini di conoscenze, capacità/abilità e comportamenti (come valore aggiunto) del professionista, che viene messa in atto in un determinato contesto per raggiungere un determinato scopo. La mappatura delle competenze porta a modificare il sistema in cui è inserito il professionista perché implica *l'analisi di diverse coordinate*: • valorizzazione dell'esperienza; centralità del soggetto; • centralità dell'apprendere ad apprendere; • formazione intesa come processo continuo.
Nel presente report si sintetizzano i principali risultati dei *focus group* attraverso un'elaborazione descrittiva dei dati raccolti attraverso le principali informazioni emerse nei diversi incontri e la cui metodologia è riportata più avanti.

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

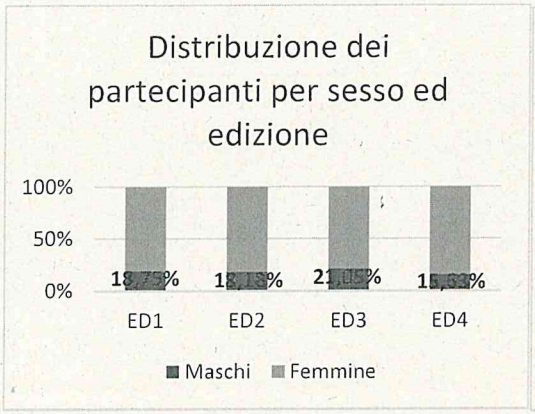
2. La costruzione della mappa delle competenze

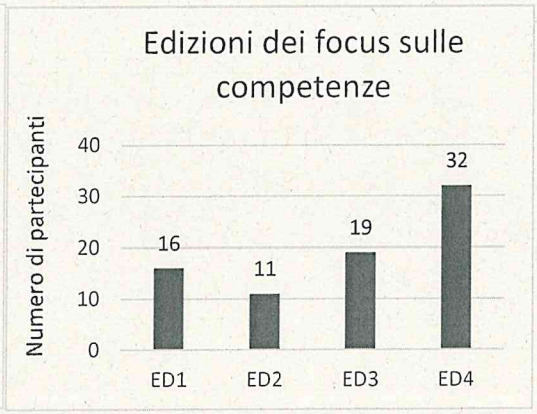
L'analisi delle competenze tende a ricostruire gruppi di profili professionali e che non può prescindere, quindi, dalla partecipazione dei lavoratori stessi.
Si sono costituiti allora 4 gruppi che si sono riuniti una volta ciascuno nei giorni 4 novembre e 12 novembre presso la sede dell'ASL Bari dell'Ospedale San Paolo, 17 novembre presso la sede dell'Ospedale di Altamura e 2 dicembre presso la sede dell'ex Ospedale di Putignano.
Il metodo scelto è quello consolidato dall'Isfol - (Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori) che opera in collaborazione con il ministero del Lavoro, con altre Amministrazioni dello Stato e con le Regioni per lo sviluppo della formazione professionale - delle UFC (Unità Formative Capitalizzabili) circa le categorie: *competenze di base, competenze trasversali e competenze tecnico-professionali*. La sperimentazione dell'Isfol è stata ulteriormente contestualizzata al settore sanitario ed è stata identificata un'ulteriore macroarea rispetto alle tre citate e cioè le *competenze tecnico professionali trasversali al settore sanitario*.
Ecco di seguito spiegato cosa si intende per:
• COMPETENZE DI BASE sono le capacità che tutti i professionisti devono possedere all'ingresso nel mondo del lavoro.
• COMPETENZE TRASVERSALI sono le capacità comunicative e relazionali che ogni professionista dovrebbe possedere in qualunque settore professionale.
• COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI sono le capacità distintive della figura professionale.
• COMPETENZE TECNICO PROFESSIO NALI TRASVERSALI AL SETTORE SANITARIO dimostrano la contestualizzazione del modello nell'ambito sanitario, identificando le Aree di attività/funzioni caratterizzanti che descrivono le competenze tipiche di ogni professionista, con laurea minima triennale, che opera in questo settore.

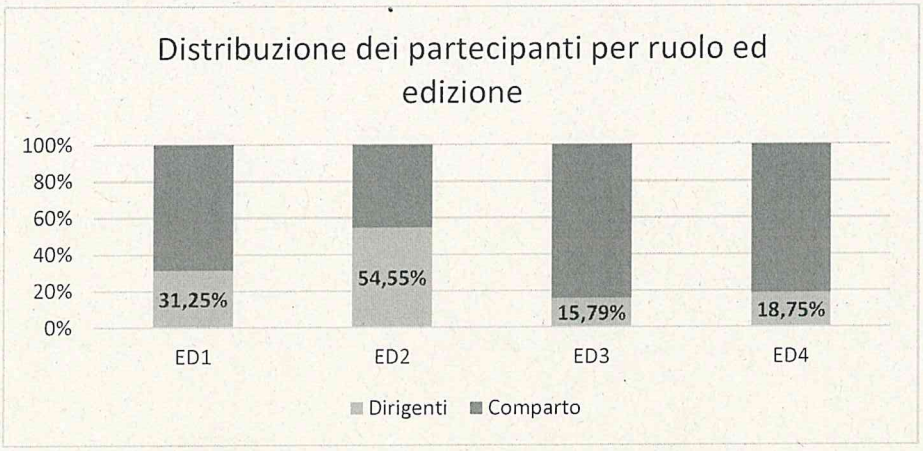
Isfol			In sanità
Competenze di base	Competenze trasversali	Competenze tecnico professionali	Competenze tecnico professionali trasversali al settore sanitario

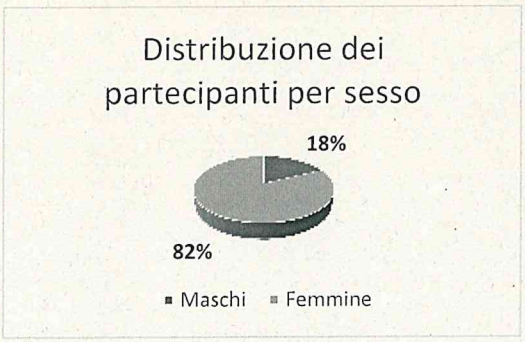
Definito, quindi, cosa s'intende per competenze si sono utilizzate quattro schede per ciascuna di esse che comprendevano al proprio interno – in termini di items – le UFC. In una quinta scheda, invece, si sono raccolti i dati relativi a mansione e comparto, genere e età.
Le quattro schede sono state utilizzate per i focus group che hanno visto la partecipazione di professionisti appartenenti alle aree da analizzare.
Il *focus group* è stata la tecnica qualitativa scelta per la raccolta di informazioni riguardanti il benessere organizzativo, le pari opportunità e la discriminazione. Attraverso i *focus group* si è stabilita una forma attiva di partecipazione e di coinvolgimento grazie all'interazione tra i dipendenti dell'ASL BA. Queste tematiche, considerate gli obiettivi informativi dell'iniziativa, hanno guidato molte delle scelte relative sia alla organizzazione sia alla composizione dei *focus group*, così come quelle riguardanti il disegno campionario complessivo. L'utilizzo del focus come strumento di tipo *bottom-up* ha facilitato l'identificazione di criticità, bisogni e proposte dal basso verso l'alto.
Nelle rappresentazioni che seguono vi sono alcuni dati circa il numero/comparto dei partecipanti.

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *









3. Risultati

3.1 Competenze di base: inglese (1), informatica (2), diritto del lavoro (3), organizzazione aziendale (4)

(1) Inglese. In generale emerge per la competenza Inglese una buona capacità di rispondere al telefono, effettuare prenotazioni e salutare e presentarsi mentre per le altre attività previste nella scheda 1 (COMPETENZE DI BASE) si registra una minore capacità.
Nella discussione aperta sono emersi alcuni spunti importanti. La maggior parte delle situazioni in cui è richiesta la competenza dell'Inglese si verifica nella forma scritta o può essere gestita in questa forma. Per esempio, chiedere di interagire via mail piuttosto che al telefono e utilizzare strumenti di traduzione.

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

Naturalmente, diversa è la casistica in cui vi è l'emergenza o non si può *delegare* alla modalità scritta dove la comunicazione deve essere immediata.
Un altro aspetto che emerge è che questa competenza base, fatta salva la capacità per tutti di *gestire* situazioni semplici, non deve necessariamente coinvolgere tutti.
Qui emergono diverse proposte orientate alle modalità e contenuti di percorsi di formazione/apprendimento:
- **Formazione mirata**: con sistema formale di certificazione finale e premialità (chi fa il corso viene nominato responsabile di quella mansione. Ciò potrebbe motivare il dipendente *per fare il salto di qualità ed essere responsabilizzato nell'intraprendere il percorso formativo e continuarlo*.
- **Modalità dei corsi**: in presenza o misti, s*e si rende il corso interessante, che riguarda una competenza spendibile, potrebbe essere anche svolta al di fuori dell'orario di lavoro,* auspicabilmente presso la propria sede di lavoro (in house) anche con "personale interno" nella veste di formatori.
- **Vocabolario specifico e contenuti**: *formazione in inglese mirata a dei ruoli e delle situazioni specifiche con pacchetti setting-conversazionali* (*role play*) *anche in formato video-tutorial* (farebbe abbattere i costi della formazione); vocabolario sociosanitario
- **Percorsi dedicati**: nei servizi in cui più frequentemente ricorre la presenza di stranieri, soprattutto territoriali, si *potrebbe pensare a creare percorsi ad hoc per gli stranieri e formare nello specifico il personale per queste mansioni*.
- **Ulteriori proposte**: per gli **assistenti sociali** la conoscenza approfondita della lingua inglese, tra altre, deve diventare requisito indispensabile; integrare interventi e competenze con incontri periodici per analizzare insieme le problematiche e criticità del territorio. condivisione di *Best practices* tra Distretti; censimento distrettuale dei dipendenti che hanno alta competenza in questo settore al fine di *valorizzare competenze interne*.

Competenza: Inglese	
Formazione mirata	sistema formale di certificazione finale e premialità (chi fa il corso viene nominato responsabile di quella mansione. Ciò potrebbe motivare il dipendente *per fare il salto di qualità ed essere responsabilizzato nell'intraprendere il percorso formativo e continuarlo*.
Modalità dei corsi	in presenza o misti, s*e si rende il corso interessante, che riguarda una competenza spendibile, potrebbe essere anche svolta al di fuori dell'orario di lavoro,* auspicabilmente presso la propria sede di lavoro (in house) anche con "personale interno" nella veste di formatori.
Vocabolario specifico e contenuti	*formazione in inglese mirata a dei ruoli e delle situazioni specifiche con pacchetti setting-conversazionali* (role play) *anche in formato video-tutorial* (farebbe abbattere i costi della formazione); vocabolario sociosanitario
Percorsi dedicati	nei servizi in cui più frequentemente ricorre la presenza di stranieri, soprattutto territoriali, si *potrebbe pensare a creare percorsi ad hoc per gli stranieri e formare nello specifico il personale per queste mansioni*.
Ulteriori proposte	**assistenti sociali** la conoscenza approfondita della lingua inglese, tra altre, deve diventare requisito indispensabile; integrare interventi e competenze con incontri periodici per analizzare insieme le problematiche e criticità del territorio. condivisione di *Best practices* tra Distretti; censimento distrettuale dei dipendenti che hanno alta competenza in questo settore al fine di *valorizzare competenze interne*.

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

(2) Informatica. Anche per Informatica si registra un buon livello dei partecipanti circa la capacità di gestire alcune operazioni più semplici e minore per operazioni più elaborate.
Su questa competenza si registra una esplicita criticità su diverse questioni: le persone con le migliori competenze vanno negli ospedali, *nel distretto si ricicla chi non va più bene negli ospedali*. Nei distretti pochissimi giovani, molti prossimi alla pensione. Problema di dotazione di strumenti tecnologici, soprattutto nel caso di chi lavora a domicilio. Scarsa disponibilità dei dipendenti a fare corsi in orari diversi da quelli di lavoro. Per i dirigenti, anche se si hanno delle competenze informatiche, c'è bisogno di figure specifiche del tipo assistente tecnico per situazioni più complesse (tipo il lavoro con i database) e per la creazione di strumenti digitali che sostituiscono quelle cartacee attraverso il portale.

Proposte per percorsi di formazione/apprendimento

Potrebbero essere fatti per distretti anche per ridurre spostamenti e ammortizzare i tempi.
Formazione specifica per settori, come ad esempio quello economico (excel, tabelle, grafici) o quello giuridico (access).
Farsi che la programmazione formativa annuale esca all'inizio dell'anno in modo che ogni uno possa decidere in anticipo a quale corso partecipare.
Attivare un avvio di notifica per le comunicazioni in generale, ma anche in particolare per i corsi di formazione
Creare una figura intermediate più manageriale e funzionale che si possa occupare di altre cose, tipo i corsi di formazione. Sostenere la formazione agendo sui responsabili/direttori di strutture.
Formare su competenze specifiche di base. Si potrebbero identificare delle persone chiave con competenze più sviluppate che possono accompagnare gli altri o servire da ponte per comunicare le esigenze a chi si occupa dei sistemi informatici che vengono utilizzati in azienda.
Inserire la figura dell'informatico (analista informatico) a livello distrettuale per guidare questi processi da vicino, per guidare la futura digitalizzazione prevista dal PNRR.
Infine, si evidenziano alcuni aspetti comuni della competenza di base Inglese/Informatica e cioè la differenza generazionale, soprattutto per l'informatica, che vede i *giovani più digitalizzati*.

(3) Diritto del lavoro e (4) Organizzazione aziendale

Mentre si registra un buon livello di competenze per l'area del diritto del lavoro appare più problematica quella sull'organizzazione aziendale.
Ad esempio, vi è confusione fra direzione medica e sanitaria e viene avvertita l'esigenza di conoscere meglio seppure a grandi linee l'organizzazione sanitaria e in modo più completo quella della struttura di appartenenza. *Non sono chiari i modelli organizzativi, né quali sono le loro differenze, né le prestazioni, articolazioni diverse*.
Proposte: *Per alimentare l'appartenenza potrebbe essere importante conoscere la definizione della strategia organizzativa, essere parte della mission, del raggiungimento degli obiettivi.* Viene sollecitata un a maggiore partecipazione della condivisione degli obiettivi aziendale, feedback della valutazione (scheda della performance) non solo alla fine ma in itinere. Arricchire il portale del

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

dipendente per pubblicare documenti, protocolli, linee guida, tutorial divisi per tematica o per strumento.

3.2 Competenze trasversali: Area gestionale (a), Area innovativa (b), Area delle relazioni (c). Competenze competenze tecnico professionali trasversali nel settore sociosanitario (gestione, formazione, ricerca e consulenza)

Per quest'area di competenze emerge subito l'importanza dell'area relazionale che assorbe gran parte della discussione. Infatti, per le aree gestionale e innovativa l'attenzione è ricaduta soprattutto sull'esigenza di pianificare l'affiancamento per il passaggio di competenze tra figure uscenti ed entranti per evitare il blocco delle attività.
Lavoro di equipe, collaborazione trasversale, come base per attuare qualsiasi misura. Il doversi conoscere aiuta a riconoscersi e semplifica e agevola il lavoro quotidiano. *Quindi creare attività lavorative dove cooperare sia obbligo*, facilita ulteriori esperienze (esempio, medici di base che sono stati chiamati a vaccinare nei distretti, buona prassi da mantenere). Trovare delle occasioni di interazioni di incontro tra ospedalieri e distretto (di lavoro e non solo), dove condividi come affrontare delle situazioni ma soprattutto arricchisci lo scambio.
Sebbene non espressamente indagate dai *focus group*, il processo partecipativo ha fatto emergere alcune criticità di sistema, di natura organizzativa e gestionale, che dovrebbero essere esaminate e poste all'attenzione del decisore pubblico, se si ha l'interesse a promuovere un sistema sanitario di qualità.
✓ Avere contatti con altri pari per confrontarsi e condividere esperienze. Si possono proporre incontri tra gli stessi uffici in territori diverse, per uno scambio di modi di fare, di strategie. Creare incontri periodici per discutere dei casi, delle esperienze. Questo aiuterebbe a omogeneizzare le pratiche, modulistiche, protocolli. Criticità di sistema/organizzativo-gestionali
✓ l'esigenza di un radicale cambiamento della cultura professionale alla collaborazione – orizzontale e verticale - in cui, oltre al bisogno d'informazione e formazione, venga garantito l'ascolto, il supporto al benessere e la sicurezza.
✓ carenze organizzative: indefinita divisione dei compiti e carenza di figure di controllo/verifica/coordinamento; esigenza di una valutazione per tutti, compresi i dirigenti che valutano il personale sanitario;
✓ approccio burocratico e routinario al lavoro piuttosto che investimento sulle competenze di ciascun dipendente: le figure vengono assegnate ai ruoli senza capitalizzare le esperienze precedenti (ad es. a un terapista della riabilitazione che per anni ha lavorato con i bambini vengono assegnati pazienti adulti);
✓ scarsa attitudine al lavoro cooperativo/individualismo funzionale non coordinato; ciò riduce inevitabilmente la qualità delle cure e della risposta ai bisogni integrati della persona/paziente;
✓ reparti e distretti "cenerentola", che lottano contro grandi mancanze per garantire un minimo livello di servizio all'utenza e sono il risultato diretto della distribuzione non equa delle risorse sia economiche sia umane all'interno dell'ASL.

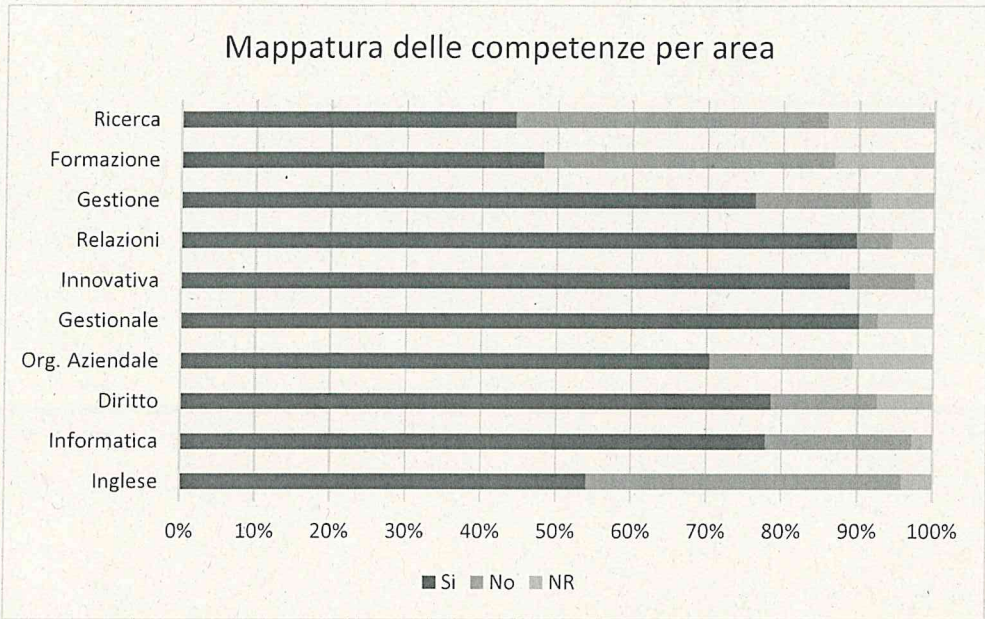
Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

Quadro riassuntivo

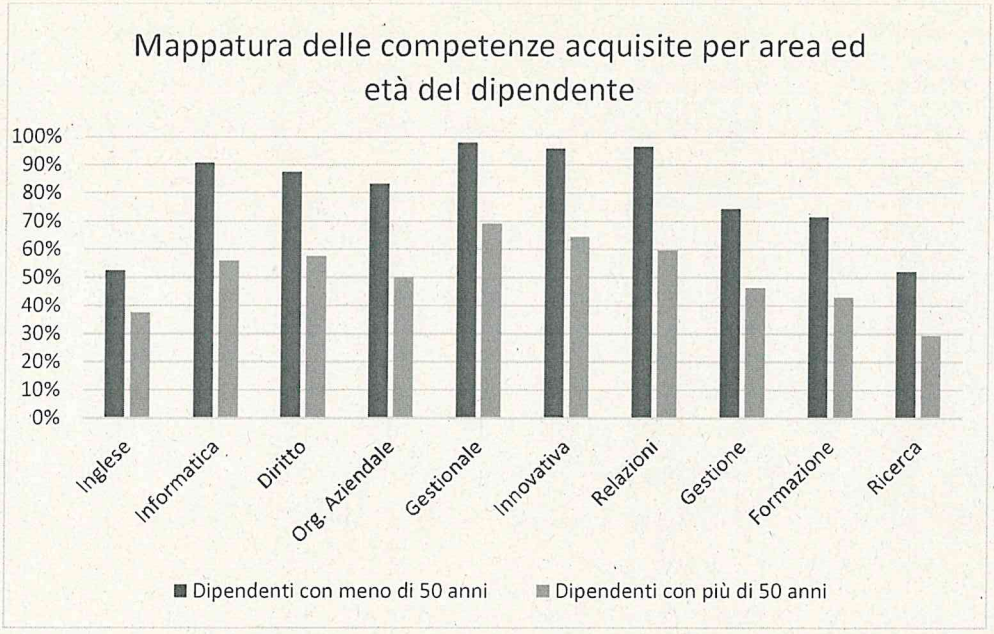
Criticità	Proposte per superare le criticità
✓ Autorizzazioni *dall'alto* per la formazione	✓ Implementare spazi di ascolto confronto e condivisione (delle criticità del personale)
✓Dotazione tecnologica	✓ Prevedere momenti di formazione e confronto per la condivisione di obiettivi e decisioni dell'organizzazione, maggiore partecipazione nei processi decisionali
✓ Confusione sui modelli organizzativi	✓ Implementare tutor che possano affiancare/formare i dipendenti nel primo periodo dopo l'introduzione di un'innovazione tecnologica o procedurale
✓Al Distretto assegnati lavoratori meno motivati e giovani	✓ Cambiamento culturale e vision collettiva ✓ Creazione di gruppi di lavoro per uniformare le procedure e condividere *best practices*
✓ Scarsa formazione alle innovazioni introdotte	
✓ Individualismo ed inefficacia delle azioni dei singoli dipendenti	✓ Implementare regolamenti condivisi e trasparenti
✓ Logica meccanicistica e temporalizzata delle prestazioni e scarsa attenzione alla dimensione clinico-terapeutica e relazionale dei processi di cura	✓ Migliorare il lavoro di equipe e supportare la dimensione relazionale all'interno dell'azienda e incentivare lo sviluppo di competenze empatiche nei manager/dirigenti.
✓ Stress/sovraccarico per compiti di tipo amministrativo, burocratico, informatico che non rientrano nelle proprie mansioni	✓ Si potrebbe **creare un team di motivati** (esperi in determinati ambiti) che potrebbero essere disposti a trasmettere i loro saperi
✓ Nessuna condivisione degli obiettivi dell'azienda (imposizione piuttosto che co-costruzione)	✓ Prevedere momenti di condivisione dei macro-obiettivi per dare un senso alle singole attività
✓ Carenze organizzative nei corsi formativi	✓ Sperimentare modalità di erogazione a distanza e rilevare i reali bisogni formativi di specifici gruppi di dipendenti (per territorio e servizi)

Infine, come emerge dai dati dei due grafici che seguono (che non è possibile stratificare per genere e per ruolo dato che i maschi e i dirigenti partecipanti non costituiscono una percentuale significativa rispetto all'intero gruppo) le competenze dell'Inglese, della formazione e della ricerca sono le più critiche. In base alle risposte fornite dai partecipanti sulle schede, vi è un buon livello di competenze in tutte le macroaree, con percentuali che si attestano per alcune competenze tra il 70 e l'80% e per altre (gestionale, innovativa e relazioni) si registra un dato molto alto del 90% circa.

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *



Risulta interessante anche la mappa delle competenze per età nei gruppi infra e over 50enni. Appare chiaro come il primo gruppo "più giovane" ha una maggiore dotazione di competenze in tutte le aree e, in particolare, in quelle dell'Informatica, dell'Organizzazione aziendale, dell'Innovazione e delle Relazioni.



Tuttavia, si segnala la possibile distorsione dei dati che sono emersi dalle risposte scritte sulle schede. Questa convinzione deriva anche dalla narrazione che i partecipanti hanno prodotto e che sono state considerate sia nell'interpretazione complessiva che si restituisce con il presente report sia nelle osservazioni finali che seguono.

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

4. Alcune osservazioni finali: resistenza – vittimismo - sovversivi

Sullo sfondo della costruzione della mappa delle competenze sono emersi alcuni aspetti molto rilevanti.

Resistenza: In questa categoria è possibile collocare la posizione di "contrapposizione" da parte di alcuni dipendenti nei confronti dell'organizzazione intesa come sistema di potere, ossia un'organizzazione che impone la propria volontà nonostante un'eventuale volontà contraria, o la resistenza passiva o attiva, da parte di un altro soggetto o gruppo di soggetti. **Potere** quindi non come caratteristica degli attori sociali, ma **della relazione** fra attori sociali. La resistenza al cambiamento è il comportamento difensivo attuato dagli attori coinvolti nel cambiamento che lo vedono come riduzione del proprio potere negoziale.

Vittimismo: In questo gruppo è possibile collocare la discussione che tendeva a mettere al centro le criticità e difficoltà proprie del sistema nel poter svolgere in modo adeguato le proprie competenze. In questo caso il dipendente assumeva e interpretava il focus group come un'attività di valutazione delle proprie competenze e non come una discussione partecipativa sull'esigenza di organizzare un cambiamento a partire dallo stato dei fatti.

Sovversivi: In questo gruppo è possibile collocare la discussione che ha visto avanzare delle proposte e soprattutto che ha condiviso una serie di "metodi di lavoro informali" ma positivi e sempre tesi a affrontare la situazione in ogni modo e trovare una soluzione che potesse soddisfare il bisogno del paziente. In questa logica si sono anche avanzate proposte di condivisione di *best practices*.

Competenze e cambiamento	Giovani	Anziani	Dirigenti
Resistenza	-	+	-
Vittimismo	-	+	+ -
Sovversivi	+	-	+ -

Si deve passare quindi dall'insegnamento, inteso come trasferimento di conoscenze dove la figura centrale è il docente, all'apprendimento inteso come un processo che comporta un CAMBIAMENTO relativamente stabile nel modo di pensare, sentire e agire, che modifica l'organizzazione di conoscenze ed esperienze e che porta all'esercizio di nuove capacità modificando l'immagine di sé e del proprio ruolo. L'apprendimento è un fenomeno emozionale e intellettuale. La figura centrale è il professionista che sviluppa nuove competenze. In questo contesto anche il singolo professionista godrà di maggiori garanzie sul riconoscimento della propria professionalità e avrà la possibilità di autovalutare le proprie competenze per inserirsi in percorsi formativi individualizzati e professionalizzanti.

Tutto ciò ha come obiettivo principale la garanzia della qualità dei servizi sanitari centrati sulla professionalità delle risorse umane. I cittadini vedranno aumentate le loro garanzie sulla competenza delle figure professionali sanitarie.

Le Aziende Sanitarie che devono dare una risposta immediata ai bisogni dei cittadini in termini di miglioramento della qualità dei servizi potranno contare su innovativi piani di formazione continua basati sulla programmazione per competenze.

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

COMITATO UNICO DI GARANZIA
PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE
DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI

Allegato n.2

Nota Metodologica

Il Lavoro Agile in ASL Bari: Stato di adozione e sviluppi futuri - REPORT

a cura Prof.ssa Nunzia Carbonara (Politecnico di Bari)

NOTA METODOLOGICA

Nunzia Carbonara*

1. La mappatura dei processi

Il primo passo per una corretta gestione dei processi è sicuramente la loro identificazione e documentazione. A tal fine, possono essere utilizzate varie tecniche, sia grafiche che testuali, che consentono di formalizzare il contenuto di un processo in maniera più o meno intuitiva.

La mappatura dei processi consiste nell'applicazione di una metodologia formalizzata per l'identificazione e la modellazione dei processi aziendali e comprende varie tecniche di rappresentazione delle componenti dei processi. Gli elementi che compongono un processo e che vengono rappresentati con queste tecniche sono: gli input e gli output del processo, le singole attività e le relazioni tra di esse, i soggetti che le attuano e le interfacce esistenti tra gli stessi e, inoltre, i punti di decisione e le alternative che fanno sì che un processo si sviluppi in una direzione piuttosto che in un'altra.

La mappatura dei processi consiste nella scomposizione dell'organizzazione in attività elementari di facile gestione, nella definizione di un modello di riferimento per i processi gestionali e nella ricostruzione, attraverso appropriate tecniche di modellazione, di una mappa dei legami logici tra le attività lungo i processi gestionali. Si tratta di uno strumento molto potente, poichè consente tra l'altro di visualizzare graficamente i punti critici esistenti nel processo allo stato attuale e di individuare i possibili cambiamenti da apportare per migliorarne i risultati. Generalmente, gli obiettivi di un intervento di mappatura possono essere classificati in due categorie: quelli di natura organizzativa, che consistono nell'identificazione delle criticità e delle azioni migliorative da attuare su un processo, e quelli di natura informatica, che constano nell'identificazione degli elementi chiave per la progettazione dei sistemi informativi dell'azienda.

---

* Prof.ssa Nunzia Carbonara, Responsabile del Gruppo di Ricerca "Studi Strategici e Organizzativi", Dipartimento di Meccanica, Matematica e Management, Politecnico di Bari.

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

2. Le interviste

Il primo passo per la mappatura dei processi aziendali consiste nella raccolta delle informazioni necessarie a descrivere il funzionamento del processo, che normalmente avviene intervistando i responsabili di funzione o i responsabili d'ufficio, figure che, pur lavorando quotidianamente a stretto contatto con le singole attività del processo, possiedono anche una visione piuttosto ampia e completa del processo nella sua interezza, consentendo loro di descriverlo in modo coerente dal punto di vista logico-causale.

Non sempre, però, le informazioni raccolte dalla prima intervista sono esaustive e coerenti con la struttura dei processi; spesso quindi risulta necessario ripetere l'intervista, anche diverse volte, fino a quando le informazioni raccolte non saranno complete.

Il soggetto intervistatore deve presentarsi preparato sull'argomento dell'intervista, porre le domande chiave per ottenere le informazioni necessarie cercando di non divagare mai dal focus dell'incontro. È inoltre di fondamentale importanza che l'intervistatore condivida gli obiettivi dell'analisi con i suoi interlocutori e che mantenga sempre e comunque un comportamento il più possibile super partes, al fine di non influenzare la descrizione del processo e favorendo la creazione di rapporti di fiducia reciproca con gli intervistati.

Per ciascun processo sarà necessario produrre un documento che lo descriva rilevando:

- I sottoprocessi e le attività svolte nelle varie fasi del processo stesso;
- Le competenze delle risorse umane impiegate nelle varie fasi del processo e la loro valutazione;
- Le risorse tecnologiche necessarie;
- Procedure, prassi e istruzioni utilizzate per svolgere il processo;
- I vincoli che interessano il processo, le attività, gli input e gli output;
- I clienti ed i fornitori del processo;
- Il responsabile del processo (process owner);

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

• Gli stakeholders;

• Le relazioni ed i collegamenti esistenti tra attività interne al processo o tra processi diversi.

Dopo aver raccolto queste informazioni, è necessario rielaborarle graficamente, in modo da poter creare una mappa dei processi aziendali che sia più chiara ed esauriente possibile.

Diversi linguaggi possono essere utilizzati per la mappatura dei processi e altrettanti modelli di rappresentazione.

3. I linguaggi

I processi possono essere descritti attraverso degli standard universalmente riconosciuti, che permettono di "leggerne" e comprenderne il funzionamento a chiunque conosca il linguaggio utilizzato. In letteratura esistono diversi linguaggi di mappatura dei processi che possono essere classificati in quattro categorie:

• linguaggi di descrizione basati sui dati: enfatizzano il flusso dei dati e lo scambio di documentazione durante l'esecuzione del processo, come ad esempio il Data Flow Diagram (DFD)

• linguaggi basati sulle attività: riportano le attività in sequenza come il linguaggio WIDE;

• linguaggi basati sulla comunicazione: riportano le interazioni tra attori e informazioni e le fasi necessarie per l'esecuzione del processo (esempio: Action Workflow);

• linguaggi orientati agli oggetti: Unified Modelling Language (UML).

Non si tratta di metodi di analisi dei processi ma di linguaggi aventi come scopo la rappresentazione dell'obiettivo di processo e delle modalità di svolgimento. Il Data Flow Diagram (DFD) è un linguaggio che viene utilizzato solitamente per la descrizione dei processi riguardanti progetti informativi poiché consente di visualizzare un processo come un insieme di dati che vengono scambiati nelle diverse attività che lo compongono. Il linguaggio WIDE (Workflows on an Intelligent and Distributed database Environment) permette di descrivere un processo come una sequenza di attività collegate tra loro da vincoli di precedenza e punti di sincronizzazione. E' composto da tre sottomodelli che rendono completa la descrizione del processo e migliorano la comprensione dell'azienda: il modello dei processi, che definisce

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

le attività e l'ordine in cui devono essere eseguite; il modello delle informazioni, che descrive i dati e i documenti necessari all'esecuzione del processo; il modello dell'organizzazione che descrive la struttura dell'organizzazione e gli elementi che ne fanno parte, a prescindere dai processi, al fine di identificare quali sono gli elementi che hanno il diritto di eseguire un determinato task. Nell'approccio proposto dal linguaggio AG (Action Workflow), il flusso di lavoro non è considerato solo come una successione di attività finalizzate alla trasformazione delle informazioni, ma anche e soprattutto come un insieme di interazioni tra persone. Pertanto, questo linguaggio è centrato sui legami e le interazioni tra clienti e fornitori di servizi nell'esecuzione del processo. I quattro elementi che l'AW prende in considerazione sono: le attività, l'azione intesa come ciò che le persone fanno quando prendono impegni reciproci al fine di uscirne soddisfatti, l'impegno, che è la modalità di interazione tra cliente e fornitore, e il processo inteso come insieme di attività. UML è invece un linguaggio grafico utilizzato in particolare per modellare processi informatici, poiché si basa su un approccio orientato agli oggetti, un paradigma di progettazione che permette di creare oggetti software in grado di interagire gli uni con gli altri attraverso lo scambio di messaggi. Per modellare i processi, il linguaggio UML propone l'utilizzo di diagrammi, gli activity diagrams, che definiscono le attività da svolgere per realizzare una certa funzionalità. Spesso vengono utilizzati anche dei diagrammi complementari, detti "dei casi d'uso" (use case diagrams), che permettono di descrivere le funzioni ed i servizi offerti da un sistema, in base a come questi vengono percepiti e utilizzati dagli attori che interagiscono con il sistema stesso e possono quindi essere considerati degli strumenti di rappresentazione dei requisiti funzionali di un sistema.

4. I modelli di rappresentazione

Tra i modelli di rappresentazione più comunemente utilizzati vi sono:

- il Diagramma SIPOC (Supplire, Input, Process, Output, Customer);
- i Diagrammi di flusso;
- la Matrice di assegnazione delle responsabilità
- Il Modello CATWOE (Customer, Actors, Transformaton, Worldview, Owner, Environment).

Il Diagramma SIPOC, è uno strumento di documentazione dei processi ad alto livello, ampiamente utilizzato nel Lean Six Sigma, che mette in evidenza le relazioni esistenti tra gli elementi fondamentali che compongono un processo, ovvero:

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Politecnico di Bari

• Supplier: è l'elenco dei fornitori del processo, cioè di coloro che forniscono gli input che il processo elaborerà o di cui il processo si servirà per svolgere le sue attività. È costituito da persone, altri processi, aziende o sistemi che possono essere interni o esterni all'organizzazione;

• Input: è l'insieme delle risorse necessarie al processo e può essere costituito da persone, materiali, documenti, equipaggiamenti o informazioni;

• Process: è una descrizione del processo in termini delle attività che lo compongono;

• Output: è l'insieme dei prodotti e dei servizi generati dal processo;

• Customer: è l'elenco dei clienti del processo, ovvero i destinatari dell'output. Come il supplier, anche il Customer è costituito da persone, altri processi, aziende, sistemi o applicazioni, che possono essere interni o esterni all'organizzazione.

Un modo molto semplice e diffuso per rappresentazione i processi è quello che si serve dei diagrammi di flusso (flowchart), anche detti diagrammi a blocchi. Un diagramma di flusso è uno strumento che consente di descrivere un processo ad un basso livello di dettaglio e utilizza solitamente delle forme geometriche fondamentali che, connesse da frecce, rappresentano il flusso delle attività all'interno del processo. I nodi del grafo, quindi, rappresentano le attività mentre gli archi orientati indicano la loro sequenza cronologica; anche i punti decisionali possono essere rappresentati in modo molto semplice, solitamente ponendo una questione a cui sia possibile rispondere affermativamente o negativamente e dando così luogo ad una diramazione del processo.

La matrice di assegnazione delle responsabilità, anche detta matrice RACI, è uno strumento che identifica la modalità di interazione delle diverse funzioni all'interno dei processi, evidenziando in particolare quali siano i loro ruoli e le loro responsabilità. Questo permette di documentare la rete di relazioni che supporta la comunicazione organizzativa e soprattutto il processo decisionale. La matrice viene costruita elencando sulle righe i processi o le attività, e sulle colonne i vari ruoli funzionali e gli individui coinvolti nella gestione e nell'organizzazione del processo; nelle celle di intersezione tra riga e colonna, invece, vengono inseriti il simboli che corrispondono al livello di responsabilità che la persona o la funzione organizzativa ha su un determinato processo o attività. L'obiettivo della compilazione di tale matrice è quello di identificare chiaramente "chi fa che cosa", in modo da evitare scoperture, sovrapposizioni o sovraccarichi decisionali e dare ad ognuno la consapevolezza di ciò che gli altri attori del processo si aspettano da ciascun ruolo. La

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

matrice di assegnazione delle responsabilità pone quindi in relazione le risorse che intervengono nel processo con le attività delle quali sono responsabili o con loro aggregazioni, specificando il tipo di relazione che intercorre tra ogni risorsa ed ogni attività o, per meglio dire, il livello di responsabilità di ogni risorsa su ciascuna attività.

La tecnica CATWOE aiuta a riconoscere i processi che possono essere influenzati da qualsiasi azione intrapresa dall'azienda.

5. Riferimenti Bibliografici

Biazzo S., Approaches to business process analysis: a review, Business Process Management Journal Vol. 6, 2000.

Carr D., Johansson H., Best Practices in Reengineering, New York, McGraw-Hill, 1995.

Casati F., Pernici B., Linguaggi per la modellazione dei processi aziendali, Sistemi informativi, 2001.

Cascioli E., Modellazione di sistemi aziendali – Come ridurre l'incertezza nei processi decisionali, Francoangeli, 2000.

Hammer M., Oltre il reengineering, Milano, Baldini e Castoldi, 1996

Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling & Kupfer Editori, 1993

Manganelli R.L., Klein M.M., The Reengineering Handbook. A step-by-step guide to business transformation, AMACOM, American Management Association, 1993

Oriani G., Reengineering: come riprogettare i processi aziendali, Guerini, 1997

Ostinelli C., La mappatura e l'analisi dei processi gestionali: al cuore dell'Activity Based Management, Liuc Papers n° 22, Serie Economia Aziendale, Luglio-Agosto 1995.

Pierantozzi D., La gestione dei processi nell'ottica del valore. Miglioramento graduale e reengineering: criteri, metodi, esperienze, Milano, Egea, 1998.

Ufficio Presidenza * Segreteria CUG ASL - BA *

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Politecnico di Bari

Dipartimento Meccanica Matematica Management

Accordo di Networking
S.M.A.R.T.@pulia
Spazi e Modelli Agili per una Rete Territoriale in Puglia

Il Lavoro Agile in ASL Bari
Stato di adozione e sviluppi futuri
I REPORT

20 Dicembre 2021

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Accordo di Networking S.M.A.R.T.@pulia
Spazi e Modelli Agili per una Rete Territoriale in Puglia

Responsabili del Progetto e del Coordinamento

Dott.ssa Angelica Brandi, Regione Puglia

Prof.ssa Nunzia Carbonara, Politecnico di Bari

Dott.ssa Domenica Munno, ASL Bari

Dott. Andrea Puntillo, ASL Bari

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Attività di analisi e monitoraggio del Lavoro Agile ASL Bari

GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento scientifico

Prof.ssa Nunzia Carbonara, Politecnico di Bari

Prof.ssa Roberta Pellegrino, Politecnico di Bari

Prof.ssa Barbara Scozzi, Politecnico di Bari

Laureandi e tirocinanti del Corso di Laurea Magistrale in Ing. Gestionale:

Francesca Cassetta

Michele Dambrosio

Claudio Pietanza

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Le Fasi del progetto

- ✓Mappatura dei processi per individuare attività che non possono essere svolte secondo le modalità del lavoro agile
- ✓Analisi dello stato di Implementazione del Lavoro Agile (LA)
  - Individuazione delle attività già svolte in modalità smart
  - Analisi delle attività non ancora svolte in modalità smart
- ✓Verifica delle caratteristiche delle attività finalizzata a valutare in che misura siano smartizzabili

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Focus

Set di processi pilota

- ✓ un processo primario, ovvero un processo che ha come output l'erogazione di un servizio al paziente, e un processo di supporto, ovvero un processo necessario per la realizzazione di un processo primario
- ✓ un processo rivolto da un cliente interno e un processo rivolto ad un "cliente esterno"

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

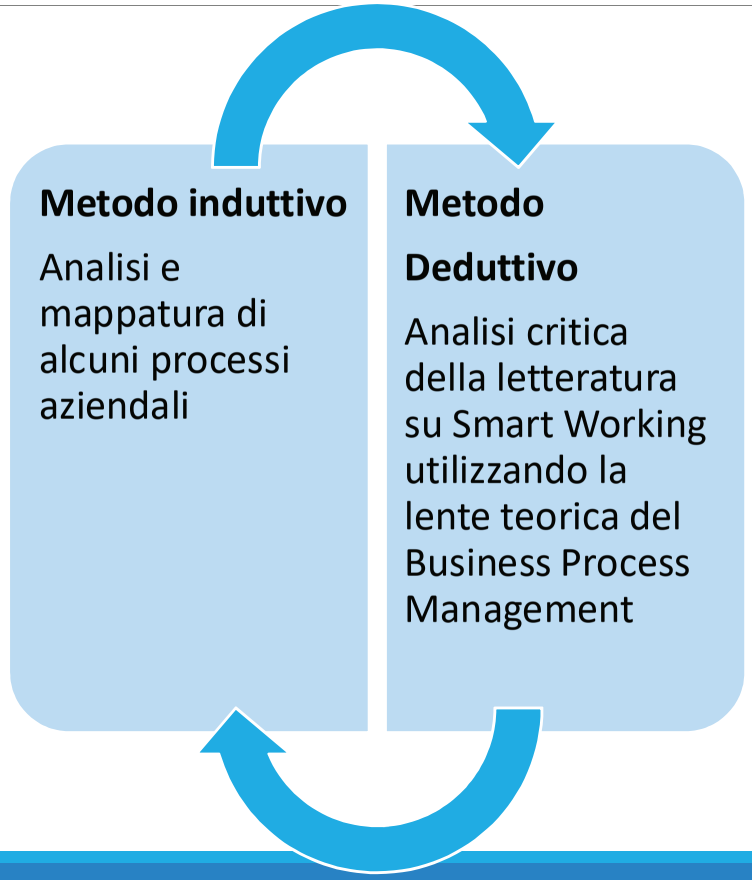
Primo deliverable

Sviluppo di un **framework** concettuale per misurare la *smart working readiness* di un processo organizzativo

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Approccio metodologico



Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Metodo deduttivo

- ✓**Piattaforma utilizzata**: *Scopus* – una delle maggiori repository di pubblicazioni scientifiche
- ✓**Review questions**: (“remote work" OR "work from home”) AND framework, “Remote transformation framework”, (teleworking OR "smart working" OR "remote work" OR "work from home" OR WFH) AND framework AND "business process management")
- ✓**Esiti**: assenza di modelli concettuali. Approfondimento sugli elementi principali che favoriscono lo svolgimento dei processi di business in smart working (lavoro per obiettivi, cultura e policy aziendale orientata a…, infrastrutture tecnologiche)

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Metodo induttivo: i processi selezionati

- ✓**Intervento Riabilitativo** - Unità operativa Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (**NPIA**)
- ✓**Rinnovo incarico dirigenziale** - Area Gestione Risorse Umane (**AGRU**)

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Metodo induttivo: raccolta dati

- ✓ Intervista iniziale condotta con i responsabili dell'Unità organizzativa, finalizzate ad individuare il processo da mappare
- ✓ Interviste con i principali attori coinvolti nell'esecuzione del processo
  - ✓ Interviste di durata di circa 60-90 minuti

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Metodo induttivo: l'analisi e la mappatura dei processi

- ✓ Ricostruzione delle modalità di svolgimento del processo as-is
  - ✓ Individuazione delle attività, risorse coinvolte, dipendenze fra attività, meccanismi di coordinamento
  - ✓ Rilevazione dello stato di implementazione del Lavoro Agile ed eventuali relative criticità

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Rinnovo incarico dirigenziale

Customer

Dirigente

Actors

- Dott.ssa M.D.
- Direttore di Struttura Complessa (DSC)
- Dirigente
- Direttore Sanitario (DS)
- Componenti del collegio tecnico
- Direttore di Dipartimento (DD)
- Direttore di Struttura Semplice (DSS)
- Segreteria degli atti AGRU
- Segreteria degli atti direzione generale

Transformation

Richiesta da parte del dirigente di rinnovo dell'incarico → incarico rinnovato

Worldview

Bisogno del dirigente di ottenere il rinnovo del proprio incarico

Owner

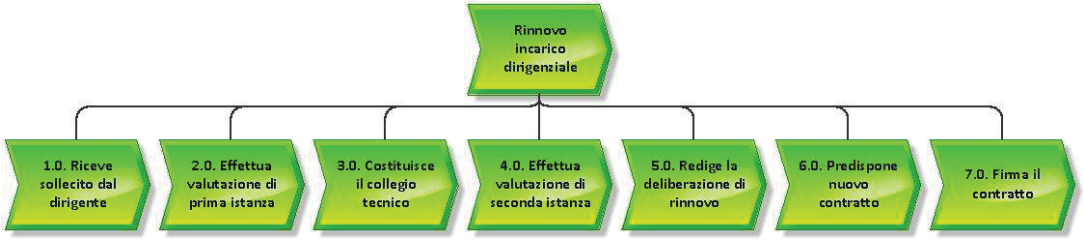
Direttore generale ASL Bari

Environment

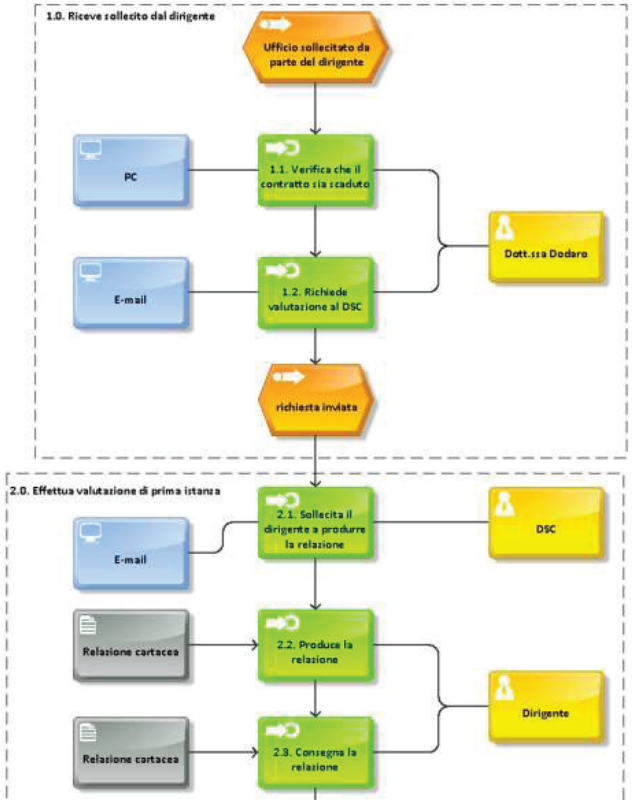
- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL)
- Regolamento interno

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Rinnovo incarico dirigenziale



ID	ATTIVITÀ	INPUT	OUTPUT	ATTORI	RISORSE	RISORSE SW
1.1.	Verifica che il contratto sia scaduto	Ufficio sollecitato dal dirigente	Contratto scaduto	Dott.ssa M.D.	PC	PC
1.2.	Richiede valutazione al DSC	Contratto scaduto	Richiesta inviata	Dott.ssa M.D.	E-mail	E-mail
2.1.	Sollecita il dirigente a produrre la relazione	Richiesta inviata	Dirigente sollecitato	DSC	E-mail	E-mail
2.2.	Produce la relazione	Dirigente sollecitato	Relazione prodotta	Dirigente	Relazione cartacea	Relazione cartacea
2.3.	Consegna la relazione	Relazione prodotta	Relazione consegnata	Dirigente	Relazione cartacea	Relazione cartacea



Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Intervento riabilitativo

Customer

Famiglia e paziente

Actors

- Paziente
- Famiglia
- Educatore professionale
- Neuropsichiatra infantile (NPI)
- Psicologo
- Specialista

Transformation

Richiesta da parte della famiglia del paziente di poter effettuare la visita
→
Interventi riabilitativi svolti

Worldview

Bisogno della famiglia di sottoporre il minore (paziente) ad una visita neuropsichiatrica

Owner

Direttore generale ASL Bari

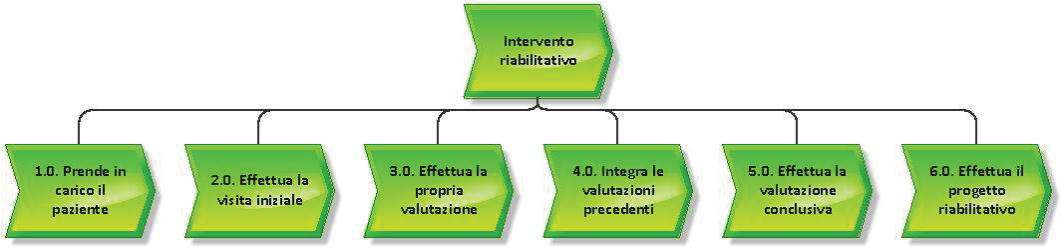
Environment

Regolamento interno

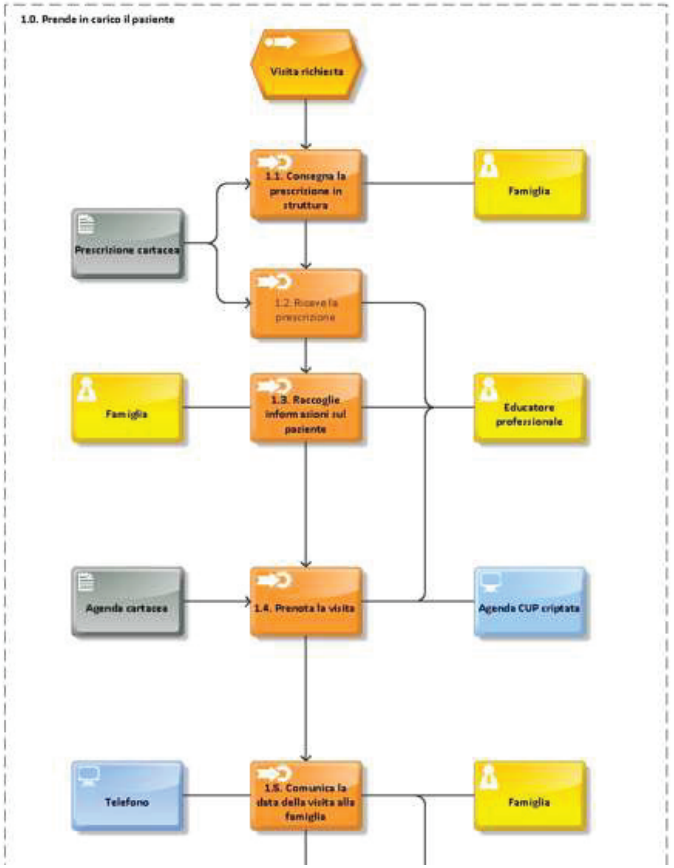
Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Intervento riabilitativo



ID	ATTIVITÀ	INPUT	OUTPUT	ATTORI	RISORSE	RISORSE SW
1.1.	Consegna la prescrizione in struttura	Visita richiesta	Prescrizione consegnata	Famiglia	Prescrizione cartacea	Prescrizione cartacea
1.2.	Riceve la prescrizione	Prescrizione consegnata	Prescrizione ricevuta	Educatore professionale	Prescrizione cartacea	Prescrizione cartacea
1.3.	Raccoglie informazioni sul paziente	Prescrizione ricevuta	Informazioni raccolte	Educatore professionale, famiglia	Appunti	Appunti
1.4.	Prenota la visita	Informazioni raccolte	Visita prenotata	Educatore professionale	Agenda cartacea	Agenda CUP criptata



Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

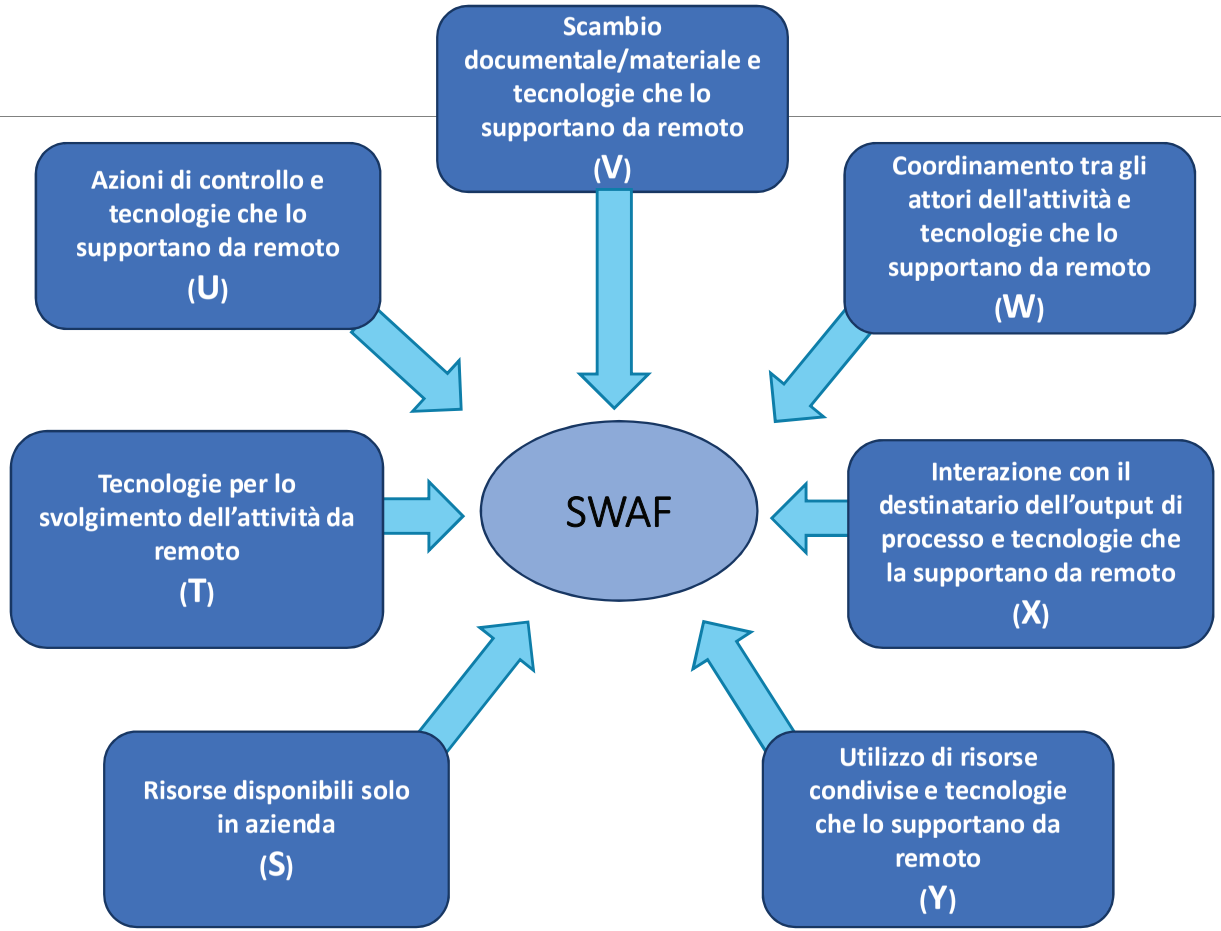
Smart Working Activity Framework (SWAF)

- ✓Consente di misurare, allo **stato attuale**, la capacità di un'organizzazione di svolgere da remoto, in **smart working**, un processo
- ✓Tale capacità è espressa attraverso la *smart working readiness*, un indicatore che può assumere valori compresi fra zero e uno

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Smart Working Activity Framework (SWAF)



Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Smart Working Activity Framework (SWAF)

$$\boldsymbol{Smart\ working\ readiness\ processo} = \frac{\sum_{i=1}^{N} \boldsymbol{Smart\ working\ readiness\ attività_i}}{\boldsymbol{N}}$$

– *N sono le attività di processo*

– $Smart\ working\ readiness\ attività_i = S_i \cdot T_i \cdot U_i \cdot V_i \cdot W_i \cdot X_i \cdot Y_i$

Il punteggio potrà essere:

Uguale a 0

Compreso tra 0 e 1

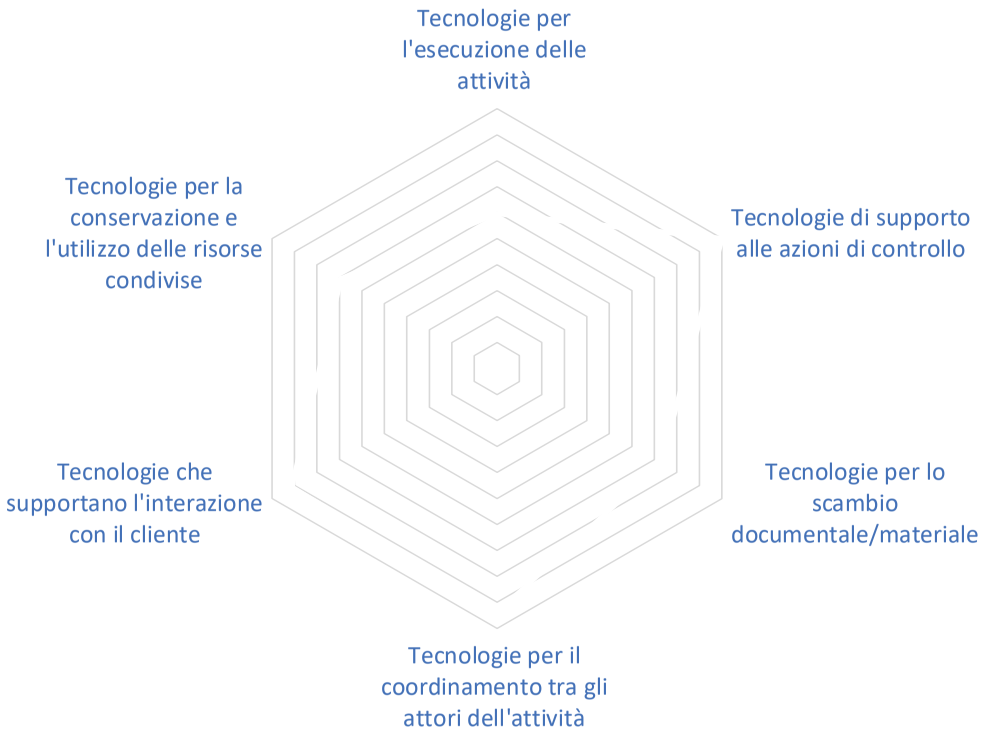
Uguale a 1

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Smart Working Activity Framework (SWAF)

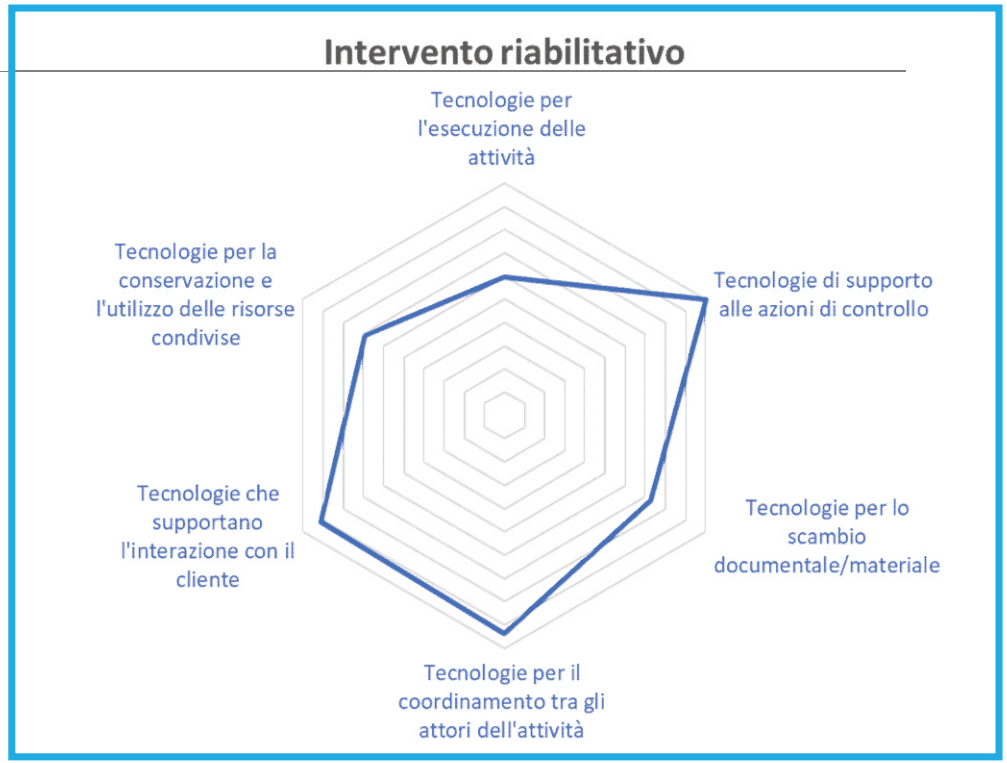
Nel caso in cui il punteggio fosse compreso tra 0 e 1, il framework restituisce anche un'indicazione sulla tipologia di tecnologie su cui è necessario investire.



Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Applicazione del Framework: risultati per i due processi esaminati



Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Validazione del framework

- ✓ Attività necessaria per valutare se il framework fornisce risultati attendibili
- ✓ Sono state selezionate le attività dei due processi analizzati svolte già in smart working. Si è verificato se i risultati forniti dal framework fossero coerenti con la modalità lavorativa utilizzata per svolgere tali attività
- ✓ Il framework ha fornito risultati coerenti con ciò che è accaduto nella realtà

Colonna A	Colonna Z	Colonna AA	Colonna AB
Nome dell'attività	Punteggio	L'attività è smartabile?	L'attività è stata svolta in smart working?
4.1. Distribuisce la documentazione	0,125	Sì, ma sono necessari investimenti	Sì, ma utilizzando risorse tecnologiche dei dipendenti
4.2. Analizza la documentazione derivante dalla valutazione di prima istanza	0,0625	Sì, ma sono necessari investimenti	Sì, ma utilizzando risorse tecnologiche dei dipendenti
4.3. Invia documentazione firmata	0,0625	Sì, ma sono necessari investimenti	Sì, ma utilizzando risorse tecnologiche dei dipendenti

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Sviluppi Futuri

- ✓Validazione del framework con gli attori dei processi per verificare validità dei risultati e semplicità d'uso
- ✓Test su altri due processi
- ✓Studio di indicatori utili a misurare l'impatto del lavoro agile sulle performance dei processi.

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0001067/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO DI PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - SEZIONE III PTPCT 2022 - TABELLA 1: MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
FASE 1 - IDENTIFICAZIONE PROCESSI E RISCHI					**FASE 2 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**FASE 3 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO**									
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di contenuto economico diretto ed immediato per il destinatario	Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente ad autorizzazioni e concessioni (lettera a, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)	Concessione parrucche assistiti oncologici - Legge Regionale n. 8 del 2 maggio 2017	erogazione assegno a soggetti privi dei requisiti previsti dalla disciplina applicabile	1) verifiche complesse sulla veridicità delle dichiarazioni rese e sui requisiti necessari per erogazione; 2) mancanza di trasparenza ed elevata discrezionalità tecnica e amministrativa	BASSO	1	Trasparenza	pubblicazione parrucche erogate in Amministrazione Trasparente/Sovvenzioni, Contributi, Sussidi e vantaggi economici, nel rispetto della privacy beneficiari (benché il beneficio annuo complessivo < € 1.000,00)	SI	A regime	Annuale	Direzione Amministrativa PP.OO. Area Nord (P.O. San Paolo)	Verifica dell'avvenuta pubblicazione	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Pubblicazione del 100% delle erogazioni disposte nel corso dell'anno
		Rimborso cure termali - Legge Regionale n. 9 del 12 aprile 2000	erogazione assegno a soggetti privi dei requisiti previsti dalla disciplina applicabile	1) verifiche complesse sulla veridicità delle dichiarazioni rese e sui requisiti necessari per erogazione; 2) mancanza di trasparenza ed elevata discrezionalità tecnica e amministrativa	MEDIO	2	Trasparenza	pubblicazione cure rimborsate in Amministrazione Trasparente/Sovvenzioni, Contributi, Sussidi e vantaggi economici, nel rispetto della privacy beneficiari (benché il beneficio annuo complessivo < € 1.000,00)	SI	A regime	Annuale	Dipartimento di Prevenzione	Verifica dell'avvenuta pubblicazione	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Pubblicazione del 100% delle erogazioni disposte nel corso dell'anno
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con contenuto economico diretto ed immediato per il destinatario	Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (lettera c, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)	1) Assegni di cura; 2) Contributo economico COVID-19 (nota prot. 33390/2021 del 18/05/2021); 3) Pratiche e rimborsi per trapiantati; 4) Pratiche e rimborsi per malattia rara; 5) Trasporto assistiti dializzati; 6) Metodo ABA, DOMAN, FAY e VOYTA; 7) Contributo hanseniani; 8) Celiaci; 9) Vaccinoterapia; Rimborso per PMA; 10) Assistenza all'estero.	erogazione assegno a soggetti privi dei requisiti previsti dalla disciplina applicabile (n.b. questi provvedimenti, di importo > € 1.000,00 annui, sono contestualmente oggetto di pubblicazione obbligatoria mensile da parte dei DSS, ex d. lgs. 33/2013, artt. 26 27).	1) verifiche complesse sulla veridicità delle dichiarazioni rese e sui requisiti necessari per erogazione; 2) assenza diprocedure uniformi per liquidazione/rimborso con esplicita inclusione dell'attestazione dell'esito delle verifiche circa la sussistenza dei requisiti previsti dalla disciplina applicabile;	MEDIO	3	1) Regolamentazione; 2) Controllo	1) rispetto format d.d. liquidazione/rimborso, predisposto dalla Direzione Amministrativa DAPI (previsione PTPCT 2021), con esplicita inclusione dell'attestazione dell'esito delle verifiche circa la sussistenza dei requisiti previsti dalla disciplina applicabile; 2) attestazione esplicita dell'esito della verifica, quale presupposto di procedibilità della erogazione/liquidazione	SI	A regime	1) a regime; 2) mensile, comunque, all'atto delladozione del provvedimento di erogazione/liquidazione	1) - 2) Direzioni DSS	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	1) - 2) 100%
	Percorso Attuativo Certificabilità - Procedure Amministrativo Contabili: 2) Ciclo Magazzino; Annex 8.4) Rilevazione delle rimanenze finali	Elusioni procedure di controllo e verifica aziendali	Commissione errori e/o irregolarità ed occultamento dei relativi effetti;	1) attività di controllo insufficiente; 2) eccessiva discrezionalità del procedimento - ruolo del decisore interno;	MEDIO	4	Regolamentazione	Applicazione Percorso Attuativo della Certificabilità - Rispetto Manuale delle procedure amministrativo-contabili aziendali (DDG 1564/2020): 2) Ciclo Magazzino; Annex 8.4) Rilevazione delle rimanenze finali	SI	A regime	Annuale	Tutte le Macrostrutture individuate per 2) Ciclo Magazzino e Annex 8.4) Rilevazione delle rimanenze finali, dalla DDG 1564/2020	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Manuale
	Generali, PNA 2019, all. 1, pag. 34	Supporto all'aggiornamento della valutazione del rischio corruttivo insito nei processi aziendali (PNA 2019, all. 1, pag. 34)	Mancato aggiornamento dati sui procedimenti giudiziari rilevanti ai fini della stima del rischio corruttivo	1) Mancata trasmissione annuale all'RPCT dei dati sui procedimenti giudiziari relativi a ricorsi in tema di affidamento di contratti pubblici; 2) Mancanza di un report/registro da aggiornare annualmente contenente dati sui procedimenti giudiziari relativi a ricorsi in tema di affidamento di contratti pubblici	MEDIO	5	Trasparenza	1) Comunicazione annuale all'RPCT riguardante i "dati sui procedimenti giudiziari (sentenze passate in giudicato e procedimenti in corso riguardanti i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici)"; 2) Istituzione registro dati sui procedimenti giudiziari relativi a ricorsi in tema di affidamento di contratti pubblici	PARZIALE	31/12/2022	Annuale	1) AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAPI/DSS; 2) SBL	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	1) Comunicazione dati all'RPCT; 2) Istituzione registro
		FASE A: PROGRAMMAZIONE														
		Analisi e definizione dei fabbisogni propedeutica all'approvazione degli atti di programmazione	Ricorso a eccessive procedure di urgenza per approvvigionamenti non programmati o proroghe	1) Insufficiente o non tempestiva approvazione degli strumenti di programmazione; 2) scarso coinvolgimento figure deputate all'individuazione del fabbisogno	BASSO	6	Trasparenza	1) Tempestiva adozione Programma Triennale delle Opere Pubbliche e del Programma Biennale Acquisti di beni e servizi; 2) coinvolgimento Macrostrutture nella fase istruttoria di rilevazione del fabbisogno	PARZIALE	1) A regime; 2) 30/06/2022	Annuale	1) - 2) AGT/HTA/AGP	Verifica pubblicazione in Amministrazione Trasparente	Entro 30 gg. dalla scadenza del termine per la pubblicazione del Bilancio di previsione	NO	1) Pubblicazione; 2) Avvenuto coinvolgimento Macrostrutture destinatarie degli approvvigionamenti
				Assenza/insufficienza di trasparenza	BASSO	7	Trasparenza	Obbligo di motivazione espressa ragioni di urgenza (di approvvigionamento non inserito in programmazione) o a supporto della proroga	SI	A regime	A regime	AGT/HTA/AGP/PP.OO./DSS	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Motivazione presente nel provvedimento
		FASE B: PROGETTAZIONE DELLA GARA														

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
		Nomina responsabile del procedimento	Nomina responsabile del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti	1) mancata individuazione preventiva di criteri di nomina del RUP che tengano conto della necessità di evitare conflitti di interesse; 2) mancanza di un format specifico per mezzo del quale il RUP possa attestare l'assenza di interessi personali patrimoniali e non in relazione alla specifica procedura; 3) impossibilità di rotazione per insufficienza del personale in organico	1) Complessità della normativa applicabile; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; 3) specificità/complessità dei beni/servizi da acquisire	8	1) Regolamentazione; 2) Controllo	1) pre-individuazione dei criteri per la nomina del RUP; 2) obbligo sottoscrizione da parte del RUP attestazione circa l'assenza di interessi personali in relazione alla specifica procedura; 3) ove risulti impossibile la rotazione, nomina assistenti al RUP	PARZIALE	1) 30/06/2022; 2) A regime; 3) tempestivo	Tempestivo	1) - 3) AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS; 2) RUP.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	1) Trasmissione alla Direzione Strategica proposta criteri per la nomina RUP, ai fini della successiva sottoscrizione; 2) Acquisizione attestazioni RUP; 3) Nomina assistenti al RUP
		Predisposizione atti e documenti di gara	Partecipazione di soggetti in rapporto di contiguità con imprese concorrenti	1) mancanza di specifici controlli sulla sussistenza di conflitti di interessi coinvolgenti i dipendenti dell'amministrazione e imprese private; 2) mancanza di specifica sottoscrizione di attestazione circa l'assenza di interessi personali in relazione alla specifica procedura da parte di: 1) gruppo di lavoro per redazione capitolato; 2) commissioni di gara; 3) professionisti che definiscono fabbisogno aziendale; 4) richiedenti/beneficiari prove/visione/donazione/comodati gratuiti; 5) DEC	MEDIO	9	Conflitto di interessi	Obbligo sottoscrizione attestazione circa l'assenza di interessi personali in relazione alla specifica procedura da parte di: 1) gruppo di lavoro per redazione capitolato; 2) commissioni di gara; 3) professionisti che definiscono fabbisogno aziendale; 4) richiedenti/beneficiari prove/visione/donazione/comodati gratuiti; 5) DEC	SI	A regime	A regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Acquisizione attestazioni
		Individuazione dello strumento/istituto per l'approvvigionamento (donazione/prova/visione/comodato gratuito vs appalto)	Elusione concorrenza mediante improprio ricorso a concessioni/PPP/leasing in costruendo	1) Rilevanza esterna del procedimento: elevata influenza di interessi esterni sia sociali che economici; 2) eccessiva discrezionalità del procedimento; 3) assenza/insufficienza di trasparenza;	MEDIO	10	Trasparenza	Attestazione Macrostruttura proponente circa inesistenza di finanziamenti per l'appalto ovvero la maggiore convenienza di altri istituti giuridici rispetto all'appalto;	SI	A regime	A regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Acquisizione attestazioni
			Elusione concorrenza mediante improprio ricorso a donazioni o a prove/visione/comodato gratuito con successiva opzione di riscatto	1) Rilevanza esterna del procedimento: elevate influenza di interessi esterni sia sociali che economici; 2) eccessiva discrezionalità del procedimento; 3) assenza/insufficienza di trasparenza; 4) impossibilità di rotazione per insufficienza del personale in organico	MEDIO	11	Regolamentazione	1) Attività di Technology Assessment (ddg 1404/2017) sulle richieste di professionisti e delle offerte di donazioni spontanee da parte di esterni (applicabile anche per le richieste di acquisti esclusivi di dispositivi medici): rilascio nulla osta propedeutico all'accettazione della donazione ovvero all'acquisto del dispositivo esclusivo; 2) Registro annuale prove/visioni autorizzate; 3) Registro annuale donazioni/comodati gratuiti	PARZIALE	1) A regime; 2) - 3) 31/12/2022	1) tempestivo; 2) - 3) Annuale	1)-4) HTA; 2) AAGG; 3) Macrostrutture che accettino donazioni/comodati gratuiti	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	1) Rilascio nulla-osta; 2) - 3) Istituzione registri
		Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare riferimento alle procedura negoziata	Elusione concorrenza mediante improprio utilizzo di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire determinati operatori	1) Complessità della normativa applicabile; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; 3) rilevanza esterna del procedimento: elevata influenza di interessi esterni sociali/economici; 4) mancato rispetto normativa statale/regionale;	MEDIO	12	Regolamentazione	Ricorso alle seguenti modalità previste dal Codice dei contratti, nel seguente ordine di priorità ex l.r. 37/2014 (artt. 20 e 21) : 1) convenzioni centrale regionale; 2) convenzioni CONSIP; 3) gare in UTA con altri enti SSR; 4) gare aziendali; 5) procedure negoziate e affidamenti diretti in casi eccezionali e motivati (con specifica attestazione rispetto, per acquisti esclusivi, PNA 2015, parte speciale, II, par. 2.1.c, L.G. ANAC 3/2018 e successivo comunicato ANAC in materia, da parte del clinico proponente, del Direttore relativo Dipartimento)	SI	A regime	A regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Ricorso a procedura negoziata e ad affidamento diretto	Elusione condizioni legittimanti il ricorso residuale a queste modalità di approvvigionamento e restrizione del mercato	1) Complessità della normativa applicabile; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; 3) specificità/complessità dei beni/servizi da acquisire; 4) rilevanza esterna del procedimento: elevata influenza di interessi esterni sociali/economici; 5) mancato rispetto normativa statale/regionale;	MEDIO	13	Regolamentazione	**PROCEDURE NEGOZIATE**: 1) invito a tutti gli O.E. iscritti per la corrispondente categoria merceologica sul portale EMPULIA; 2) ove il punto 1) non sia possibile, predeterminazione nel provvedimento a contrarre dei criteri per l'individuazione degli O.E. da invitare ed, ove possibile, utilizzo criteri informatizzati/random per tale individuazione; **AFFIDAMENTI DIRETTI:** 3) Definizione e applicazione criteri di rotazione degli O.E. affidatari;**SIA PER PROCEDURE NEGOZIATE CHE PER AFFIDAMENTI DIRETTI**: obbligo di motivazione rafforzata che illustri impossibilità/inopportunità di ricorso a procedure maggiormente competitive	PARZIALE	30/06/2022	Tempestivo	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	**PROCEDURE NEGOZIATE**: 1) - 2) rispetto misure di prevenzione; **AFFIDAMENTI DIRETTI**: 3) rispetto misura di prevenzione; **SIA PER PROCEDURE NEGOZIATE CHE PER AFFIDAMENTI DIRETTI:** inserimento motivazione, anche per relationem, almeno 50%
		Ricorso a procedura sotto soglia	Elusione condizioni legittimanti il ricorso a queste modalità di approvvigionamento e restrizione del mercato	1) Complessità della normativa applicabile; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; 3) rilevanza esterna del procedimento: elevata influenza di interessi esterni sociali/economici; 4) mancato rispetto normativa statale/regionale;	ALTO	14	Regolamentazione	Aggiornamento regolamento aziendale per l'affidamento di lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria.	NO	30/06/2022	Tempestivo	AGP/AGT	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI	predisposizione proposta di deliberazione di adozione e trasmissione alla Direzione Strategica

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Area di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	Aree di rischio generali - Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA, con particolare riferimento al paragrafo 4. Fasi delle procedure di approvvigionamento	Individuazione specifiche tecniche ed elementi essenziali del contratto	Restrizione del mercato ed elusione concorrenza mediante individuazione di criteri "fotografia"	Attività di controllo/verifica preventiva assente/insufficiente	ALTO	15	Controllo	1) Verifica delle specifiche tecniche ricevute, mediante indagini di mercato e consultazioni preliminari di mercato (art. 66, d. lgs. 50/2016); 2) attivazione controllo collaborativo ANAC per gare di particolare complessità	SI	a regime	a regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Definizione del valore dell'appalto e dei criteri di partecipazione e selezione	Restrizione del mercato mediante l'indicazione di requisiti eccessivamente restrittivi	1) Complessità della normativa applicabile; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; 3) assenza di trasparenza	ALTO	16	Regolamentazione	1) - 2) Richiesta requisiti proporzionati al valore e oggetto dell'appalto, secondo le indicazioni della più recente giurisprudenza amministrativa; 3) Pubblicazione atti della procedura in albo pretorio/amministrazione trasparente, mediante "fascicolazione"	PARZIALE	30/06/2022	A regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	1) - 2) Rispetto Misura aziendale di prevenzione; 3) fascolazione almeno 50%
		FASE C: SELEZIONE DEL CONTRAENTE														
		Fissazione termini per la ricezione delle offerte	Concessione di proroghe immotivate, al solo fine di avvantagiare un O.E.	1) mancanza di controlli e trasparenza sui motivi alla base delle proroghe; 2) mancata indicazione nei provvedimenti di proroga dei motivi specifici della stessa	MEDIO	17	Trasparenza	Motivazione rafforzata nel provvedimento circa le ragioni sottosanti la proroga dei termini per la partecipazione	SI	a regime	Tempestivo	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Nomina commissione di gara	Sussistenza situazioni di incompatibilità/conflitto di interessi tra commissione e O.E. che possano mettere a rischio l'imparzialità della procedura	1) mancanza di controlli specifici sulla sussistenza di situazione di incompatibilità/conflitto di interessi fra componenti commissione e O. E. ; 2) mancata acquisizione di attestazioni rilasciate da tutti i commissari su:a) assenza conflitto di interessi; b) assenza, ex art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001, di condanne per i delitti di cui al capo I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato; 3) mancanza di rotazione del personale nominato nelle commissioni di gara;	MEDIO	18	Conflitto di interessi	1) Acquisizione attestazione rilasciate da tutti i commissari: A) assenza conflitto di interessi; B) assenza, ex art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001, di condanne per i delitti di cui al capo I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato; 2) divieto di fare parte della commissione di gara avente il medesimo oggetto per due procedure consecutive	PARZIALE	30/06/2022	A regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	1) rispetto misura di prevenzione; 2) rispetto misura in almeno il 50% delle commissioni
		Valutazione delle offerte	Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico per attribuzione punteggi/valutazione offerte/valutazione anomalia	1) Mancanza di Chiarezza, specificità e puntualità della lex specialis (capitolato e disciplinare); 2) eccessiva discrezionalità della stazione appaltante	ALTO	19	Regolamentazione	1) Collegamento diretto tra specifiche tecnico-cliniche del capitolato e criteri di valutazione, così da ridurre ambiti di discrezionalità all'attribuzione dei punteggi; 2) obbligo di accompagnamento dei punteggi numerici attribuiti con brevi giudizi sintetici relativi a ciascun criterio di valutazione	SI	A regime	A regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Verifica offerte anomale		1) Mancanza di Chiarezza, specificità e puntualità della lex specialis (capitolato e disciplinare); 2)eccessiva discrezionalità della stazione appaltante	ALTO	20	Trasparenza	Obbligo di motivazione espressa e rafforzata del provvedimento conclusivo del sub-procedimento di valutazione anomalia (particolare attenzione andrà prestata nel caso di unica offerta o di offerte simili/uguali, con riferimento alla verifica dell'assenza di rapporti di controllo o collegamento negoziale)	SI	A regime	A regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Modifica bando, anullamento/revoca gara	Violazione imparzialità e concorrenza, mediante condotte volte ad orientare l'esito degli affidamenti	1) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole - Grado di standardizzazione e codificazione delle attività; 2) Assenza/insufficienza di trasparenza; 3) mancata segnalazione dei profili di conflitto di interesse	MEDIO	21	Trasparenza	1) - 2) Coinvolgimento della Direzione Strategica mediante adozione di provvedimento deliberativo e obbligo di motivazione espressa e rafforzata (particolare attenzione andrà prestata nel caso di unica offerta o di offerte simili/uguali, con riferimento alla verifica dell'assenza di rapporti di controllo o collegamento negoziale); 3) attestazione assenza profili di conflitto di interesse da parte di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti nell'adozione del provvedimento amministrativo	PARZIALE	30/06/2022	A regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		FASE D: ACCORDI / CONTRATTI DI ATTIVITA'														

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
		Verifica sussistenza requisiti generali e speciali	Alterazione/omissione controlli per agevolare aggiudicatario privo dei requisiti	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) eccessivo accentramento delle funzioni;	MEDIO	22	Controllo	Collegialità nell'effettuazione dei controlli (rup e collaboratore/dirigente del servizio)	SI	A regime	Tempestivo	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Sottoscrizione contratto di appalto	Elusione art. 16, l.r. 15/2008 e art. 1, c. 17, l. 190/2012 (patti di integrità) e art. 2, c. 3, codice di comportamento aziendale	1) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità; 2) Rilevanza esterna del procedimento: Elevata influenza di interessi esterni sia sociali che economici; 3) mancato rispetto della normativa statale/regionale e interna applicabile	MEDIO	23	1) Conflitto di interessi; 2) Etica comportamento	Inserimento, nel contratto di appalto per lavori e forniture di beni e servizi di importo superiore a euro 150 mila, di esplicito impegno espresso dei contraenti: 1) ad astenersi da qualunque comportamento, in ogni modo, direttamente o indirettamente, non leale, scorretto o non trasparente, anche con riferimento agli obblighi in tema di pantouflage e/o conflitto di interessi, con previsione di sanzioni pecuniarie a carico del privato per eventuali violazioni/inosservanza (anche integrando bandi e lettere di invito); 2) al rispetto del codice di comportamento aziendale vigente	SI	A regime	Tempestivo	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Inserimento clausola in tutti i contratti sottoscritti: 1) previsione sanzioni pecuniarie in tutti i bandi/lettere di invito approvati; 2) inserimento clausola in tutti i bandi/lettere di invito approvati
		FASE E: ESECUZIONE DEL CONTRATTO														
		Approvazione modifiche e varianti al contratto originario	Modifica condizioni contrattualizzate e abusivo ricorso alle varianti, al fine di consentire illegittimi vantaggi all'aggiudicatario	1) Rilevanza esterna del procedimento: Elevata influenza di interessi esterni sia sociali che economici; 2) Assenza/insufficienza di trasparenza;	MEDIO	24	Trasparenza	1) Comunicazione ad ANAC delle modifiche e varianti autorizzate dal RUP e dal DEC; 2) Pubblicazione all'albo pretorio/bandi di gara delle modifiche e varianti autorizzate	SI	A regime	Tempestivo	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Autorizzazioni al subappalto	Mancanza di controllo diretto sulla prestazione subappaltata da parte della ASL committente	1) Rilevanza esterna del procedimento: Elevata influenza di interessi esterni sia sociali che economici; 2) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 3) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole	MEDIO	25	Controllo	Autorizzazione al subappalto rilasciata dal RUP/DEC, previ controlli analoghi a quelli effettuati sull'aggiudicatario	SI	A regime	A regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Verifiche correttezza temporale e quali-quantitativa esecuzione	Mancata/insufficiente verifica al fine di non applicare sanzioni/risoluzione e penali per l'inadempimento	1) Rilevanza esterna del procedimento: Elevata influenza di interessi esterni sia sociali che economici; 2) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente;	MEDIO	26	Controllo	1) trasmissione dal DEC al RUP di check-list periodica controlli esecuzione e relazione sulle sanzioni/penali applicate; 2) Comunicazione, a firma RUP/DEC, alla Direzione Strategica in caso di andamento anomalo dei consumi	SI	A regime	A regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Apposizione riserve	Apposizione riserve generiche con aumento incontrollato dei costi	1) Elevata influenza di interessi esterni sia sociali che economici; 2) assenza di criteri preordinati e/o regole; 3) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	MEDIO	27	Controllo	Contestazione riserve generiche da parte del RUP e del DEC	SI	A regime	Tempestivo	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Gestione delle controversie	Eccessivo ricorso a modalità stragiudiziali per avvantaggiare l'aggiudicatario inadempiente ovvero per inadempimenti/ritardi nella liquidazione del corrispettivo contrattuale pattuito	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) complessità della normativa applicabile	MEDIO	28	Trasparenza	1) Obbligo di pubblicazione in albo pretorio/bandi di gara, degli accordi bonari e transazioni relativi ad appalti, nel rispetto di eventuali segreti industriali/commerciali e dati personali; 2) acquisizione parere SBL o legale esterno per conclusione transattiva in presenza di contenzioso giurisdizionale	PARZIALE	30/06/2022	Tempestivo	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAPI/DSS (SBL/AGRF), proponente il provvedimento di approvazione accordo stragiudiziale.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		FASE F: RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO														
		Collaudo	Alterazioni/omissioni attività di controllo	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; 3) Competenze non ben definite assenza di criteri preordinati e/o regole;	MEDIO	29	Regolamentazione	Pre-individuazione criteri per la nomina del collaudatore/commissione di collaudo	SI	A regime	Tempestivo	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO.	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
		Pagamento	Mancata/scorretta acquisizione CIG; mancato rispetto obblighi di tracciabilità ex l. 136/2010; mancato/irregolare controllo regolarità contributiva	1) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; 2) Procedure amministrative/contabili/informatiche e prassi aziendali non adeguate/efficaci	MEDIO	30	Regolamentazione	Impossibilità di procedere al pagamento e liquidazione, in assenza di indicazione del CIG negli strumenti di pagamento ovvero di acquisizione del DURC	SI	A regime	A regime	AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO./AGRF	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
	Percorso Attuativo Certificabilità - Procedure Amministrativo Contabili: 4) Ciclo Personale	Elusioni procedure di controllo e verifica aziendali	Commissione errori e/o irregolarità ed occultamento dei relativi effetti; deficit di controlli; poteri illimitati in capo al singolo	1) Eccessivo grado di accentramento delle funzioni gestionali – monopolio competenze; 2) Scarsa responsabilizzazione interna dei dipendenti	BASSO	31	Regolamentazione	Applicazione Percorso Attuativo della Certificabilità - Rispetto Manuale delle procedure amministrativo-contabili aziendali (DDG 1564/2020): 4) Ciclo Personale	SI	A regime	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Rilevazione fabbisogno	Favorire l'accesso di soggetti pre-individuati	1) mancata/incompleta rilevazione del fabbisogno di personale; 2) mancato rispetto dei limiti previsti dal PTFP	BASSO	32	Trasparenza	1) Adozione del PTFP; 2) reclutamento delle professionalità nei limiti di quanto previsto dal PTFP	SI	A regime	A regime	AGRU	1) Verifica pubblicazione in Amministrazione Trasparente; 2) Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	1) Entro 30 gg. Dalla adozione della delibera di approvazione del PTFP; 2) Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	1) Pubblicazione; 2) Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Reclutamento e incarichi	Reclutamento candidati pre-individuati	1) insufficienti meccanismi trasparenti ed oggettivi di reclutamento dei candidati; 2) mancanza di controllo e trasparenza sui requisiti di accesso	BASSO	33	Trasparenza	Reclutamento secondo PTFP - Pubblicazione degli atti (bandi) su GURI, BURP, Sito Internet ASL (albo pretorio e amministrazione trasparente)	SI	A regime	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Abuso dei processi di stabilizzazione, al fine di reclutare candidati pre-individuati	1) mancanza di controlli specifici; 2) mancanza di trasparenza; 3) mancato/insufficiente espletamento di procedure concorsuali;	BASSO	34	Regolamentazione	Rispetto disciplina nazionale e regionale	SI	A regime	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Inosservanza regole procedurali a presidio trasparenza/imparzialità	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente;	MEDIO	35	Controllo	Controllo delle dichiarazioni relative ai carichi pendenti dei dipendenti assunti (campione controllato non inferiore al 10%) e/o incaricati di Struttura Dipartimentale, Complessa, Semplice (controllo di tutte le dichiarazioni), nonché richiesta ai componenti delle diverse Commissioni Esaminatrici di dichiarare ex art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001, di non aver riportato condanne per i delitti di cui al capi I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato.	PARZIALE	30/06/2022	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione: assunti (almeno 10%) e tutti gli incaricati di Dipartimento, UOC e UOS
				1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità; 3) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico	BASSO	36	1) Conflitto di interessi; 2) Rotazione	1) attestazione assenza di conflitto di interesse/incompatibilità; 2) Rotazione dipendenti addetti alle segreterie di commissioni di concorso	SI	A regime	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Progressioni economiche e verticali (o di carriera)	Inosservanza di leggi e/o regolamenti per favorire soggetti determinati ovvero per eludere selettività e meritocrazia	1) mancanza di regolamentazione: assenza di regolamento aziendale per la disciplina delle progressioni orizzontali e verticali, nel rispetto delle previsioni nazionali e regionali, ai fini della contrattazione sindacale e della acquisizione dell'approvazione sulle relazioni tecnico-finanziaria e illustrativa da parte del Collegio Sindacale; 2) mancanza di controlli sul rispetto della normativa nazionale e regionale;	BASSO	37	Regolamentazione	1) Approvazione regolamento aziendale per la disciplina delle progressioni orizzontali e verticali, nel rispetto delle previsioni nazionali e regionali, ai fini della contrattazione sindacale e della acquisizione dell'approvazione sulle relazioni tecnico-finanziaria e illustrativa da parte del Collegio Sindacale; 2) Estensione misura regolatoria alla modifica all'art. 52, c. 1-bis, TUPI, introdotta dal d.l. 80/2021	PARZIALE	30/06/2022	Tempestivo	AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Invio bozza, previa definizione con la Direzione Strategica, alle OOSS

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)	Aree di rischio generali - Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA punto b, Par. 6.3, nota 10	Retribuzione di risultato - retribuzione di produttività	Favorire soggetti determinati ovveroelusione selettività e meritocrazia	1) mancanza di controlli sul rispetto della normativa nazionale e regionale; 2) mancato aggiornamento periodico dei criteri per l'attribuzione dei premi correlati alla performance;	BASSO	38	Regolamentazione	Aggiornamento criteri per l'attribuzione dei premi correlati alla performance inseriti in SMVP (esclusi i criteri per la ripartizione incentivi ai legali interni, già approvati con DDG 1766/2021)	PARZIALE	30/06/2022	Tempestivo	AGRU/STP (SBL)	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Invio bozza, previa definizione con la Direzione Strategica, alle OOSS
		Conferimento di incarichi di collaborazione (art. 7, C. 6, TUPI)	Agevolare soggetti particolari/conferimenti ad personam	1) inosservanza delle normative nazionali e regionali; 2) mancato aggionamento del regolamento aziendale; 3) mancanza dei controlli su errata applicazione del regolamento vigente: a) mancato accertamento e attestazione requisiti di legge da parte del Responsabile della Macrostruttura conferente l'incarico; b) pubblicazione bando di selezione; c) Svolgimento procedura comparativa, SALVI I CASI CONSENTITI DI AFFIDAMENTO INTUITU PERSONAE), 4) assenza di un format aggiornato per la comunicazione di incarichi non soggetti ad autorizzazione, con l'inserimento dell'indicazione del cd. utilizzatore finale di docenze/relazioni/convegni; 4) mancanza di trasparenza;	ALTO	39	Regolamentazione	1) Aggiornamento regolamento aziendale, che includa anche disciplina degli incarichi a conferirsi a soggetti in quiescenza; 2) Nelle more, dell'aggiornamento, applicazione del regolamento vigente e del punto 4 (tra cui: a) accertamento e attestazione requisiti di legge da parte del Responsabile della Macrostruttura conferente l'incarico; b) pubblicazione bando di selezione; c) Svolgimento procedura comparativa, SALVI I CASI CONSENTITI DI AFFIDAMENTO INTUITU PERSONAE); 3) pubblicazione in Amministrazione Trasparente e comunicazione ad AGRU di tutti gli incarichi conferiti per la comunicazione a PERLA-PA; 4) Nelle more dell'aggiornamento del regolamento aziendale, a seguito della integrazione del format per la comunicazione di incarichi non soggetti ad autorizzazione, con l'inserimento dell'indicazione del cd. utilizzatore finale di docenze/relazioni/convegni; 5) circolare aggiornata contenente chiarimenti ed indicazioni sull'utilizzatore finale e sulle modalità/limiti/procedure per il conferimento di incarichi a soggetti in quiescenza;	PARZIALE	2) - 3) - 4) a regime; 1) 5) 30/6/2022	Tempestivo	1) - 4) - 5) AGRU; 2) - 3) AGRU e Direttore Macrostruttura conferente;	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	1) - 2) - 4) - 5) Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo; 3) entro 30 gg. da comunicazione avvenuta pubblicazione ovvero, entro il termine di cui alla delibera ANAC annuale di individuazione sottosezioni oggetto di attestazione OIV ex art. 14, d. lgs. 150/2009, ove tale obbligo sia oggetto di verifica OIV	1) - 2) - 4) 5) NO; 3) SI (trasparenza)	1) Trasmissione proposta DDG; 2) - 3) - 4) - 6) Rispetto misura di prevenzione; 5) Diffusione circolare
			Partecipazione di dipendenti ovvero di medici/farmacisti convenzionati a convegni e congressi riguardanti i medicinali (art. 13, regolamento Regione Puglia n. 17/2007)	1) inosservanza delle normative nazionali e regionali; 2) assenza di procedure aziendali; 3) mancanza di trasparenza;	ALTO	40	Regolamentazione	1) Richiesta dati relativi alla partecipazione a tutte le aziende farmaceutiche con cui l'Azienda intrattenga rapporti negoziali; 2) Istituzione del Registro delle partecipazioni a congressi e convegni riguardanti i medicinali, da parte dei dipendenti ovvero di medici/farmacisti convenzionati	NO	1) 31/3/2022; 2) 30/06/2022	Tempestivo	1) UO Formazione (previa acquisizione dell'elenco delle aziende farmaceutiche dall'AGP); 2) UO Formazione	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Istituzione Registro
			Mancato rispetto codice di comportamento aziendale	1) scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità;	BASSO	41	Etica comportamento	Inserimento in tutti i provvedimenti deliberativi di conferimento e/o contratti di incarico clausola che obblighi al rispetto del codice di comportamento aziendale vigente	SI	A regime	Tempestivo	1) AGRU e Direttore Macrostruttura conferente	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Inserimento in tutti i contratti di incarico
		Autorizzazione incarichi esterni ai dipendenti (art. 53, TUPI)	Agevolare dipendenti particolari	1) inosservanza presupposti di legge e regolamento; 2) mancato aggiornamento del regolamento aziendale; 3) mancato rispetto del regolamento aziendale vigente; 4) mancanza dei controlli sul rispetto del regolamento interno;	ALTO	42	1) - 2) Regolamentazione; 3) Trasparenza	1) Aggiornamento regolamento aziendale; 2) Nelle more, dell'aggiornamento, applicazione del regolamento vigente e, segnatamente: a) COMUNICAZIONE del dipendente a Responsabile Macrostruttura di assegnazione ed AGRU incarichi NON soggetti ad autorizzazione; b) AUTORIZZAZIONE AGRU allo svolgimento di incarichi ex art. 53, TUPI; 3) pubblicazione in Amministrazione Trasparente e comunicazione ad AGRU di tutti gli incarichi conferiti per la comunicazione a PERLA-PA; 4) trasmissione ad RPCT e Direzione Strategica delle richieste di autorizzazione/comunicazioni incarichi esclusivamente ove il Direttore/Responsabile di Macrostruttura di assegnazione del Dipendente, con l'ausilio del Referente RPCT, ravvisi motivatamente il ricorrere di profili di conflitto di interessi	PARZIALE	1) - 2) - 3) a regime; 4) 30/6/2022	Tempestivo	1) AGRU; 2) tutti i dipendenti incaricati; 2)b - 3) AGRU e Direttore Macrostruttura conferente; 4) Macrostruttura di assegnazione	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	1) - 2) - 4) Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione; 3) entro 30 gg. da comunicazione avvenuta pubblicazione ovvero, entro il termine di cui alla delibera ANAC annuale di individuazione sottosezioni oggetto di attestazione OIV ex art. 14, d. lgs. 150/2009, ove tale obbligo sia oggetto di verifica OIV	NO	1) Trasmissione proposta DDG; 2) - 3) - 4) Rispetto misura di prevenzione
		Gestione giuridica del personale: aspettative, comandi, assegnazioni temporanee	Agevolare dipendenti particolari	1) Eccessiva discrezionalità del procedimento (ruolo del decisore interno); 2) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole - Grado di standardizzazione e codificazione delle attività	MEDIO	43	Regolamentazione	Rispetto disciplina legislativa e aziendale - id est: 1) acquisizione n.o. Macrostruttura di assegnazione, eventualmente con supporto dirigenti professioni infermieristiche per richieste di sostituzioni; 2) adozione provvedimento deliberativo o determinativo (quest'ultimo per aspettative)	PARZIALE	30/06/2022	Tempestivo	AGRU/Servizi Infermieristici OSPEDALIERO e TERRITORIALE/Macrostruttura di assegnazione del dipendente	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

e di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
		Gestione giuridica del personale: 1) assenze-presenze, permessi; 2) spettanza permessi ex l. 104/1992	Mancata o non corretta gestione delle timbrature e della fruizione dei permessi	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) assenza di criteri preordinati e/o regole	ALTO	44	1) Regolamentazione; 2) Controllo	1) Indicazioni operative AGRU e controlli periodici da parte del Dirigente cui sia assegnato il personale; 2) controlli a campione AGRU su spettanza permessi ex l. 104/1992 riconosciuti da Macrostrutture di assegnazione	SI	A regime	A regime	1) AGRU/Tutte le Macrostrutture/Presidente UPD; 2) AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Gestione economica del personale: rimborso missioni, pagamento straordinario e correttezza cedolini, liquidazione ferie non fruite alla cessazione del rapporto di lavoro	Inosservanza disposizioni normative e contrattuali	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) assenza di criteri preordinati e/o regole	MEDIO	45	Controllo	1) Verifiche a campione su importi liquidati a titolo di missione; 2) verifiche a campione su rispetto monte ore massimo liquidabile a titolo di lavoro straordinario; 3) verifiche a campione su correttezza cedolini, in relazione ai dipendenti dichiarati inidonei alla mansione	PARZIALE	A regime	Semestrale	1) - 2) AGRU; 3) Macrostruttura di assegnazione del dipendente dichiarato inidoneo alla mansione	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Mancata tempestiva fruizione ferie al fine della loro liquidazione successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro	1) assenza di criteri preordinati e/o regole ; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni;	BASSO	46	Regolamentazione	Aggiornamento e diffusione annuale circolare sulla disciplina normativa applicabile, volta a sollecitare corretto smaltimento ferie	SI	A regime	Annuale	AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	BASSO	47	Controllo	Verifiche mensili su corrispondenza tra importo liquidato e importo indicato nel provvedimento di liquidazione	SI	A regime	Mensile	AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Premialità e valorizzazione del merito, partecipazione a progetti di performance	Elusione principi e disciplina nazionale e regionale	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2)Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	ALTO	48	1) Trasparenza; 2) Controllo	1) rispetto SMVP (principio della differenzazione/selettività delle valutazioni soggettive; 2) Rispetto SMVP per la disciplina della partecipazione ai progetti di performance	SI	A regime	Annuale	AGRU/Tutte le Macrostrutture/STP	1) Pubblicazione su Amministrazione Trasparente della validazione OIV della Relazione sulla performance; 2) Relazione annuale coordinatore STP su criticità eventualmente riscontrate nella gestione dei progetti di performance e relative motivazioni e modalità per il superamento	1) Entro 30 gg. dalla scadenza del termine per la pubblicazione ovvero, entro il termine di cui alla delibera ANAC annuale di individuazione sottosezioni oggetto di attestazione OIV ex art. 14, d. lgs. 150/2009, ove tale obbligo sia oggetto di verifica OIV; 2) Tempestivo	SI (Trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Rotazione ordinaria del personale	Abuso di posizioni di potere in aree particolarmente esposte a rischi corruttivi	1) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico; 2) Eccessivo grado di accentramento delle funzioni gestionali – monopolio competenze; 3) assenza di criteri preordinati e/o regole	ALTO	49	Regolamentazione	1) Individuazione criteri generali, nel rispetto del PNA 2019 - ALL. 2 e predisposizione regolamento aziendale; 2) Inserimento, in tutti i contratti di assunzione e di conferimento di incarico, di clausola relativa all'assoggettamento all'istituto della rotazione ordinaria del personale	PARZIALE	31/03/2022	Tempestivo	AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Trasmissione, entro il 30/6/2022, proposta di DDG per l'approvazione del regolamento ivi allegato, contenente i criteri oggetto di precedente e propedeutica informativa alle OOSS
		Rotazione straordinaria del personale	Mancato allontanamento del dipendente coinvolto in procedimenti penali, noti alla Azienda, per fatti di maladministration dalla sede di servizio presso cui si sono svolti i fatti di rilievo penale	1) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico; 2) Scarsa responsabilizzazione interna	ALTO	50	Rotazione	1) Applicazione L.G. ANAC (delibera n. 215 del 26/3/2019), anche alla luce degli esiti della comunicazione SBL di cui alla MISURA 88; 2) Circolare di aggiornamento sulla disciplina della rotazione straordinaria; 3) Inserimento, in tutti i contratti di assunzione e di conferimento di incarico, di clausola relativa all'assoggettamento all'istituto della rotazione straordinaria del personale	PARZIALE	1) Tempestivo; 2) 30/06/2022; 3) 31/3/2022	Tempestivo	1) DG/Direzione Sanitaria o Amministrativa (a seconda del profilo)/SBL/AGRU/RPCT, in raccordo con Macrostruttura di assegnazione del dipendente (per reparti PP.OO.: Direzioni Mediche PP.OO.); 2) RPCT/AGRU/SBL/UPD; 3) AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	1) Rispetto Misura aziendale di prevenzione; 2) Trasmissione alla Direzione Strategica circolare, ai fini della sottoscrizione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
		Osservanza codice di comportamento aziendale da parte dei dipendenti, collaboratori e affidatari di appalti	Violazione di obblighi di comportamento, anche da parte di soggetti esterni ma in posizione "differenziata" rispetto all'ASL	1) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; 2) assenza di criteri preordinati e/o regole ;	ALTO	51	Regolamentazione	1) Circolare AGRU di richiamo sul recente aggiornamento Codice di comportamento aziendale; 2) Predisposizione schemi tipo di incarico, contratto, bando, inserendo la condizione dell'osservanza dei Codici di comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, per i titolari di organo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell'amministrazione, e prevedendo la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dai Codici.	SI	A regime	Tempestivo	1) AGRU/RPCT/UPD; 2) AGRU/AGP/AGT/HTA/ Direzioni Amministrative PP.OO./Direzione Amministrativa DAPI/DSS/SBL/Tutte le macrostrutture conferenti l'incarico	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Gestione relazioni sindacali	Attribuzione di permessi sindacali in misura superiore a quanto contrattualmente spettante	Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	MEDIO	52	Controllo	Verifica del monte ore fruito dai dipendenti per permessi sindacali	SI	A regime	Annuale	AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi	Assegnazione ad uffici, conferimento incarichi anche in Commissioni di concorso a soggetti condannati per delitti contro la pubblica amministrazione;	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente;	ALTO	53	Controllo	Controllo delle dichiarazioni relative ai carichi pendenti dei dipendenti assunti (campione controllato non inferiore al 10%) e/o incaricati di Struttura Dipartimentale, Complessa, Semplice (controllo di tutte le dichiarazioni), nonché richiesta ai componenti delle diverse Commissioni Esaminatrici di dichiarare ex art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001, di non aver riportato condanne per i delitti di cui al capi I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato.	PARZIALE	30/06/2022	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione: assunti (almeno 10%) e tutti gli incaricati di Dipartimento, UOC e UOS
	Gestione MMG/PLS	Pagamenti parte variabile medici convenzionati	Pagamento per prestazioni non effettuate	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole	MEDIO	54	1) Regolamentazione; 2) Controllo	1) Controlli semestrali a campione sul rispetto procedura aziendale per la validazione DSS prestazioni comunicate dal medico da inserire in EDOTTO; 2) Pagamento UOGAPC solo in presenza di dati inseriti in EDOTTO	PARZIALE	1) 30/06/2022; 2) a regime	Tempestivo	1) Direzione Amministrativa DAPI (sentiti i Direttori DSS); 2) AGRU-UOGAPC	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione: per misura 1) campione minimo 10% MMG e 10% PLS
		Anagrafe assistiti a MMG e PLS	Pagamenti per pazienti deceduti o non esistenti	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente e mancanza di procedure aziendali uniformi; 2) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole;	MEDIO	55	1) - 2) - 3) Controllo	1) Controlli mensili a campione della cancellazione dei deceduti trasmessi dagli Uffici di Anagrafe Comunale (verifica di almeno il 5% degli elenchi nominativi mensili dei deceduti, relativi ad almeno n. 2 Comuni per ciascun DSS) e trasmissione elenco deceduti da cancellare ai DSS; 2) Verifica mensile d'ufficio di tutti gli ultracentenari e conseguente cancellazione mensile deceduti: a) comunicati mensilmente dalla Direzione Amministrativa DAT e b) ultracentenari deceduti; 3) controlli su liste pazienti con eventuale recupero nei limiti della prescrizione decennale	PARZIALE	1) 30/06/2022; 2) A regime	A regime	1) Direzione Amministrativa DAPI; 2) Direttori DSS; 3) AGRU-UOGAPC	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione: per misura 1) campione minimo 10% MMG e 10% PLS
		Frequenza Scuola Regionale formazione specifica in Medicina Generale – Regime delle incompatibilità/conflitto di interessi	Percepire la borsa di studio indebitamente	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi ;	BASSO	56	1) Conflitto di interesse; 2) Controllo	1) acquisizione della dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'assenza di situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi; 2) recupero somme indebitamente erogate a seguito di comunicazione regionale ovvero di segnalazione	SI	A regime	A regime	AGRU-UOGAPC	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Attività generali di gestione AGRF	Difetto di tracciabilità del processo di acquisto; possibilità di ordini a copertura	Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	ALTO	57	Trasparenza	Applicazione nodo smistamento ordini (NSO) per beni/servizi	SI	A regime	A regime	AGRF	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Rapporti continuativi tra dipendente e la medesima utenza con rischio di proliferazione di dinamiche improprie nella gestione amministrativa; consolidamento in capo al dipendente di una posizione di potere nei confronti dell'utenza; sfruttamento della stessa per ottenere vantaggi illeciti	1) Eccessivo grado di accentramento delle funzioni gestionali – monopolio competenze	ALTO	58	Controllo	Segregazione / condivisione delle funzioni in capo a più operatori	SI	A regime	A regime	AGRF	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0001067/2022 del 31/03/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)	Cassa economale (gestita da economato)	Improprio utilizzo	1) Eccessivo grado di accentramento delle funzioni gestionali – monopolio competenze; 2) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	ALTO	59	Controllo	1) Rotazione triennale cassieri; 2) Controlli periodici e rispetto regolamento cassa economale	PARZIALE	1) 30/6/2022; 2) A regime	1) Annuale; 2) A regime	1) Direttori Macrostrutture cui afferisce la cassa economale; 2) AGRF e responsabili casse economali (tramite Direzioni DSS e Direzioni Amministrative PP.OO.)	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Pagamenti	Liquidazione fatture senza adeguata verifica della prestazione ricevuta	1) Eccessivo grado di accentramento delle funzioni gestionali – monopolio competenze; 2) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 3) scarsa responsabilizzazione interna dei dipendenti;	BASSO	60	Controllo	1)-2) Liquidazione fatture solo a seguito di controlli sulla correttezza prestazione ricevuta; 3) attestazione firmatari provvedimenti di liquidazione circa il rispetto della normativa applicabile (id est verifica della prestazione ricevuta)	PARZIALE	1)-2) A regime; 3) 30/6/2022	A regime	tutte le Macrostrutture liquidanti	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Anticipazione dei pagamenti per specifici fornitori e/o ritardo intenzionale degli altri	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) mancato rispetto della normativa statale/regionale;	BASSO	61	Trasparenza	1) Pubblicazioni obbligatorie in Amministrazione Trasparente (l. 89/2014 e d. lgs. 33/2013): a) elenco pagamenti); b) ITP trimestrale e annuale; 2) Circolarizzazione periodica dei fornitori e utilizzo portale ASL/ fornitori	SI	A regime	A regime	AGRF	1) verifica dell'avvenuta pubblicazione; 2) relazione annuale referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	1) Entro 30 gg. dalla scadenza del termine per la pubblicazione ovvero, entro il termine di cui alla delibera ANAC annuale di individuazione sottosezioni oggetto di attestazione OIV ex art. 14, d. lgs. 150/2009, ove tale obbligo sia oggetto di verifica OIV; 2) Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	1) SI (trasparenza); 2) NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
	Percorso Attuativo Certificabilità - Procedure Amministrativo Contabili: 1) Ciclo Attivo; 3) Ciclo Finanziario; 5) Ciclo Patrimonio; 6) Ciclo Passivo; 7) Ciclo Chiusura del Bilancio; Annex 8.1) Conferme esterne; Annex 8.2) Cessioni di credito a terzi da parte dei fornitori; Annex 8.3) pignoramenti mobiliari presso terzi; Annex 8.5) Partite Intercompany; Annex 8.7) Fatturazione attiva assistenza DSS; Annex 8.8) Gestione Budget sul sistema informativo/contabile aziendale	Elusioni procedure di controllo e verifica aziendali	Commissione errori e/o irregolarità ed occultamento dei relativi effetti; deficit di controlli; poteri illimitati in capo al singolo	1) Eccessivo grado di accentramento delle funzioni gestionali – monopolio competenze; 2) Procedure amministrative/contabili/informatiche e prassi aziendali non adeguate/efficaci;	MEDIO	62	Regolamentazione	Applicazione Percorso Attuativo della Certificabilità - Rispetto Manuale delle procedure amministrativo-contabili aziendali (DDG 1564/2020): 1) Ciclo Attivo; 3) Ciclo Finanziario; 5) Ciclo Patrimonio; 6) Ciclo Passivo; 7) Ciclo Chiusura del Bilancio; Annex 8.1) Conferme esterne; Annex 8.2) Cessioni di credito a terzi da parte dei fornitori; Annex 8.3) pignoramenti mobiliari presso terzi; Annex 8.5) Partite Intercompany; Annex 8.7) Fatturazione attiva assistenza DSS; Annex 8.8) Gestione Budget sul sistema informativo/contabile aziendale	SI	A regime	A regime	Tutte le Macrostrutture individuate per ciascuna Procedura ed Annex dalla DDG 1564/2020	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
	Patrimonio	Gestione beni immobili	Condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte rispetto a quello della ASL	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) Mancato rispetto della normativa statale/regionale applicabile	MEDIO	63	Trasparenza	Pubblicazioni obbligatorie in Amministrazione Trasparente ex art. 30, d. lgs. 33/2013	SI	A regime	A regime	AGT	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione ovvero, infine, entro il termine di cui alla delibera ANAC annuale di individuazione sottosezioni oggetto di attestazione OIV ex art. 14, d. lgs. 150/2009, ove tale obbligo sia oggetto di verifica OIV	SI (trasparenza)	100%
			Sottoutilizzo immobili nella disponibilità della ASL	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) Mancato rispetto della normativa statale/regionale applicabile	MEDIO	64	Trasparenza	Pubblicazione in Amministrazione Trasparente: a) valore degli immobili di proprietà, stato (utilizzato/NON utilizzato), finalità di utilizzo/motivi del mancato utilizzo; b) canone di locazione passiva, stato (utilizzato/NON utilizzato), finalità di utilizzo/motivi del mancato utilizzo	SI	A regime	Annuale	AGT	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione ovvero, infine, entro il termine di cui alla delibera ANAC annuale di individuazione sottosezioni oggetto di attestazione OIV ex art. 14, d. lgs. 150/2009, ove tale obbligo sia oggetto di verifica OIV	SI (trasparenza)	100%

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
		Attività Dipartimento di Prevenzione - SPESAL	Possibile alterazione gestione documentale	Procedure amministrative/contabili/informatiche e prassi aziendali non adeguate/efficaci	BASSO	65	Semplificazione	Attuazione del regolamento aziendale e delle procedure aziendali: 1) rispetto nuovo protocollo informatico e software gestionale; 2) utilizzo nuovo software gestione SPESAL (notifiche amianto, cantieri); 3) gestione interna pratiche SPESAL;	SI	A regime	Tempestivo	SPESAL	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Attività di vigilanza ed ispezione - Dipartimento di Prevenzione	Abbassamento quali-quantitativo degli standard di attività	Procedure amministrative/contabili/informatiche e prassi aziendali non adeguate/efficaci	MEDIO	66	1) - 3) - 4) - 5) Regolamentazione; 2) Rotazione;	Aggiornamento e verifica rispetto Procedure documentate operative tecnico professionali e comportamentali, per le attività di ispezione, audit e campionamento, comprensive delle seguenti previsioni: 1) unità di vigilanza composta almeno da due operatori; 2) rotazione annuale delle unità di vigilanza; 3) attività svolte dal singolo operatore nel comune di residenza non eccedenti il 50% del totale annuale; 4) controllo nelle ordinarie attività di verifica da parte di uno stesso operatore per non più di volte 3 consecutive; 5) separazione tra operatori impegnati in attività di rilascio	SI	A regime	A regime	Coordinatore delle UUOOCC / Direttore di UOC	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Omettere di inserire una attività tra quelle da controllare	1) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole - Grado di standardizzazione e codificazione delle attività, 2) Assenza/insufficienza di trasparenza	ALTO	67	Regolamentazione	Predisposizione Piano annuale di attività, con indicazione dei criteri oggettivi e trasparenti di pianificazione adottati	SI	A regime	A regime	Direttore UOC	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Omettere di assumere gli atti amministrativi/penali previsti dalla normativa vigente di settore, a seguito di violazioni riscontrate	1) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità;	MEDIO	68	Etica comportamento	Sottoscrizione annuale per ogni operatore del documento di integrità, imparzialità, indipendenza ed assenza di conflitto di interessi e astensione in ogni altro caso ove esistano ragioni di convenienza e opportunità	SI	A regime	A regime	Direttore UOC	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Abuso di potere, comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	MEDIO	69	Controllo	Riesame semestrale a campione dei verbali di ispezione, audit e campionamento	SI	A regime	A regime	Direttore UOC	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Prestazioni difformi causa continuità e frequenza di rapporti con la stessa Utenza	Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico	ALTO	70	Rotazione	Rotazione degli operatori impegnati su impianti fissi (impianti di macellazione, mercati, etc.) con turnazione non eccedente l'annualità, ove compatibile con la carenza di personale	SI	A regime	A regime	Direttore UOC	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Rilascio Pareri ai fini autorizzativi: Commissioni previste da leggi e regolamenti	Favorire percorsi preferenziali nei tempi e/o valutazioni difformi su sollecitazione esterna	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancato rispetto della normativa statale/regionale applicabile	MEDIO	71	Controllo	Valutazione collegiale con componenti interni ed esterni - Il provvedimento autorizzativo finale è di altro Ente (Comune, Prefettura...) Procedure sopralluoghi effettuati da 2 operatori sempre diversi: Presenza procedure e check list Verbali di Commissione T di risposta	SI	A regime	A regime	Direttore Dipartimento, con il supporto dei Presidenti di Commissione	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Docenze esterne	Potenziale conflitto di interesse	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 3) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	ALTO	72	Controllo	Riesame annuale degli incarichi e delle concentrazioni di incarichi	SI	A regime	Annuale	Direttore Dipartimento	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0000106/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni		Misura generale	Inosservanza misure di prevenzione della corruzione e normativa	scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	MEDIO	73	Etica comportamento	Coinvolgimento delle associazioni di categoria sulle attività svolte dal Dipartimento per prevenire la corruzione: organizzazione di almeno 1 incontro annuale per Disciplina	SI	A regime	Annuale	Direttore Dipartimento e Coordinatori UUOOCC	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare nelle aziende di competenza SVET (e altri controlli di sanità veterinaria)	Mancata o parziale esecuzione dei controlli (omissione d'atti d'ufficio) oppure eccessiva fiscalità nell'esecuzione dei controlli	1) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità; 2) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico; 3) assenza/insufficienza controlli	ALTO	74	1) - 3) Controllo; 2) Rotazione	Sottoscrizione annuale per ogni controllore del documento su integrità, imparzialità, indipendenza e mappatura dei potenziali conflitti di interesse: 1) verifica annuale dell'avvenuto aggiornamento della mappa dei conflitti; 2) rotazione del personale di vigilanza per ogni tre controlli su OSA ex Reg. 852/04, esclusi controlli su Stab. ex 853/04, operazioni di Polizia Giudiziaria e di riscontro delle prescrizioni impartite; 3) verifiche annuali sul personale mediante supervisione e controlli interni	SI	A regime	1) - 3) Annuale; 2) A regime	Direttore Servizio Sanitario – UOC SIAV B	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		vigilanza nelle aziende in tema di salute e sicurezza dei lavoratori	Omettere di assumere gli atti sanzionatori dovuti a seguito delle violazioni riscontrate o eccedere in fiscalità o assumere atteggiamenti persecutori;	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico; 3) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi; 4) Insufficiente diffusione delle procedure aziendali SPESAL	MEDIO	75	Regolamentazione	Osservanza e diffusione procedure e istruzioni operative tecnico professionali e comportamentali (aggiornamento annuale procedure e trasmissione a tutto il personale SPESAL)	PARZIALE	30/06/2022	A regime	Direttori SPESAL	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico; 2) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi; 3)Eccessiva discrezionalità	MEDIO	76	Controllo/Rotazione	Attività effettuata sempre da coppie di operatori evitando coppie fisse mediante rotazioni.	SI	A regime	A regime	Direttori SPESAL	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico; 2) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi; 3)Eccessiva discrezionalità	MEDIO	77	Rotazione	Parziale rotazione del personale quando si debba intervenire ripetutamente nelle stesse aziende (grandi aziende e Grandi Opere)	SI	A regime	A regime	Direttori SPESAL	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Omettere di inserire un'azienda tra quelle da controllare	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Meccessiva discrezionalità; Mancata/insufficiente aggiornamento programmazione attività	ALTO	78	Regolamentazione	Procedure e documenti di programmazione che indicano con trasparenza le modalità di scelta delle attività da sottoporre a controllo: presenza e rispetto Documento sui criteri per la selezione delle aziende da sottoporre a controllo presentato nell'Organismo Provinciale sulla Sicurezza del lavoro	SI	A regime	A regime	Direttori SPESAL	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Parzialità nelle attività di vigilanza	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi	MEDIO	79	Conflitto di interessi	1) Mappatura annuale dei conflitti di interesse (sia le incompatibilità che le inopportunità); 2) dichiarazione degli operatori di tali situazioni in occasione di eventi non prevedibili (es. inchieste su infortunati o tecnopatici con cui si hanno rapporti personali).	SI	A regime	1) Annuale; 2) Tempestivo	Direttori SPESAL	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Mancata o parziale esecuzione dei controlli (omissione d'atti d'ufficio), abuso di potere, comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico; 3) Mancanza/insufficiente programmazione attività	MEDIO	80	1) Regolamentazione; 2) - 3) Controllo	1) Redazione annuale del Piano Locale dei Controlli Ufficiali che definisce anche i criteri di scelta degli OSA da sottoporre a C.U.; 2) Verifica semestrale dell'espletamento del PLCU; 3) Verifica sul campo delle attività di ispezione, audit e campionamento eseguite dal personale e il riscontro a posteriori, a campione, sulle attività svolte secondo quanto previsto dal PLCU e dal Piano Regionale Integrato dei Controlli per l'anno corrente	SI	A regime	1) Annuale; 2) Semestrale; 3) A regime	Direttore U.O. – SIAV C	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0000106/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
		Controllo Ufficiale sulla sicurezza alimentare nelle aziende di competenza SIAVC	Omettere di assumere gli atti amministrativi e/o penali previsti dalla normativa di settore, a seguito di violazioni riscontrate	Mancato rispetto della normativa statale/regionale applicabile in tema di integrità	MEDIO	81	Etica comportamento	Sottoscrizione annuale per ogni controllore del documento su integrità, imparzialità, indipendenza	SI	A regime	Annuale	Direttore U.O. – SIAVC	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Prestazioni difformi (o omesse) per presenza di conflitti di interesse	1) Mancato rispetto della normativa statale/regionale applicabile; 2) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità;3) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	ALTO	82	Controllo/Conflitto di interessi	Verifica annuale aggiornamento autodichiarazione di assenza di conflitti di interesse da parte di tutto il personale, Dirigente e non	SI	A regime	Annuale	Direttore U.O. / SIAV C	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Prestazioni difformi causa continuità e frequenza di rapporti con la stessa utenza	Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico	ALTO	83	Rotazione	Predisposizione del Piano delle rotazioni degli operatori impegnati stabilimenti sottoposti a controllo: verifica annuale e costante aggiornamento delle disposizioni previste dal Piano compatibilmente con la carenza di personale evidenziata	SI	A regime	Annuale	Referente SIAV C per ciascuna Area	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
Incarichi e nomine	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)	Commissioni invalidi - nomina e sostituzioni componenti titolari e supplenti di individuazione aziendale e provenienti dalle Associazioni (ENS, ENFASS, UIC, ANMIC, etc..)	Conflitto di interessi, Incompatibilità, Inconferibilità e Altre ipotesi di decadenza	Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	ALTO	84	1) - 2) - 3) Controllo; 4) Regolamentazione	1) Verifica, al momento del conferimento dell'incarico e annualmente, del mantenimento del possesso dei requisiti all'atto di accettazione dell'incarico; 2) Richiesta di Autorizzazione ex art. 53 del D.lgs n. 165/2001; 3) Affiancamento, almeno 1 volta al mese su 4 sedute e previa disposizione del Presidente di Commissione, dei Segretari Supplenti ai Segretari Titolari al fine di favorire la Formazione nella conduzione e gestione delle sedute sotto l'aspetto amministrativo –contabile (Misura propedeutica alla Rotazione Ordinaria) 4) Ricorso alla disciplina ex DGR 1387/2018, attesa l'avvenuta scadenza delle precedenti CIC ex Ddg 628/2016	PARZIALE	1) - 2) - 3) A regime; 4) 01/01/2022	A regime	UFFICIO MEDICINA LEGALE Dipartimento di Prevenzione - Direzione Dipartimento	Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Per i componenti designati dalle Associazioni: svolgimento attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro e consolidamento posizioni di influenza dominante	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole ; 3) carsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	ALTO	85	1) Regolamentazione; 2) - 3) Promozione etica comportamento	1) Divieto di conferimento ai soggetti in quiescenza, in conformità all'orientamento restrittivo del Regolamento Regionale n. 1387 del 02/08/2018, nelle more di una eventuale diversa pronuncia regionale; 2) Divulgazione e Circolarizzazione del Divieto sub 1) da divulgare alle Associazioni di Categoria a firma congiunta del Dipartimento di Prevenzione e della Direzione Generale/RPCT; 3) Divulgazione e Circolarizzazione del Divieto da parte delle Associazioni esterne di stabilire le CIC di assegnazione dei componenti da esse proposte e relativa attribuzione all'ASL BA, a firma congiunta del Dipartimento di Prevenzione e della Direzione Generale/RPCT.	SI	A regime	A regime	UFFICIO MEDICINA LEGALE Dipartimento di Prevenzione - Direzione Dipartimento	1) Relazione annuale referente RPCT Dip. di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno); 2)-3) Trasmissione bozza di circolare da trasmettere per la firma alla Direzione Dip. di Prevenzione e all'RPCT	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
	Percorso Attuativo Certificabilità - Procedure Amministrativo Contabili: Annex 8.6) Liquidazione compensi ai legali di controparte	Elusioni procedure di controllo e verifica aziendali	Commissione errori e/o irregolarità ed occultamento dei relativi effetti; deficit di controlli; poteri illimitati in capo al singolo	1) Eccessivo grado di accentramento delle funzioni gestionali – monopolio competenze; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni	BASSO	86	Regolamentazione	Applicazione Percorso Attuativo della Certificabilità - Rispetto Manuale delle procedure amministrativo-contabili aziendali (DDG 1564/2020): Annex 8.6) Liquidazione compensi ai legali di controparte	SI	A regime	A regime	SBL	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Gestione contenzioso e cura dei rapporti con studi legali	Mancati o insufficienti controlli sul rispetto d.m. Giustizia 55/2014 e del disciplinare di incarico	Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	MEDIO	87	Controllo	Adozione e rispetto procedure di verifica congruità parcella in fase di di conferimento e successiva liquidazione dell'incarico, in relazione all'attività effettivamente svolta	SI	A regime	Tempestivo	SBL	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0000106/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/ Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
Affari legali e contenzioso	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)	dei rapporti con studi legali esterni per tutela azienda	Conflitti di interesse	Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	MEDIO	88	Conflitto di interessi	Attestazione inesistenza conflitti di interesse da parte dei dirigenti avvocati interni/Direttore SBL in sede di conferimento e liquidazione di incarichi, in relazione a legali esterni incaricati	SI	A regime	Tempestivo	SBL	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Supporto all'aggiornamento della valutazione del rischio corruttivo insito nei processi aziendali (PNA 2019, all. 1, pag. 34)	Mancato aggiornamento dati sui procedimenti giudiziari rilevanti ai fini della stima del rischio corruttivo	1) Insufficiente conoscenza della normativa nazionale e della disciplina aziendale interna	BASSO	89	Regolamentazione	Predisposizione: 1) circolare relativa agli obblighi di comunicazione a carico dei dipendenti verso l'Azienda, a seguito di avvio procedimento penale (connesso all'attività di servizio); 2) format comunicazione dal dipendente all'Azienda circa la pendenza di procedimento penale (ovvero la mancata pendenza, da aggiornare annualmente)	SI	30/03/2022	Tempestivo	SBL	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	1) invio circolare a tutte le Macrostrutture; 2) Acquisizione annuale format sottoscritto da tutti i dipendenti
				1) Assenza di forme di comunicazione a supporto RPCT	BASSO	90	Trasparenza	Comunicazione annuale all'RPCT e al DG riguardante i "dati sui procedimenti giudiziari a carico dei dipendenti dell'amministrazione (sentenze passate in giudicato, procedimenti in corso e i decreti di citazione a giudizio riguardanti: - i reati contro la PA; - il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione - artt. 640 e 640-bis c.p.; - i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile/Corte dei Conti)"	SI	31/12/2022	Annuale	SBL	Trasmissione annuale al Direttore Generale e all'RPCT dati ai fini: a. relazione annuale RPCT; b. aggiornamento stima rischio corruttivo (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo e della Relazione annuale RPCT	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
Ufficio Procedimenti Disciplinari	PNA 2019, p. 42	Rispetto norme di comportamento e disciplinari nazionali ed aziendali	Mancanza di imparzialità nell'esame delle condotte all'attenzione UPD	1) Eccessiva discrezionalità del procedimento (ruolo del decisore interno); 2) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole - Grado di standardizzazione e codificazione delle attività	BASSO	91	Regolamentazione	Aggiornamento e rispetto Regolamento di disciplina e funzionamento dell'UPD	SI	A regime	Tempestivo	UPD	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Mancato o incompleto aggiornamento del codice di comportamento aziendale, inclusa sezione specifica relativa agli obblighi di condotta a tutela delle pari opportunità (Direttiva PCM 4/3/2011, par. 3.2), integrativo del codice di comportamento dei dipendenti pubblici	Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni	BASSO	92	Regolamentazione	Completamento adeguamento Codice di comportamento aziendale (d. lgs. 116/2016, d. lgs. 75/2017, L.G. ANAC sui codici di comportamento SSN d.d. 358/2017, CC.NN.LL. 2016/2018 Dirigenza Medica e Sanitaria, Dirigenza PTA, Comparto SSN), con sezione dedicata al Codice di condotta avverso molestie sui luoghi di lavoro	SI	28/02/2022	Tempestivo	UPD/RPCT/CUG	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione: trasmissione alla Direzione Strategica proposta atto deliberativo
			Mancato monitoraggio rispetto norme di comportamento e disciplinari nazionali ed aziendali	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	BASSO	93	Etica comportamento	Attivazione "Sportello UPD/CUG" a beneficio dei dipendenti: calendarizzazione 1 pomeriggio a settimana in cui componenti UPD siano a disposizione dei dipendenti (su appuntamento), per richieste di chiarimenti/informazioni sugli obblighi di comportamento/di condotta - invio circolare informativa e calendario delle disponibilità a tutti i dipendenti	SI	A regime	Settimanale, dietro appuntamento	UPD/CUG	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
	PNA 2019, all. 1, pag. 34	Supporto all'aggiornamento della valutazione del rischio corruttivo insito nei processi aziendali (PNA 2019, all. 1, pag. 34)	Mancato aggiornamento dati sui procedimenti disciplinari rilevanti ai fini della stima del rischio corruttivo	1) Assenza di forme di comunicazione a supporto RPCT	BASSO	94	Trasparenza	Comunicazione annuale all'RPCT riguardante i "dati sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione (procedimenti avviati, in corso e sanzioni applicate per fattispecie riguardanti: - i reati contro la PA; - il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione - artt. 640 e 640-bis c.p. e le fattispecie di cui all'art. 55-quinquies, d. lgs. 165/2001; - violazioni al codice di comportamento dei dipendenti pubblici e al codice di condotta aziendale; - i procedimenti rilevanti sotto il profilo della responsabilità amministrativo/contabile/Corte dei Conti)"	SI	31/12/2022	Annuale	UPD	Trasmissione annuale al Direttore Generale e all'RPCT dati ai fini: a. relazione annuale RPCT; b. aggiornamento stima rischio corruttivo (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo e della Relazione annuale RPCT	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
	Percorso Attuativo Certificabilità - Procedure Amministrativo Contabili: Annex 8.9) Contabilità analitica separata ALPI	Elusioni procedure di controllo e verifica aziendali	Commissione errori e/o irregolarità ed occultamento dei relativi effetti; deficit di controlli; poteri illimitati in capo al singolo	Assenza di criteri preordinati e/o regole	ALTO	95	Regolamentazione	Applicazione Percorso Attuativo della Certificabilità - Rispetto Manuale delle procedure amministrativo-contabili aziendali (DDG 1564/2020): Annex 8.9) Contabilità analitica separata ALPI	SI	A regime	A regime	CdG/AGRF	Relazione annuale referente RPCT CDG, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/ Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
Attività libero professionale	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016	Autorizzazione e svolgimento libera professione intramoenia (ALPI)	Svolgimento della libera professione in orario di servizio	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee	ALTO	96	Controllo	Controlli periodici a campione informatizzati tra risultanze CUP e gestionale presenze, in merito a: 1) mancata timbratura causalizzata in presenza di prenotazioni CUP-ALPI; 2) rilevazione timbrature causalizzate ALPI, in assenza di prenotazioni CUP-ALPI < 20%	SI	A regime	Semestrale	1) Direzioni Amministrative PP.OO.; 2) Direzione Amministrativa DAPI (d'intesa con Direttori DSS); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 4) UUOOCC Dip. Prevenzione; 5) DSM/Dip. Dipendenza Patologiche/NPIA; 6) Rischio clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria;	Relazione annuale referenti RPCT: a) DAPI (per Macrostrutture DSS e da 3) a 7); b) Direzioni Amministrative PP.OO. (per PP.OO.), circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Favorire i pazienti visti in libera professione rispetto all'attività istituzionale	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee	ALTO	97	Trasparenza	Verifica semestrale rispetto obbligo prenotazione informatizzata tramite CUP	SI	A regime	A regime	1) Direzioni Amministrative PP.OO.; 2) Direzione Amministrativa DAPI (d'intesa con Direttori DSS); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 4) UUOOCC Dip. Prevenzione; 5) DSM/Dip. Dipendenza Patologiche/NPIA; 6) Rischio clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria;	Relazione annuale referenti RPCT: a) DAPI (per Macrostrutture DSS e da 3) a 7); b) Direzioni Amministrative PP.OO. (per PP.OO.), circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Inadeguato monitoraggio rapporto attività libera professione/istituzionale	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee	ALTO	98	Controllo	Monitoraggio trimestrale dei volumi di attività ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali e verifica a consuntivo del loro rispetto	SI	A regime	Trimestrale	1) Direzioni Amministrative PP.OO.; 2) Direzione Amministrativa DAPI (d'intesa con Direttori DSS); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 4) UUOOCC Dip. Prevenzione; 5) DSM/Dip. Dipendenza Patologiche/NPIA; 6) Rischio clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria;	Relazione annuale referenti RPCT: a) DAPI (per Macrostrutture DSS e da 3) a 7); b) Direzioni Amministrative PP.OO. (per PP.OO.), circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Illegittimo ricorso alla cd. intramoenia allargata	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente;	ALTO	99	Controllo	Verifica e aggiornamento annuale attestazione Direttore Macrostruttura circa la mancata disponibilità di spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'Alpi negli ambienti della Macrostruttura di riferimento	SI	A regime	Tempestivo	1) Direzioni Amministrative PP.OO.; 2) Direzione Amministrativa DAPI (d'intesa con Direttori DSS); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 4) UUOOCC Dip. Prevenzione; 5) DSM/DDP/NPIA; 6) Rischio clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria	Relazione annuale referenti RPCT: a) DAPI (per Macrostrutture DSS e da 3) a 7); b) Direzioni Amministrative PP.OO. (per PP.OO.), circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
Liste di attesa	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016	Gestione liste d'attesa	Favorire i pazienti visti in libera professione rispetto all'attività istituzionale	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee	BASSO	100	Trasparenza	Informatizzazione liste attesa e pubblicazione obbligatoria liste d'attesa in Amministrazione Trasparente	SI	A regime	A regime	RULA	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Creazione falsi pazienti per avere prestazioni aggiuntive	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee	BASSO	101	Controllo	Revisione e aggiornamento periodico liste attesa	SI	A regime	A regime	RULA	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Area di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
			mancato rispetto procedure aziendali per la prenotazione/effettuazione/liquidazione prestazioni	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee	ALTO	102	Controllo	1) Archiviazione referti grandi macchine radiologiche (TAC, risonanza, mammografi e angiografi), nelle more dell'avvio del sistema RIS PACS regionale; 2) Attivazione agende informatizzate per ambulatori/centri erogatori allo stato privi	PARZIALE	1) A regime; 2) 30/06/2022	A regime	1) HTA; 2) RULA	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
Rapporti con soggetti erogatori	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016	**FASE A: AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE**														
		N.A. Attività di competenza del Comune e della Regione. Per le attività endoprocedimentali del Dipartimento di Prevenzione, cfr. Area di rischio "Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni"														
		FASE B: AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO														
		N.A. Attività di competenza del Comune e della Regione. Per le attività endoprocedimentali del Dipartimento di Prevenzione, cfr. Area di rischio "Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni"														
		FASE C: ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE														
		N.A. Attività di competenza della Regione. Per le attività endoprocedimentali del Dipartimento di Prevenzione, cfr. Area di rischio "Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni"														
		FASE D: ACCORDI / CONTRATTI DI ATTIVITA' - INSERIMENTO ASSISTITI E LIQUIDAZIONE CORRISPETTIVO														
		Esecuzione accordi contrattuali/accordi con soggetti "collaboranti" (solo per Area Socio-sanitaria)	Assenza di requisiti minimi/ulteriori per accreditamento/contrattualizzazione	Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente;	MEDIO	103	Controllo	Verifica periodica permanenza possesso requisiti organizzativi minimi e ulteriori per l'accreditamento e la contrattualizzazione	SI	A regime	Annuale	DSM/DDP/NPIA/ASSS/UOGRC	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Irregolarità/omissioni nei controlli sull'esecuzione dei contratti	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Complessità della normativa applicabile	MEDIO	104	Controllo	Verifica rispetto schemi di contratto e criteri di ripartizione dei tetti di spesa definiti dalla Giunta regionale	SI	A regime	Tempestivo	DSM/DDP/NPIA/ASSS/UOGRC	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Complessità della normativa applicabile		105	Controllo	1) Per gli inserimenti extra-provinciali ed extra-regionali: rispetto indicazioni della Direzione Strategica del 28/9/2021 (prot. 49738): a) autorizzazione con DDG; b) attestazione accreditamento e coerenza tariffe applicate; 2) Verifica e attestazione, propedeutica alla liquidazione, del rispetto criteri disciplinati negli accordi per la remunerazione ovvero delle indicazioni di cui alla nota della Direzione Strategica del 28/9/2021 (prot. 49738)	PARZIALE	A regime	Tempestivo	1) DSM/DDP/NPIA/ASSS; 2) DSM/DDP/NPIA/ASSS/UOGRC	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Irregolarità/omissioni nei controlli sull'appropriatezza delle prestazioni erogate dai privati accreditati	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Eccessiva discrezionalità attività	BASSO	106	Regolamentazione	Standardizzazione format verbali di ispezione e controllo	SI	A regime	Tempestivo	UVARP (solo per strutture UOGRC)/DSM/DDP/NPIA/ASSS	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	BASSO	107	Controllo	Presenza contestuale di almeno due ispettori medici	SI	A regime	Tempestivo	UVARP (solo per strutture UOGRC)/DSM/DDP/NPIA/ASSS	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico	BASSO	108	Rotazione	Rotazione trimestrale del personale medico incaricato di eseguire ispezioni Tracciabilità di quanto rilevato nel corso dell'ispezioni (verbali)	SI	A regime	A regime	UVARP (solo per strutture UOGRC)/DSM/DDP/NPIA/ASSS	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016	Percorso di selezione e gestione beni sanitari	Favorire la selezione e l'uso di specifici prodotti sulla base di ricompense e sollecitazioni esterne	Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	BASSO	109	Conflitto di interessi	Aggiornamento annuale attestazioni inesistenza conflitto di interesse/incompatibilità, da parte dei componenti della commissione: 1) farmaceutica aziendale per la valutazione della correttezza applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con le Farmacie pubbliche e private convenzionate; 2) ispettiva per le farmacie, esercizi commerciali Legge 248/2006 (parafarmacie) e distributori/depositari di farmaci per uso umano e gas medicinali	PARZIALE	A regime	A regime	Dipartimento del Farmaco	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Inosservanza esiti verifiche disposte dal Dipartimento del Farmaco, oggetto di reportistica periodica; 3) inosservanza regolamento regionale n. 17 del 13/10/2017 prescrizione/erogazione farmaci al primo ciclo di terapia a seguito di ricovero o visita specialistica ambulatoriale	BASSO	110	Controllo	1) Reportistica annuale quantitativa circa le prescrizioni dei farmaci in ambito extra-ospedaliero (a seguito di visita specialistica), mediante resoconto numerico farmaco - medico prescrittore; 2) Relazione annuale al Dipartimento del Farmaco su circostanze giustificative delle non appropriatezze segnalate dalla reportistica e adozione misure correttive idonee all'eliminazione delle non appropriatezze restanti	PARZIALE	1) 31/12/2022; 2) 30/6/2022	Annuale	1) Dipartimento del Farmaco (tramite farmacie territoriali); 2) Medici prescrittori ospedalieri e specialisti ambulatoriali/MMG(tramite Direzioni Mediche di PP.OO./tramite Direttori DSS)	Relazione annuale referente RPCT - 1) Dip. Farmaco; 2) DAT, sentiti i DSS circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; Mancato rispetto regolamento interno	MEDIO	111	Regolamentazione	Rispetto regolamento su modalità di accesso e rapporti con informatori scientifici e aziende farmaceutiche e di dispositivi medici presso il dipartimento farmaceutico	SI	A regime	A regime	Dipartimento del Farmaco	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Sprechi, sottrazione di beni	Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni	BASSO	112	Regolamentazione	Applicazione Percorso Attuativo della Certificabilità - Rispetto Manuale delle procedure amministrativo-contabili aziendali (DDG 1564/2020): procedura 2 - Ciclo Magazzino e annex 8.4 - Procedura per la rilevazione delle rimanenze finali.	SI	A regime	A regime	Dipartimento del Farmaco (tramite farmacie ospedaliere e territoriali)	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Vigilanza farmacie interne ed esterne, parafarmacie e distribuzione intermedia	Omessi o incompleti controlli	1) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico, 2) Mancato rispetto della normativa statale/regionale e regolamentare interna applicabile; 3) Eccessiva discrezionalità	BASSO	113	1) Rotazione; 2) Controllo; 3) Regolamentazione	1) Rotazione biennale del personale ispettivo e della composizione dei gruppi ispettivi; 2) gruppo ispettivo composto di almeno 2 ispettori; 3) rispetto format e procedura di legge per la verifica ispettiva	PARZIALE	A regime	A regime	Dipartimento del Farmaco	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Sperimentazioni cliniche e studi osservazionali	Operazioni sospette di riciclaggio	Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	BASSO	114	Controllo	Acquisizione dichiarazione relativa al titolare effettivo dell'impresa, anche estera, e verifica ai sensi del d. lgs. 231/2007, prima dell'autorizzazione	SI	30/06/2022	A regime	Responsabile aziendale sperimentazioni cliniche	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Acquisizione di almeno 3 dichiarazioni a semestre relative alle sperimentazioni in corso alla data del 1°/1/2022 e procedendo secondo l'ordine progressivo di cessazione delle stesse.
			Possibili cointeressenze tra ditte farmaceutiche e sperimentatori	Mancato rispetto della normativa statale/regionale e regolamentare interna applicabile	BASSO	115	Regolamentazione	Rispetto regolamento aziendale indicante le modalità per la ripartizione dei proventi, detratti i costi per la conduzione della sperimentazione e gli importi dovuti per l'attività amministrativo-contabile di coordinamento sperimentazioni (art. 10, DDG 2015/2016)	SI	A regime	A regime	Responsabile aziendale sperimentazioni cliniche	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (Trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Ingresso in prova/visione-comodato-donazione tecnologie sanitarie	Previsione di costi occulti a carico dell'azienda, sottratti alle regole della concorrenza	Mancato rispetto della normativa statale/regionale e regolamentare interna applicabile	ALTO	116	Regolamentazione	Rispetto procedure aziendali per l'ingresso in: 1) prova/visione (DDG 1404/2017); 2) comodato gratuito 3) donazione	SI	A regime	A regime	1) Dirigente U.O. AAGG/AGP/AGT/HTA/ Direzioni Mediche e Amministrative PP.OO/DSS.; 2)-3) AGP/AGT/HTA/Direzioni Mediche e Amministrative PP.OO/DSS.	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0000106/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Aree di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016	Attività necroforì e camere mortuarie	Segnalazione da parte di operatori sanitari a Ditte di Onoranze Funebri ovvero a parenti, in cambio di denaro o altra utilità	Assenza/insufficienza di trasparenza	MEDIO	117	Trasparenza	Aggiornamento annuale e affissione negli spazi del P.O./sul sito aziendale e in Amministrazione Trasparente/Dati ulteriori, elenchi di Ditte di Onoranze funebri operanti nel territorio comunale (di cui, per il 2021, alla nota Prot. n.61063/2021 del 23/09/2021 avente come oggetto : " Trasmissione-Elenco Ditte Servizi Funebri Comuni della Provincia di Bari e non")	SI	A regime	A regime	Direzione Medica di P.O.	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Richiesta di compensi per vestizione salme	Mancato rispetto/insufficiente diffusione della normativa statale/regionale e regolamentare interna applicabile	MEDIO	118	Regolamentazione	Adozione e rispetto regolamentazione aziendale processo di vestizione nei P.O. (di cui alla nota Prot. N.35423 del 27/05/2021 del Dipartimento Direzioni Mediche di PP.OO.)	SI	A regime	A regime	Direzione Medica di P.O.	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
	PNA 2019	Obblighi di pubblicazione obbligatoria ex d. lgs. 33/2013 e delibera ANAC 1310/2016	Omessa o incompleta pubblicazione	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) mancanza/insufficienza di controlli	MEDIO	119	Trasparenza	Rispetto PTPCT - Sezione Trasparenza - All. 1 PTPCT	SI	A regime	A regime	1) tutte le Macrostrutture individuate dal PTPCT - Sezione Trasparenza - All. 1; 2) RPCT, in sede di: a) supporto all'OIV nell'attività di attestazione circa il rispetto degli obblighi di pubblicazione obbligatoria; b) di monitoraggio periodico (mediante acquisizione di apposite attestazioni dei Direttori/Responsabili di Macrostruttura); c) di pubblicazione del registro degli accessi civici (mediante coinvolgimento delle Macrostrutture tenute alla pubblicazione)	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione ovvero, infine, entro il termine di cui alla delibera ANAC annuale di individuazione sottosezioni oggetto di attestazione OIV ex art. 14, d. lgs. 150/2009, ove tale obbligo sia oggetto di verifica OIV	SI	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
	PNA 2019	1) Gestione documentale; 2) nuovo protocollo informatico; 3) adozione provvedimenti amministrativi (d..D.G., d.C.S. e d.d.)	Alterazioni documentali	Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee	BASSO	120	Semplificazione	Informatizzazione procedure: 1)nuovo protocollo "esterno" e integrazione con applicativo ANAC WB; 2) implementazione software atti amministrativi, con firma digitale, a dDG, dCS, dd)	SI	1) 31/12/2022; 2) 31/1/2022	A regime	UOASSI	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI	1) Supporto all'avvio nuovo protocollo a seguito manutenzione evolutiva software DOCS aziendale e implementazione integrazione con applicativo ANAC WB; 2) Utilizzo software atti amministrativi, con firma digitale, per delibere DG-CS/determinazioni
	PNA 2019	Rapporti con società controllate e partecipate	Elusione disciplina vincolistica nazionale e regionale, mediante ricorso allo schermo rappresentato da soggetti giuridici formalmente terzi	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente;	MEDIO	121	Controllo	Vigilanza ASL sul rispetto della disciplina nazionale e regionale per le società in controllo pubblico/in house: Sanitaservice ASL BA: 1)AGRF, per gli aspetti contabili; 2) AGP/AGT/HTA, per gli approvvigionamenti; 3) AGRU, per reclutamento e gestione del personale; 4)RPCT, per gli aspetti legati all'attuazione del modello di prevenzione del rischio corruttivo	SI	31/12/2022	Tempestivo	1)AGRF, per gli aspetti contabili; 2) AGP/AGT/HTA, per gli approvvigionamenti; 3) AGRU, per reclutamento e gestione del personale; 4)RPCT, per gli aspetti legati all'attuazione del modello di prevenzione del rischio corruttivo	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Aggiornamento interlocuzioni con la società in-house
				1) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole; 2) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	ALTO	122	Regolamentazione	Predisposizione: 1) circolare relativa alla disciplina del conflitto di interessi (art. 6-bis, l. 241/1990; artt. 6-7-13-14, D.P.R. 62/2013 e artt. 6-7 codice di comportamento aziendale (ddg 132/2019); artt. 51-52 c.p.c. per commissioni di concorso); 2) format comunicazione dei dipendenti all'Azienda circa la ricorrenza di situazioni potenziali e/o reali di conflitto di interessi	SI	30/06/2022	Tempestivo	SBL/AGRU	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Invio circolare e format a tutte le Macrostrutture e a tutti i dipendenti

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0000106/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
Misure trasversali	PNA 2019	Tutti - gestione dei conflitti di interesse	Elusione obbligo di astensione in presenza di situazioni, potenziali e/ o reali, di conflitto di interessi - mancata comunicazione aggiornamento delle situazioni di conflitto di interessi	Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità; scarsa responsabilizzazione dei dipendenti	ALTO	123	Conflitto di interessi	1) Rilascio attestazione, da parte di tutti i proponenti/firmatari di determinazioni e deliberazioni, circa il mancato ricorrere di profili di conflitto di interesse reale o potenziale (l. 241/1990, D.P.R. 62/2013, l. 190/2012, codice di comportamento aziendale); 2) Decisione del Direttore/Responsabile della Macrostruttura di assegnazione del dipendente circa l'effettivo ricorrere della situazione di conflitto eventualmente attestata dal dipendente	PARZIALE	1) A regime; 2) 30/6/2022	Tempestivo	1) Tutte le Macrostrutture/tutti i dipendenti; 2) Direttore/Responsabile della Macrostruttura di assegnazione del dipendente che attesti il ricorrere nei propri confronti di situazione di conflitto di interessi	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	ALTO	124	Conflitto di interessi	1) Circolare AGRU relativa al divieto, per tutti i dipendenti di accettazione incarico di CTP/CTU in procedimenti che vedano la ASL BA quale controparte e relativo aggiornamento del format per la richiesta di autorizzazione/comunicazione ex art. 53, TUPI	NO	30/06/2022	Tempestivo	AGRU	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Invio circolare e format a tutte le Macrostrutture e a tutti i dipendenti
	PNA 2019	Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Pantouflage	1) Insufficiente conoscenza e diffusione della normativa statale/regionale e regolamentare interna applicabile	MEDIO	125	Regolamentazione	Reitero diffusione: 1) circolare relativa alla disciplina del pantouflage; 2) format comunicazione al dipendente da cessare (con info su: prossima cancellazione indirizzi mail aziendali; obbligo trasferimento back-up dati PC al responsabile; informativa in merito al divieto di pantouflage)	PARZIALE	30/06/2022	Tempestivo	AGRU	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	1) invio circolare a tutte le Macrostrutture e, per il loro tramite, a tutti i dipendenti; 2) Acquisizione format sottoscritto per accettazione da tutti i dipendenti da cessare
				1) Mancato rispetto della normativa statale/regionale e regolamentare interna applicabile; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; 3) assenza di criteri preordinati e/o regole	MEDIO	126	Regolamentazione	1) Richiesta alla Regione Puglia di integrazione format di contratto con il privato accreditato, con inserimento di specifico divieto di pantouflage (applicabile anche a fattispecie ulteriori rispetto a quelle di cui alla nota dell'11/8/2021 - prot. 101539 ovvero in sede di proroga); 2) nelle more del riscontro regionale alla richiesta di cui al precedente punto, circolare interna esplicativa indirizzata alle Macrostrutture che gestiscano i rapporti con strutture private erogatrici di prestazioni sanitarie	PARZIALE	30/06/2022	Tempestivo	UOGRC/RPCT	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Trasmissione alla Direzione Strategica di bozza di comunicazione indirizzata alla Regione Puglia
				1) Mancato rispetto della normativa statale/regionale e regolamentare interna applicabile, 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; 3) assenza di criteri preordinati e/o regole	MEDIO	127	Regolamentazione	1) Nei contratti di assunzione del personale/appalto/rapporti con il privato accreditato (applicabile anche in sede di proroga), prevedere la clausola del divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente; 2) Controlli a campione circa il rispetto della misura sub 1, da parte dei partecipanti a procedure di approvvigionamento ovvero strutture private contrattualizzate ex d. lgs. 502/1992.	PARZIALE	30/06/2022	Tempestivo	AGRU/AGP/AGT/HTA/ Direzioni Amministrative PP.OO./Direzione Amministrativa DAPI/DSS/UOGRC/DSM/DDP/NPIA/ASSS/Dipartimento di Prevenzione	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Inserimento clausola contrattuale
			Incontrollato ricorso al servizio di sanificazione	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di chiarezza sul riparto interno di competenze	ALTO	128	Controllo	Integrazione contratto di appalto, mediante la previsione secondo cui il DEC: 1) accentri e veicoli all'affidatario le richieste di intervento, nel rispetto delle linee guida dell'ISS; 2) provveda alla liquidazione della fornitura solo dietro acquisizione, dalle Macrostrutture presso cui sia stata effettuata la sanificazione, dell'attestazione di compiuto intervento nel rispetto di quanto previsto al punto precedente.	SI	A regime	Tempestivo	Direzione Medica PP.OO./Direttori DSS/Direttore Dipartimento di Prevenzione/Direttore set 118	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Violazione disposizioni nazionali e regionali per l'esecuzione della campagna vaccinale	1) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole ; 2) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	ALTO	129	Regolamentazione	1) Individuazione referente di hub vaccinale; 2) organizzazione turni e attività del personale presso gli hub vaccinali	SI	A regime	Tempestivo	1) Direttore Dipartimento di Prevenzione in sede di gruppo di supporto NOA-COVID-VACC; 2) gruppo di supporto NOA-COVID-VACC	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 4) alla Proposta N.ro 0000106/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Area di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso) - cfr. nota prot. 70431/2020 all. 2	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2021/2023 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure PTPCT 2022/2024	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UU.OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2022 (SI/NO)	Target atteso (a partire dal 2022)
	COVID 19	Gestione e contrasto alla pandemia	Sussistenza conflitto di interessi in sede di accettazione donazioni per la gestione pandemia	Assenza/insufficienza di trasparenza	BASSO	130	Trasparenza	Pubblicazione rendicontazione secondo l'art. 99, d. l. 18/2020 e i comunicati del Presidente ANAC del 29/7/2020 e 7/10/2020	SI	Annuale	Tempestivo (30/4 dell'anno successivo a quello di riferimento ovvero successiva data cui sia posticipata l'approvazione del bilancio di esercizio); per le erogazioni ricevute nell'anno 2020, il termine di scadenza è il 31/12/2021.	Direttore CDG	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione ovvero, infine, entro il termine di cui alla delibera ANAC annuale di individuazione sottosezioni oggetto di attestazione OIV ex art. 14, d. lgs. 150/2009, ove tale obbligo sia oggetto di verifica OIV	SI (trasparenza)	Pubblicazione
			Violazione regole evidenza pubblica/Violazione disciplina in tema di reclutamento per favorire assunzione di soggetti determinati	Irregolare ricorso a disciplina derogatoria "COVID" in tema di approvvigionamento/reclutamento	BASSO	131	Trasparenza	Motivazione rafforzata nel provvedimento circa le ragioni sottosanti il ricorso alla disciplina derogatoria anziché a quella ordinaria in tema di: 1) approvvigionamenti; 2) reclutamento del personale	NO	31/03/2022	Tempestivo	1) AGP/AGT/HTA/Direzioni Amministrative PP.OO/Direzione Amministrativa DAT/DSS; 2) AGRU	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione: presenza motivazione rafforzata
	PNA 2019	Analisi segnalazioni di disservizio indirizzate all'URP	Mancata considerazione eventuali ipotesi di mal-administration sottese ai disservizi lamentati dall'utenza	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di chiarezza sul riparto interno di competenze	BASSO	132	Controllo	Trasmissione da URP a Macrostrutture interessate e, in cc all'RPCT (a quest'ultimo, le sole segnalazioni di disservizio che evidenzino fatti corruttivi)	NO	31/12/2022	Tempestivo (la trasmissione in cc all'RPCT avviene contestualmente alla trasmissione indirizzata alla Macrostruttura interessata, nelle sole ipotesi in cui siano stati segnalati fatti latu sensu corruttivi).	URP	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Segnalazione delle operazioni sospette di riciclaggio/finanziamento del terrorismo alla UIF (art. 10, d. lgs. 90/2017)	Mancata applicazione disposizioni in tema di prevenzione e contrasto al riciclaggio di somme costituienti proventi di operazioni illecite	1) Mancata conoscenza della normativa; 2) Mancanza di chiarezza sulla regolamentazione interna aziendale	BASSO	133	Formazione/Regolamentazione	1) Individuazione gestore delle operazioni sospette e rete dei referenti antiriciclaggio; 3) Segnalazione all'UIF delle operazioni sospette di riciclaggio, nel rispetto delle Istruzioni UIF del 23/4/2018, sulla base dell'istruttoria tecnica delle Macrostrutture	NO	1) 31/3/2022; 2) 31/12/2022	1) - 2) Tempestivo	1) Direzione Strategica; 2) gestore aziendale antiriciclaggio (Direttore AGRF)/Referenti RPCT-ANTIRICICLAGGIO	Relazione annuale referente RPCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	1) Individuazione; 2) Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Formazione in materia di etica e trasparenza	Mancata applicazione codice di comportamento/normativa in tema di anticorruzione, trasparenza, contrasto al fenomeno del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo internazionale	1) Mancata conoscenza della normativa; 2) Mancanza di chiarezza sulla regolamentazione interna aziendale	MEDIO	134	Formazione	Formazione obbligatoria in tema di: 1) prevenzione e contrasto del riciclaggio di denaro; 2) anticorruzione e trasparenza; 3) codice di comportamento	NO	30/06/2022	Semestrale	UO Formazione	Relazione annuale referente PNRR ASL BA , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Organizzazione di almeno: n. 1 evento l'anno in tema di prevenzione del riciclaggio/finanziamento del terrorismo; n. 1 eventi a semestre in tema di normativa anticorruzione e trasparenza; n. 1 evento a semestre in tema di codice di comportamento
		Attuazione PNRR - Missione 6 "Salute"	Elusione disposizioni nazionali e regionali legittimanti l'utilizzo delle risorse PNRR	1) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole; 2) Accentramento poteri decisori		135	Regolamentazione	1) Periodica informativa alla Regione Puglia - Dipartimento Promozione della Salute; 2) Collegialità decisioni (gruppo di lavoro PNRR ASL BA)	NO	A regime	1) Rispetto tempistiche indicate dalla Regione; 2) Tempestivo	1) Referente PNRR ASL BA; 2) Gruppo PNRR ASL BA	Relazione annuale referente PNRR ASL BA , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 luglio di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

Delibera zione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (*link* alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)		Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all' RPCT richiedente.	31 gennaio di ciascun anno	
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi *link* alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normattiva	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento o adozione di nuovi atti	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'approvazione/aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Bussola normativa (pubblicata sul sito del Consiglio regionale pugliese)	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'approvazione/aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Direttore/Responsabile competente per materia	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all' RPCT richiedente; 2) Relazione annuale del referente RPCT, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonchè l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016							
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016							
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)								
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla liquidazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 3 mesi dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 3 mesi dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 3 mesi dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	Direttore AGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Curriculum vitae	Nessuno	Direttore AGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla liquidazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico).	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 3 mesi dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'avvenuta conoscenza di irrogazione della sanzione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Direttore CDG	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Delibera zione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOASSI		Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT UOASSI, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile proponente l'atto di conferimento dell'incarico		Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico e, comunque, prima dell'avvio delle attività conferite ovvero prima della liquidazione dei compensi previsti	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI alla Macrostruttura proponente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura proponente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Per ciascun titolare di incarico:								
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile proponente l'atto di conferimento dell'incarico		Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico e, comunque, prima dell'avvio delle attività conferite ovvero prima della liquidazione dei compensi previsti	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI alla Macrostruttura proponente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura proponente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile proponente l'atto di conferimento dell'incarico		Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico e, comunque, prima dell'avvio delle attività conferite ovvero prima della liquidazione dei compensi previsti	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI alla Macrostruttura proponente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura proponente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile proponente l'atto di conferimento dell'incarico		Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico e, comunque, prima dell'avvio delle attività conferite ovvero prima della liquidazione dei compensi previsti	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI alla Macrostruttura proponente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura proponente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile proponente l'atto di conferimento dell'incarico		Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico e, comunque, prima dell'avvio delle attività conferite ovvero prima della liquidazione dei compensi previsti	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI alla Macrostruttura proponente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura proponente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Direttore/Responsabile proponente l'atto di conferimento dell'incarico		Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico e, comunque, prima dell'avvio delle attività conferite ovvero prima della liquidazione dei compensi previsti	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI alla Macrostruttura proponente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura proponente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Per ciascun titolare di incarico:								
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla liquidazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Delibera zione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore AGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore AGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Per ciascun titolare di incarico:								
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla liquidazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Personale		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016							
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione PTFP	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione PTFP	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n.		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla liquidazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichairazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla dalla trasmissione della comunicazione da parte dei soggetti di cui all'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46-47, d. lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, d.l. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assuzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'avvenuta conoscenza di irrogazione della sanzione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione al MEF-RGS	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla rilevazione trimestrale	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla rilevazione trimestrale	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile proponente l'atto di conferimento	Direttore AGRU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Relazioni sindacali	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento CCNL	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Relazioni sindacali	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento CCDI	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4,d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Relazioni sindacali	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla certificazione Collegio Sindacale	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordinatore STP	Segreteria OIV/STP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad STP e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STP/OIV, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordinatore STP	Segreteria OIV/STP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad STP e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STP/OIV, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordinatore STP	Segreteria OIV/STP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad STP e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STP/OIV, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 145, l. 160/2019	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte; a questi dati, sono stati aggiunti, dall'art. 1, c. 145, l. 160/2019, le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Concorsi e mobilità	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Concorsi e mobilità	Entro 30 giorni dall'approvazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Coordinatore STP	Segreteria OIV/STP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad STP e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STP/OIV, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordinatore STP	Direttore CDG	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad STP e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STP/OIV, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	31 gennaio di ciascun anno	
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordinatore STP	Direttore CDG	Responsabile U.O. URP	30 giugno di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad STP e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STP/OIV, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	31 gennaio di ciascun anno	
	Ammontare complessivo dei	Art. 20, c. 1,	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Relazioni sindacali	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	complessivo dei premi	d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Dirigente AGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla liquidazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordinatore STP	Direttore CDG	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad STP e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STP/OIV, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Direttore UOASSI	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla liquidazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRU	Direttore UOASSI	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla liquidazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016							
		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Per ciascuno degli enti:								
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'Adozione del bilancio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione del bilancio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all'AGRF e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRF, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)							
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione del bilancio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*l'ink* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'approvazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'approvazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'approvazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 22, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'approvazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Per ciascuno degli enti:								

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione del bilancio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*l ink* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore CDG		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al CDG e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT CDG, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016							
				Per ciascuna tipologia di procedimento:								

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) *link* di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Per i procedimenti ad istanza di parte:								
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016							
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile proponente l'adozione		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016							

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016							
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016							
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative								
	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Direttore/Responsabile competente per materia	RASA	Direttore UOASSI	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	31 gennaio di ciascun anno	
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Direttore/Responsabile competente per materia	RASA	Direttore UOASSI	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	31 gennaio di ciascun anno	
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Direttore/Responsabile competente per materia	RASA	Direttore UOASSI	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	31 gennaio di ciascun anno	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore HTA	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni da adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/HTA e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/HTA, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Per ciascuna procedura:								

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'mabito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	**Avvisi di preinformazione** - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata		Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/Macrostruttura delegata e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/Macrostruttura delegata, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		**Delibera a contrarre o atto equivalente** (per tutte le procedure)	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata		Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/Macrostruttura delegata e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/Macrostruttura delegata, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		**Avvisi e bandi** - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata		Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/Macrostruttura delegata e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/Macrostruttura delegata, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		**Avviso sui risultati della procedura di affidamento** - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata		Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da approvazione provvedimento di affidamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/Macrostruttura delegata e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/Macrostruttura delegata, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		**Avvisi sistema di qualificazione** - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata		Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/Macrostruttura delegata e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/Macrostruttura delegata, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		**Affidamenti** Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata		Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/Macrostruttura delegata e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/Macrostruttura delegata, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		**Informazioni ulteriori** - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata		Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/Macrostruttura delegata e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/Macrostruttura delegata, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di amminssione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata		Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 2 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/Macrostruttura delegata e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/Macrostruttura delegata, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata		Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da adozione provvedimento di nomina	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/Macrostruttura delegata e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/Macrostruttura delegata, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata		Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da stipula	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/Macrostruttura delegata e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/Macrostruttura delegata, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata		Direttore AGP/Direttore AGT/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da termine finale di efficacia del contratto	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGP/AGT/Macrostruttura delegata e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP/AGT/Macrostruttura delegata, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Amministrativo DAT/Dirigente competente per materia	Direttori DSS	Direttore Amministrativo DAPI	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Direzione Amministrativa DAT/Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT DSS/Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Con delibera ANAC n. 468/2021, l'Autorità si esprime nel senso che sono da ritenersi escluse dall'applicazione degli artt. 26 e 27 d.lgs. 33/2013 le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) connessi alla tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, tutelato dall'art. 32 Cost.
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori DSS/Dirigente competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a DSS/Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT DSS/Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Con delibera ANAC n. 468/2021, l'Autorità si esprime nel senso che sono da ritenersi escluse dall'applicazione degli artt. 26 e 27 d.lgs. 33/2013 le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) connessi alla tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, tutelato dall'art. 32 Cost.
				Per ciascun atto:								
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori DSS/Dirigente competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a DSS/Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT DSS/Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori DSS/Dirigente competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a DSS/Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT DSS/Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori DSS/Dirigente competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a DSS/Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT DSS/Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Atti di concessione											

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori DSS/Dirigente competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a DSS/Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT DSS/Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori DSS/Dirigente competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a DSS/Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT DSS/Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) *link* al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori DSS/Dirigente competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a DSS/Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT DSS/Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori DSS/Dirigente competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a DSS/Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT DSS/Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 10 giorni dall'adozione del bilancio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRF e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRF, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 10 giorni dall'adozione del bilancio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRF e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRF, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 10 giorni dall'adozione del bilancio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRF e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRF, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 10 giorni dall'adozione del bilancio	Annuale 28 febbraio (Comunque, comunicazione da parte: 1) dell'AGRF dell'invio della pubblicazione all'U.O. URP e, p.c., all' RPCT; 2) dell'U.O. URP all'RPCT dell'avvenuta pubblicazione)	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore CDG	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 10 giorni dall'adozione del bilancio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRF e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRF, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGT	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiormnamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGT e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGT circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGT	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla liquidazione/riscossione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGT e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGT circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	RPCT	Segreteria OIV	Responsabile U.O. URP	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all' RPCT richiedente.	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Coordinatore STP	Segreteria OIV/STP	Responsabile U.O. URP	30 giugno di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad STP e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STP/OIV, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	30 giugno di ciascun anno	
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Coordinatore STP	Segreteria OIV/STP	Responsabile U.O. URP	30 aprile di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad STP e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STP/OIV, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	30 aprile di ciascun anno	
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordinatore STP	Segreteria OIV/STP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad STP e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STP/OIV, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione delle relazioni	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRF e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRF, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente amministrativo in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla trasmissione dei rilievi	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Direzione Strategica, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile U.O. URP		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT URP, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Servizi erogati	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Direttore SBL		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla ricezione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad SBL e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT SBL circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Direttore SBL		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla ricezione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad SBL e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT SBL circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Direttore/Responsabile competente per materia	Direttore SBL	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad Macrostruttura proponente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura proponente circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore CDG	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione del bilancio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a CDG e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT CDG circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RULA		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a RULA e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT RULA circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Responsabile U.O. URP		Responsabile U.O. URP	31 maggio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT URP, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	31 maggio di ciascun anno	
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore AGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla scadenza del trimestre	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRF e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRF, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRF		Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRF e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRF, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla scadenza del trimestre	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRF e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRF, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione del bilancio di esercizio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRF e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRF, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRF e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRF, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni realtive ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGT		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni da adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGT e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGT circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Opere pubbliche	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGT		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni da rilevazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGT e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGT circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGT		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni da rilevazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGT e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGT circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttori SISP/SPESAL/SIAV/SIAN	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Dipartimento di Prevenzione e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Dipartimento di Prevenzione, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttori SISP/SPESAL/SIAV/SIAN	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Dipartimento di Prevenzione e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Dipartimento di Prevenzione, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttori SISP/SPESAL/SIAV/SIAN	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Dipartimento di Prevenzione e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Dipartimento di Prevenzione, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'àmbito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttori SISP/SPESAL/SIAV/SIAN	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Dipartimento di Prevenzione e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Dipartimento di Prevenzione, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'àmbito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttori SISP/SPESAL/SIAV/SIAN	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Dipartimento di Prevenzione e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Dipartimento di Prevenzione, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttori SISP/SPESAL/SIAV/SIAN	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Dipartimento di Prevenzione e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Dipartimento di Prevenzione, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttori SISP/SPESAL/SIAV/SIAN	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Dipartimento di Prevenzione e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Dipartimento di Prevenzione, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Strutture		Art. 41, c. 4,	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore DSM/Direttore Area Socio Sanitaria/Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche/Responsabile UOGRC		Direttore UOASSI	Annuale	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI a Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
sanitarie private accreditate		d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore DSM/Direttore Area Socio Sanitaria/Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche/Responsabile UOGRC		Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dall'accordo	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI a Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile proponente il provvedimento		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile proponente il provvedimento		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore/Responsabile proponente il provvedimento		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT		Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all'RPCT.	31 gennaio di ciascun anno	
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all'RPCT.	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all'RPCT.	Entro 30 giorni dall'adozione	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT		Responsabile U.O. URP	Entro 31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all'RPCT.	Entro 31 gennaio di ciascun anno	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO PERFORMANCE ED INTEGRITÀ ASL BA 2022-2024 - Sezione III PTPCT 2022 - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT (per atti ANAC); Macrostruttura competente per materia (per eventuali atti di adeguamento)		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione atti ANAC e atti aziendali di adeguamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	1) Entro 30 giorni dall'adozione atti ANAC; 2) entro il termine di adozione del PTPCT relativo all'anno successivo	
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Direttore AGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DS, dirigente in staff alla Direzione Generale		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'accertamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	Direttore/Responsabile competente per materia	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all'RPCT.	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Direttore/Responsabile competente per materia	RPCTI	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RPCT		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla scadenza del semestre	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP all'RPCT.	Entro 30 giorni dalla scadenza del semestre	
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Direttore UOASSI/Direttore/Responsabile competente per materia		Direttore UOASSI e/o Dirigente URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT della Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Direttore UOASSI		Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT UOASSI, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 5) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	1) Direttore UOASSI; 2) Direttore AGRU	2) STP	1) UOASSI; 2) U.O. URP	1) Entro 31 marzo di ciascun anno per obiettivi accessibilità; 2) Entro 30 giorni dall'aggiornamento per piano telelavoro	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI/URP all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT UOASSI/AGRU, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	….	Direttore/Responsabile competente per materia		Direttore UOASSI e/o Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura richiedente e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCTdella Macrostruttura richiedente, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 99, d. l. 18/2020	Rendicontazione donazioni COVID	Rendiconto delle donazioni ricevute ai sensi dell'art. 99 del decreto legge 17 marzo 2020, n.18, recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27, sulla base dei comunicati del Presidente ANAC del 29/7/2020 e del 7/10/2020	Annuale	Direttore CDG		Responsabile U.O. URP	Entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento ovvero successiva data cui sia posticipata l'approvazione del bilancio di esercizio); per le erogazioni ricevute nell'anno 2020, il termine di scadenza è il 31/12/2021.	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a CDG e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT CDG, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 4, c. 1, dpcm 25/9/2014	Censimento vetture di servizio di proprietà, in locazione o a noleggio	Aggiornamento censimento vetture di servizio e pubblicazionme annuale (con ripartizione in proprietà/noleggio/locazione, e indicazione di cilindrata e anno di immatricolazione	Annuale	Direttore AGP		Responsabile U.O. URP	Entro il 31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a AGP e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGP circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 4, c. 3, l. n. 24/2017	Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie: applicazione ART. 4	Dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) di cui all'art. 1, c. 539, l. 208/2015, come modificato dagli artt. 2 e 16, l. n. 24/2017	Annuale	Direttore UOC Rischio clinico e qualità/Direttore SBL		Responsabile U.O. URP	Entro il 31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a UOC Rischio Clinico e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT UOC Rischio Clinico, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Art. 2, d. lgs n. 52/2019	Attuazione della delega per il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica dei medicinali ad uso umano, ai sensi dell'articolo 1, commi 1 e 2, della legge 11 gennaio 2018, n. 3.	Nominativi e curricula di tutti i soggetti coinvolti nella conduzione di una sperimentazione oltre che tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonche' i correlati finanziamenti e i programmi di spesa con i relativi contratti.	Annuale	Collaboratore responsabile per le sperimentazioni cliniche		Collaboratore responsabile per le sperimentazioni cliniche	Entro il 31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a Responsabile Sperimentazioni Cliniche e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT Responsabile Sperimentazioni Cliniche, circa le pubblicazioni effettuate in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OIV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adozione del PTPCT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)

Allegato n.ro 6) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Forum per l'Integrità in Sanità

RESEARCH ACTION | TRANSPARENCY INTERNATIONAL ITALIA

Rilevazione tra i dipendenti degli enti del Sistema Sanitario Nazionale

Carissima/o,

il suo ente partecipa al **Forum per l'integrità in Sanità**: un'iniziativa che permette agli enti sanitari di confrontarsi, condividere competenze e conoscenze, migliorare le proprie strategie e collaborare per promuovere assieme la cultura dell'etica e dell'integrità.
Il Forum sta realizzando una rilevazione tra i dipendenti degli enti membri, attraverso il presente questionario **ANONIMO** e **RISERVATO**, sui seguenti temi: percezione ed esperienza della corruzione, la conoscenza della strategia anticorruzione e la gestione del PNRR.
I dati sono raccolti in forma anonima ed analizzati in modo aggregato nel pieno rispetto della privacy come da GDPR Regolamento UE 2017/697.
Le chiediamo di rispondere con attenzione a tutte le domande, sulla base della sua opinione o conoscenza. Le risposte al questionario non rappresenteranno in nessun modo la posizione ufficiale dell'ente.
Per completare il questionario ci vorranno **meno di 10 minuti**.
Grazie per il tempo e la partecipazione.

* Obbligatoria

PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE

1. Quali delle seguenti situazioni configurano secondo lei un episodio di "corruzione"nella P.A.?

E' possibile selezionare più risposte
*

NB: con il termine "vantaggio" si intende qualsiasi beneficio, di natura economica o meno, per sè o per altri

- [ ] Infrangere intenzionalmente una norma con la complicità di terzi per ottenere in maniera illecita un vantaggio di qualsiasi tipo

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 6) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

- [ ] Forzare consapevolmente una regola o una linea guida, oppure approfittare della mancanza di una regola o linea guida per ottenere in maniera illegittima un vantaggio c qualsiasi tipo
- [ ] Infrangere inavvertitamente una regola o una linea guida e ottenere un vantaggio di qualsiasi tipo
- [ ] Infrangere intenzionalmente una norma per ottenere in maniera illecita un vantaggio di qualsiasi tipo

2. Quanto è d'accordo o in disaccordo con la seguente affermazione: "Come cittadino, sono personalmente danneggiato dalla corruzione nella mia vita quotidiana" *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

In totale disaccordo — Completamente d'accordo

3. Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione in ITALIA? *

Seleziona la risposta

4. Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione nella sua regione? *

Seleziona la risposta

5. Secondo la sua percezione personale, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione all'interno del suo ente? *

Seleziona la risposta

Avanti

Non rivelare mai la tua password. Segnala abusi

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Questo contenuto è creato dal proprietario del modulo. I dati inoltrati verranno inviati al proprietario del modulo. Microsoft non è responsabile per la privacy o le procedure di sicurezza dei propri clienti, incluse quelle del proprietario di questo modulo. Non fornire mai la password.

Con tecnologia Microsoft Forms |
Il proprietario di questo modulo non ha fornito un'informativa sulla privacy su come utilizzerà i dati delle risposte. Non fornire informazioni personali o sensibili.
| Condizioni per l'utilizzo

Allegato n.ro 6) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Forum per l'Integrità in Sanità

Rilevazione tra i dipendenti degli enti del Sistema Sanitario Nazionale

* Obbligatoria

ESPERIENZA

6. Negli ultimi 12 mesi ha vissuto o assistito ad un episodio di corruzione? *

- ◯ Sì
- ◯ No
- ◯ Non so
- ◯ Preferisco non rispondere

Indietro Avanti Pagina 2 di 7

Non rivelare mai la tua password. Segnala abusi

Questo contenuto è creato dal proprietario del modulo. I dati inoltrati verranno inviati al proprietario del modulo. Microsoft non è responsabile per la privacy o le procedure di sicurezza dei propri clienti, incluse quelle del proprietario di questo modulo. Non fornire mai la password.

Con tecnologia Microsoft Forms |
Il proprietario di questo modulo non ha fornito un'informativa sulla privacy su come utilizzerà i dati delle risposte. Non fornire informazioni personali o sensibili.
| Condizioni per l'utilizzo

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 6) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Forum per l'Integrità in Sanità

Rilevazione tra i dipendenti degli enti del Sistema Sanitario Nazionale

* Obbligatoria

EMERGENZA CORONA VIRUS

7. Secondo lei, l'emergenza legata al COVID-19 ha aumentato il rischio di corruzione nella SANITA' ITALIANA? *

- ◯ Sì, molto
- ◯ Sì, poco
- ◯ No
- ◯ Non ne ho idea

8. Secondo lei, l'emergenza legata al COVID-19 ha aumentato il rischio di corruzione nel SUO ENTE? *

- ◯ Sì, molto
- ◯ Sì, poco
- ◯ No
- ◯ Non ne ho idea

9. Quali situazioni potrebbero capitare più facilmente nel suo ente a causa dell'emergenza Covid 19?

E' possibile selezionare più risposte *

- ☐ Selezione pilotata di nuovo personale, sulla base di ragioni di parentela, amicizia, altri interessi privati
- ☐ Favorire un determinato fornitore di dispositivi di protezione (es. mascherine)

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 6) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

- [ ] Favorire un determinato fornitore di servizi (es. sanificazione, servizi informatici, consulenze)
- [ ] Abuso del potere discrezionale da parte degli organi apicali
- [ ] Sottrazione di dispositivi di protezione da parte del personale
- [ ] Procurare un tampone o la vaccinazione ad un amico/parente/conoscente non rispettando l'ordine previsto
- [ ] Cessione di dati e informazioni all'esterno dell'ente per favorire un soggetto privato
- [ ] Abuso dello smartowrking per lavorare meno
- [ ] Manipolazione di dati e informazioni legate all'emergenza
- [ ] Altro

10. Secondo la sua opinione, quali sono le misure più efficaci per prevenire la corruzione nella gestione dell'emergenza? *

Inserisci la risposta

Indietro Avanti Pagina 3 di 7

Non rivelare mai la tua password. Segnala abusi

Questo contenuto è creato dal proprietario del modulo. I dati inoltrati verranno inviati al proprietario del modulo. Microsoft non è responsabile per la privacy o le procedure di sicurezza dei propri clienti, incluse quelle del proprietario di questo modulo. Non fornire mai la password.

Con tecnologia Microsoft Forms |
Il proprietario di questo modulo non ha fornito un'informativa sulla privacy su come utilizzerà i dati delle risposte. Non fornire informazioni personali o sensibili.
| Condizioni per l'utilizzo

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 6) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Forum per l'Integrità in Sanità

Rilevazione tra i dipendenti degli enti del Sistema Sanitario Nazionale

* Obbligatoria

STRUMENTI DI SEGNALAZIONE (WHISTLEBLOWING)

Il whistleblowing è la segnalazione di un sospetto di corruzione fatta dal dipendente pubblico.

11. È a conoscenza se il suo ente ha una piattaforma informatica per le segnalazioni? *

- ◯ Sì
- ◯ No

12. Qualora in passato sia venuto a conoscenza di un caso di corruzione (maladministration o conflitto di interessi), l'ha denunciato? *

- ◯ Sì
- ◯ No
- ◯ Non ne sono venuto a conoscenza

Indietro Avanti Pagina 4 di 7

Non rivelare mai la tua password. Segnala abusi

Questo contenuto è creato dal proprietario del modulo. I dati inoltrati verranno inviati al proprietario del modulo. Microsoft non è responsabile per la privacy o le procedure di sicurezza dei propri clienti, incluse quelle del proprietario di questo modulo. Non fornire mai la password.

Con tecnologia Microsoft Forms |
Il proprietario di questo modulo non ha fornito un'informativa sulla privacy su come utilizzerà i dati delle risposte. Non fornire informazioni personali o sensibili.
| Condizioni per l'utilizzo

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 6) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Forum per l'Integrità in Sanità

Rilevazione tra i dipendenti degli enti del Sistema Sanitario Nazionale

* Obbligatoria

STRATEGIA ANTICORRUZIONE - QUADRO GENERALE

13. Conosce il PTPCT (Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) del suo ente? *

- ◯ L'ho letto e lo conosco molto bene
- ◯ Ho letto e conosco bene la parte che riguarda la mia area/struttura
- ◯ L'ho letto e lo conosco in modo generico
- ◯ L'ho guardato e lo conosco poco
- ◯ Lo conosco pochissimo
- ◯ Non l'ho mai guardato

14. Conosce il Codice di comportamento del personale operante nel suo ente? *

- ◯ L'ho letto e lo conosco molto bene
- ◯ L'ho letto e lo conosco in modo generico
- ◯ L'ho guardato e lo conosco poco
- ◯ Lo conosco pochissimo
- ◯ Non l'ho mai guardato
- ◯ Altro

Indietro Avanti Pagina 5 di 7

Non rivelare mai la tua password. Segnala abusi

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 6) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Questo contenuto è creato dal proprietario del modulo. I dati inoltrati verranno inviati al proprietario del modulo. Microsoft non è responsabile per la privacy o le procedure di sicurezza dei propri clienti, incluse quelle del proprietario di questo modulo. Non fornire mai la password.

Con tecnologia Microsoft Forms |
Il proprietario di questo modulo non ha fornito un'informativa sulla privacy su come utilizzerà i dati delle risposte. Non fornire informazioni personali o sensibili.
| Condizioni per l'utilizzo

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 6) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Forum per l'Integrità in Sanità

Rilevazione tra i dipendenti degli enti del Sistema Sanitario Nazionale

* Obbligatoria

PNRR

Il PNRR è il cosiddetto Recovery Plan, ovvero il Piano Nazionale di Ripartenza e Resilienza grazie al quale l'Italia riceverà circa 200 miliardi di Euro dalla Commissione Europea.

15. Secondo la sua opinione, quali misure anticorruzione - tra quelle già adottate nel ente - dovrebbero essere rafforzate in vista della gestione del PNRR? *

- ◯ Formazione
- ◯ Analisi dei rischi di corruzione
- ◯ Whistleblowing
- ◯ Rotazione del personale
- ◯ Pubblicazione di dati
- ◯ Dichiarazioni sul conflitto di interesse
- ◯ Altro

Indietro Avanti Pagina 6 di 7

Non rivelare mai la tua password. Segnala abusi

Questo contenuto è creato dal proprietario del modulo. I dati inoltrati verranno inviati al proprietario del modulo. Microsoft non è responsabile per la privacy o le procedure di sicurezza dei propri clienti, incluse quelle del proprietario di questo modulo. Non fornire mai la password.

Con tecnologia Microsoft Forms |
Il proprietario di questo modulo non ha fornito un'informativa sulla privacy su come utilizzerà i dati delle risposte. Non fornire informazioni personali o sensibili.
| Condizioni per l'utilizzo

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Allegato n.ro 6) alla Proposta N.ro 0001067/2022 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

Forum per l'Integrità in Sanità

Rilevazione tra i dipendenti degli enti del Sistema Sanitario Nazionale

* Obbligatoria

RISPONDENTE

La presente informazione non consente in alcun modo di violare la riservatezza delle risposte.
QUESTA INFORMAZIONE VERRÀ UTILIZZATA UNICAMENTE A SCOPO STATISTICO.

16. A quale ente appartiene? *

- ◯ ASL ASTI
- ◯ ASL BARI
- ◯ ASL BIELLA
- ◯ ASST PAVIA
- ◯ ASST SETTELAGHI
- ◯ AOU CAREGGI
- ◯ AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI DI TRENTO
- ◯ AZIENDA SANITARIA DELL'ALTO ADIGE
- ◯ OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA
- ◯ LAZZARO SPALLANZANI - ISTITUTO NAZIONALE MALATTIE INFETTIVE (INMI)

Indietro Invia Pagina 7 di 7

Non rivelare mai la tua password. Segnala abusi

Questo contenuto è creato dal proprietario del modulo. I dati inoltrati verranno inviati al proprietario del modulo. Microsoft non è responsabile per la privacy o le procedure di sicurezza dei propri clienti, incluse quelle del proprietario di questo modulo. Non fornire mai la password.

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000103/2022

Con tecnologia Microsoft Forms |
Il proprietario di questo modulo non ha fornito un'informativa sulla privacy su come utilizzerà i dati delle risposte.
Non fornire informazioni personali o sensibili.
| Condizioni per l'utilizzo

PROFILI CONTABILI

☐ RILEVANTE, a valere su:

☒ NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

☒ SOGGETTA a pubblicazione

☐ NON soggetta a pubblicazione

Sottosezione di Primo LIvello	Sottosezione di Secondo LIvello	Riferimento Normativo
Performance	Piano della Performance	Art. 10, comma 8, lettera b, d.lgs. 33/2013
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013

ONERI DI RISERVATEZZA:

☐ CONTIENE dati personali da NON pubblicare

☒ NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20220001067 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20220000103 DEL 31/01/2022

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 132/2019) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) del vigente PTPCT – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	Puntillo Lino Andrea	*Firmato digitalmente il 28/01/2022 13:17*
Presidentessa CUG	Munno Domenica	*Firmato digitalmente il 28/01/2022 13:20*
Componente STP	Zanframundo Vittorio	*Firmato digitalmente il 28/01/2022 13:22*
RPCT	Piscitelli Romana Giovanna	*Firmato digitalmente il 28/01/2022 13:28*
Coordinatore STP	Bratta Pasquale	*Firmato digitalmente il 28/01/2022 13:30*