

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0000176	30/01/2026

OGGETTO: Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026/2028 ed approvazione obiettivi operativi di budget 2026

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20260000222 DEL 30/01/2026

COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 8 (otto) PAGINE

DI 4 (quattro) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 237 (duecentotrentasette) 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, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – 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 della Direttrice Amministrativa	Parere della Direttrice Sanitaria
 Firmato Digitalmente il 30/01/2026 13:37 Rachele POPOLIZIO	 Firmato Digitalmente il 30/01/2026 14:05 Rosella SQUICCIARINI

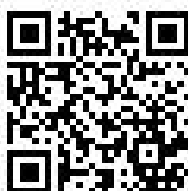
Il Segretario	Il Direttore Generale
 Firmato Digitalmente il 30/01/2026 15:11 Raffaele IORIO	 Firmato Digitalmente il 30/01/2026 14:56 Luigi FRUSCIO

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 **30/01/2026**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione
Firmato Digitalmente il 30/01/2026 15:13

Clara VENTURO



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:	Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026/2028 ed approvazione obiettivi operativi di budget 2026.
-----------------	---

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Deliberazione del Direttore Generale n.329 del 17/02/2025, con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta congiunta formulata dal Coordinatore STP e dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che attestano la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e delibera quanto segue.

VISTI:

- il d.lgs. 502/1992 e s.m.i. *"Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 L. 23/10/1992 n. 421"*;
- 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"*;
- il d.lgs. 165/2001 e s.m.i. *"Norme generali sull'andamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"*;
- il d.lgs. n. 150/2009 così come modificato dal d.lgs. n. 74/2017 *"In materia di ottimizzazione e valutazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"*, e, in particolare, l'art. 10, comma 1, lett. b) e l'art. 14, comma 4, lett. c);
- la L. 6 novembre 2012, n.190 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*;
- il d.lgs. n. 33/2013 *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*, così come modificato dall'art. 10 del D.lgs. n. 97/2016;
- il d.l. 80/2021, convertito con modificazioni dalla Legge 113/2021, e in particolare l'art. 6 rubricato *"Piano integrato di attività e organizzazione"*;
- il D.P.R. n. 81 del 24/06/2022 *"Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione"*;
- il Decreto 30 giugno 2022, n. 132 *"Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione"*;
- la Delibera n.7 ANAC del 17/01/2023 *"Piano Nazionale Anticorruzione 2022"*;
- la D.G.R. n. 412/2023 recante *"Analisi e valutazione della spesa sanitaria – L.R. n.2/2011 – Programma operativo – Misure urgenti di riqualificazione e razionalizzazione della spesa"*;
- la d.D.G. n.179 del 26/01/2024, *"Aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance. Adozione"*;
- il decreto del 30/10/2025 del Ministro per la Pubblica Amministrazione di approvazione delle Linee guida e dei Manuali operativi PIAO;
- la d.D.G. n.2430 del 03/12/2025 *"Definizione degli obiettivi generali di budget per l'anno 2026"*;

A. con riferimento al Piano Integrato di Attività e Organizzazione:**Premesso che:**

- l'art. 6 del d.l. 80/2021, convertito con modificazioni dalla Legge 113/2021, stabilisce che per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato P.I.A.O., nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- il comma 2 del citato art. 6 stabilisce, tra l'altro, che il Piano ha durata triennale e viene aggiornato annualmente;
- l'art. 1 del DPR 24 giugno 2022 n. 81 prevede che sono assorbiti nel P.I.A.O. gli adempimenti relativi ai piani di cui alle seguenti disposizioni:
 - a) articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60-bis (Piano delle azioni concrete) e 60-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
 - b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
 - c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
 - d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);
 - e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
 - f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive);
- la programmazione dei fabbisogni del personale della Asl di Bari, come indicato dalla Regione Puglia, verte ancora sul triennio 2024/2026, da ultimo adottato, in via preliminare, con D.D.G.n.2628 del 24/12/2025;
- 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 4, 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, sono state emanate Linee Guida per la costituzione ed il funzionamento del CUG;
- con direttiva 29 dicembre 2023 della Presidenza del Consiglio dei Ministri sono state aggiornate le indicazioni in tema di “Lavoro Agile” presso la Pubblica Amministrazione.

Dato atto che, alla stregua della normativa di cui all’art. 6 del d.l. 80/2021, la STP, su mandato della Direzione Strategica, nell’incontro del Gruppo di Lavoro Integrato P.I.A.O. tenutosi in data 27/11/2025, ha provveduto a delineare le attività da espletarsi con i componenti della medesima Struttura, e degli altri soggetti coinvolti, definendo le indicazioni operative per la predisposizione del P.I.A.O..

Nello specifico, sono state coinvolte diverse UU.OO. e Organismi aziendali, che hanno curato, ognuno per quanto di competenza la stesura delle singole Sezioni costituenti il P.I.A.O. ovvero:

- a) la **Sezione I - “Scheda anagrafica dell’Amministrazione”**: è stata predisposta dalla STP, con la collaborazione dell’U.O.C. “Controllo di Gestione”;
- b) la **Sezione II - “Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione”**: è stata predisposta dalla STP, con la collaborazione dell’U.O.C. “Controllo di Gestione”, e dal RPCT, rispettivamente nella parte denominata “Valore Pubblico – Analisi del conteso interno” e “Rischi corruttivi e trasparenza”;
- c) la **Sezione III – “Organizzazione e Capitale Umano”**: è stata predisposta dalla S.T.P., con la collaborazione delle UU.OO.CC. “Area Gestione Risorse Umane”, “Controllo di Gestione”, del Comitato Unico di Garanzia e della U.O.S. “Formazione”;
- d) la **Sezione IV – “Monitoraggio”**: è stata predisposta dalla U.O.C. “Controllo di Gestione”.

Dato atto, altresì, che il P.I.A.O. potrà essere rimodulato e/o aggiornato nel corso dell’esercizio di riferimento a seguito di azioni correttive da porre in essere per modifiche normative che impattano sull’azienda o modifiche all’organizzazione della stessa così come all’esito del monitoraggio periodico della performance e delle misure di prevenzione della corruzione;

Preso atto che, nell’ambito della fase di aggiornamento della sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, con nota prot.n.5952 del 22/01/2026 è stata avviata procedura di consultazione interna affinché tutti i dipendenti potessero proporre modifiche e/o suggerimenti volti a

- segnalare fasi di processo non censite o mutate nella prassi operativa
- proporre misure di prevenzione più aderenti alla realtà lavorativa
- evidenziare criticità nell’assolvimento degli obblighi di trasparenza.

B. con riferimento agli obiettivi operativi di budget 2026:

Premesso che:

- 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;*
- 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 S.S.R., 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.n.179 del 26/01/2024, questa Azienda ha proceduto ad aggiornare il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance, precedentemente adottato con d.D.G. n.209 del 31/01/2023:
 - 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;

Richiamata la d.D.G. n.2430/2025 *"Definizione degli obiettivi generali di budget per l'anno 2026"*, con cui l'Azienda ha definito, appunto, gli obiettivi generali di budget per l'anno 2026;

Preso atto che:

- la Direzione Strategica, giusta nota prot.n.73749 del 01/10/2025, con il supporto tecnico della STP e del Controllo di Gestione, ha dato avvio – con il coinvolgimento della dirigenza apicale ed in coerenza con gli obiettivi generali di budget per l'anno 2026 – alla fase di programmazione e *budgeting* con la negoziazione degli obiettivi operativi di budget 2026 da assegnare alle articolazioni aziendali (Dipartimenti, UOC, UOSVD, UOSAVS e Aree in staff);
- in tale contesto la STP, con il supporto dell'UOC "Controllo di Gestione", ha tenuto specifici incontri con i Direttori/Responsabili delle articolazioni aziendali predette, giusta nota prot.n.81337 del 24/10/2025 del Coordinatore S.T.P., presentando proposte di obiettivi di

budget operativo sulla base degli indirizzi strategici aziendali, 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, con il supporto dell'UOC "Controllo di Gestione" e del RPCT, per gli obiettivi trasversali in materia di integrità e trasparenza (art. 10, c. 3, d. lgs. 33/2013), ha effettuato l'analisi delle proposte degli obiettivi operativi 2026 sottoponendoli poi alla revisione ed alla approvazione della Direzione Strategica Aziendale per la definizione delle relative schede di budget operativo;
- al fine di concludere la fase di negoziazione degli obiettivi operativi di budget, con nota prot.n.96038 del 16/12/2025, il Direttore Generale ha invitato i Direttori/Responsabili delle articolazioni aziendali destinatari degli obiettivi in questione alla sottoscrizione delle relative schede di budget dell'anno 2026;

Preso atto altresì che il documento finale è stato condiviso dalla Struttura Tecnica Permanente e dal R.P.C.T. con la Direzione Strategica negli incontri del 28 e 29/01/2026;

Ritenuto pertanto, ai sensi del D.L.n.80/2021 di dover procedere all'adozione del Piano Integrato delle Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028 secondo le linee guida vigenti e di dover procedere, altresì, all'approvazione degli obiettivi operativi di budget 2026;

Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate e confermate:

1. **di approvare**, ai sensi del D.L.n.80/2021, il Piano Integrato delle Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028, costituente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. **di approvare** gli obiettivi operativi di budget per l'anno 2026, agli atti della STP, le cui schede saranno pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance";
3. **di demandare** all'URP la pubblicazione del P.I.A.O. 2026-2028, approvato al punto che precede, ai sensi del D.lgs. 33/2013 e s.m.i., sul sito istituzionale dell'ASL di Bari nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance" e nella sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della corruzione";
4. **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;

5. **di trasmettere** il presente provvedimento, a cura del segretario della STP di supporto all'OIV, al medesimo Organismo e al Collegio Sindacale;
6. **di dare atto** che dal presente provvedimento non derivano oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
7. **di dare atto, altresì, che** il P.I.A.O. potrà essere rimodulato e/o aggiornato nel corso dell'esercizio di riferimento a seguito di azioni correttive da porre in essere per modifiche normative che impattano sull'azienda o modifiche all'organizzazione della stessa così come all'esito del monitoraggio periodico della performance e delle misure di prevenzione della corruzione;
8. **di dare atto** che 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, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, dalla sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO – 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.

REGIONE PUGLIA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI BARI**

**PIANO INTEGRATO
di ATTIVITA' e ORGANIZZAZIONE**

Anni 2026-2028

Sommario

PREMESSA	5
SEZIONE I – SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE.....	6
<u>1</u> <u>CHI SIAMO</u>	<u>6</u>
<u>2</u> <u>COSA FACCIAMO</u>	<u>6</u>
<u>3</u> <u>COME OPERIAMO</u>	<u>7</u>
<u>4</u> <u>L'ASL BARI "IN CIFRE"</u>	<u>7</u>
4.1 Territorio e popolazione	7
4.2 Assistenza Ospedaliera	8
4.3 Assistenza Distrettuale	10
4.4 Prevenzione	13
4.5 Dipendenze Patologiche	15
4.6 Salute Mentale.....	15
SEZIONE II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	17
<u>1</u> <u>VALORE PUBBLICO</u>	<u>17</u>
1.1 Mandato istituzionale e missione	17
1.2 Analisi del contesto esterno	19
1.3 Analisi del contesto interno	21
1.3.1 <i>Programmazione degli investimenti per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.)</i>	21
1.3.2 <i>La gestione del patrimonio immobiliare della ASL BA</i>	22
1.3.3 <i>Il nuovo Ospedale del Sud-Est Barese</i>	23
1.4 Analisi S.W.O.T.	26
1.5 Accessibilità digitale/Procedure da semplificare e re-ingegnerizzare	27
1.6 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 2026	29
1.7 La gestione provvisoria dell’Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII” di Bari	33
<u>2</u> <u>PERFORMANCE</u>	<u>34</u>
2.1 Albero della performance	34
2.2 Dagli obiettivi strategici pluriennali agli obiettivi operativi annuali	62
2.4 Allegati tecnici.....	65
<u>3</u> <u>RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA</u>	<u>70</u>
<u>PREMESSA</u>	<u>70</u>
<u>PARTE I</u> <u>IL PROCESSO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</u>	<u>71</u>
1. Rilievo anticorruzione del modello organizzativo dipartimentale	71
2. Il processo di elaborazione della sezione anticorruzione e trasparenza: soggetti interni ed esterni, ruoli e responsabilità.....	71
3. Valutazione di impatto del contesto esterno ed interno.....	74

3.1	<i>Contesto esterno</i>	74
a.	Principali stakeholder di riferimento in tema di integrità.....	74
b.	Contesto criminale.....	75
c.	Nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs 36/2023)	75
d.	Rapporti con gli operatori del privato accreditato:	76
e.	Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – Missione 6.....	76
3.2	<i>Contesto interno</i>	78
a.	Rilevazione interna all'ente	78
b.	La mappatura dei processi.....	97
c.	Corruzione in materia di appalti	98
3.3.	<i>Valutazione di impatto di interno ed esterno</i>	102
PARTE II	<u>LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</u>	104
1.	Valutazione dei rischi	104
1.1	<i>Identificazione dei rischi</i>	105
1.2	<i>Analisi e ponderazione dei rischi</i>	105
1.3	<i>Trattamento del rischio</i>	106
a.	Codice di comportamento dei dipendenti ASL BA	106
b.	Disciplina del conflitto di interessi: obblighi di comunicazione e di astensione– Distinzione tra mal-administration e conflitto di interessi.....	106
c.	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
d.	Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage).....	114
e.	Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali	115
f.	Rotazione del personale	116
g.	Tutela del whistleblower	118
h.	Formazione sui temi dell'integrità e della trasparenza	119
i.	PNRR – attuazione Missione 6 “Salute”	120
j.	Ulteriori misure trasversali: rapporti con società controllate e partecipate	120
k.	La formazione	123
l.	Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio.....	124
2.	Risultati monitoraggio misure.....	124
3.	Una prospettiva futura. PNRR e altri programmi. Digitalizzazione e <i>Artificial Intelligence</i> (AI).	125
PARTE III	<u>PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA E IL MONITORAGGIO DELLE MISURE ORGANIZZATIVE PER GARANTIRE L'ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO, AI SENSI DEL D.LGS 33/2013</u>	128
	Premessa.....	128
1.	Definizione del riparto di competenze per la elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili.....	128
2.	Modalità di elaborazione, trasmissione e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Azienda	129
3.	Modalità di controllo e monitoraggio del corretto adempimento degli obblighi di pubblicità	130
4.	Accesso civico e Registro degli accessi.....	131
PARTE IV	<u>VALUTAZIONE DEGLI STRUMENTI DI BILANCIAMENTO TRA PRIVACY E TRASPARENZA</u>	132
PARTE V	<u>GLI OBIETTIVI STRATEGICI DELL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</u>	134
SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO		137
1	<u>STRUTTURA ORGANIZZATIVA</u>	137

<u>2</u>	<u>ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE</u>	<u>138</u>
2.1	Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile in ASL Bari.....	138
2.2	Condizionalità e fattori abilitanti	142
a.	<i>Misure Organizzative, soggetti, processi e strumenti del lavoro agile</i>	<i>142</i>
b.	<i>Destinatari, articolazione, autorizzazione, accordo, monitoraggio</i>	<i>143</i>
c.	<i>Il lavoro da remoto.....</i>	<i>145</i>
d.	<i>Piattaforme tecnologiche.....</i>	<i>146</i>
2.3	Obiettivi	146
<u>3</u>	<u>RISORSE UMANE NEL TRIENNIO 2023-2025</u>	<u>148</u>
<u>4</u>	<u>LA FORMAZIONE DEL PERSONALE.....</u>	<u>150</u>
<u>5</u>	<u>PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....</u>	<u>154</u>
<u>6</u>	<u>PIANO DELLE AZIONI POSITIVE</u>	<u>160</u>
6.1	Finalità e obiettivi generali del Piano.....	161
6.2	Pari opportunità.....	163
6.3	Valorizzazione del benessere.....	165
6.4	Il contrasto alle discriminazioni	166
6.5	Un Piano d’azione per lo sviluppo delle pari opportunità nel ciclo della performance	176
6.6	Un Piano d’azione per il Benessere Organizzativo.....	177
6.7	Raggiungimento degli obiettivi e risorse necessarie	178
6.8	Tempi di attuazione	178
6.9	Monitoraggio e aggiornamento.....	178
6.10	Conclusioni.....	178
SEZIONE IV – MONITORAGGIO		180
ALLEGATI		181
1.	Tabella misure anticorruzione	181
2.	Tabella obblighi di pubblicazione.....	181

Premessa

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'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021 n.80 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.).

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.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni. Con il D.P.R. 24 giugno 2022, n.81 (GU Serie Generale n.151 del 30-06-2022), infatti, sono stati individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione.

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.

Con il decreto 30 giugno 2022, n. 132 (GU Serie Generale n.209 del 07-09-2022) è stato definito il contenuto del Piano, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

Infine con il decreto del 30/10/2025, pubblicato sul sito Ministeriale il 17/12/2025, il Ministro per la Pubblica Amministrazione ha approvato le nuove Linee guida e i Manuali operativi per la predisposizione del P.I.A.O..

Questo P.I.A.O., pur considerando quanto previsto nell'ultimo decreto del 30/10/2025, risulta comunque transitorio rispetto al completo recepimento dello stesso.

Sezione I – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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 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.

3 Come operiamo

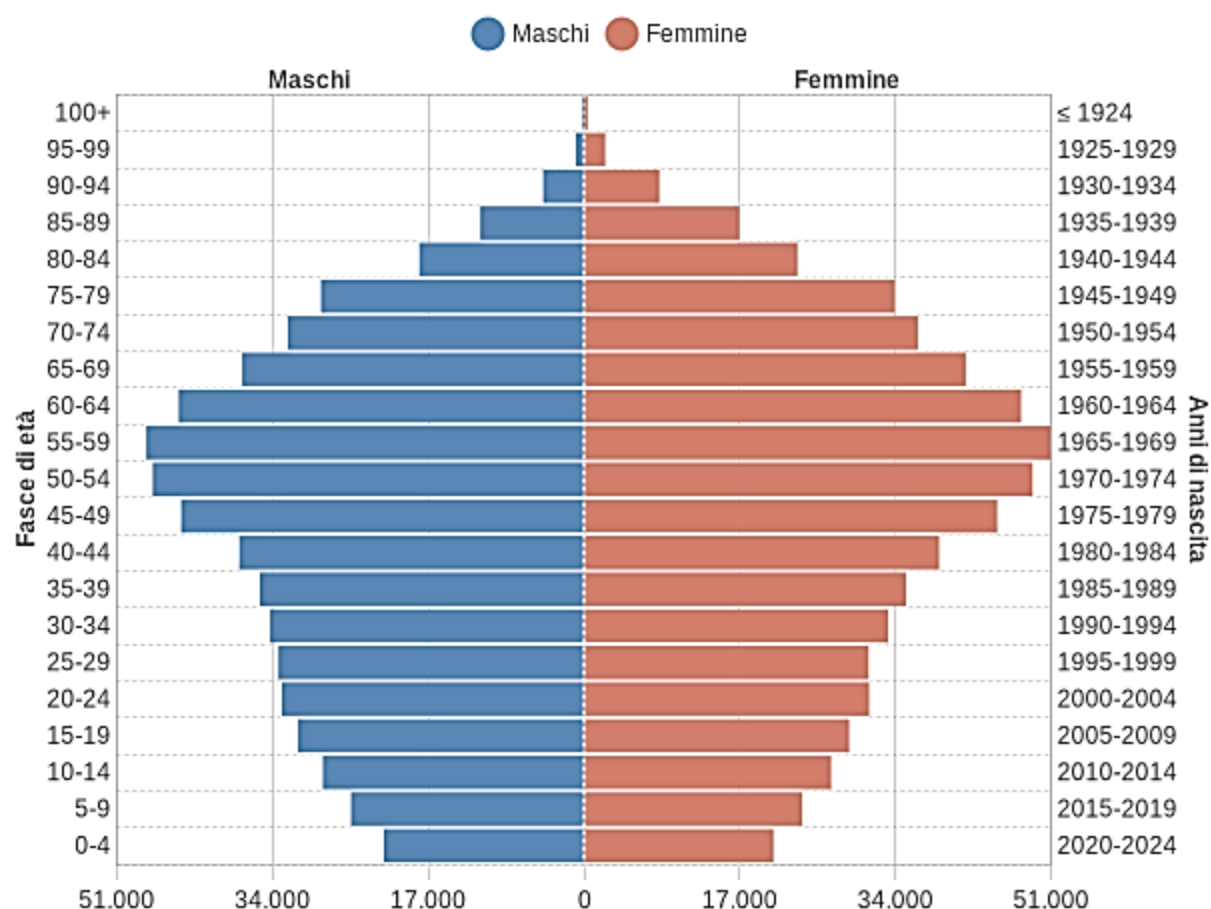
L'Azienda, per la realizzazione della propria *mission*, assume quali principi guida il rispetto della persona e la centralità del cittadino, l'equità, la trasparenza e l'etica professionale, la tutela della privacy, la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo,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

4 L'ASL Bari "in cifre"

4.1 Territorio e popolazione

La ASL Bari opera su un territorio di 3.865,14 Km², coincidente con la provincia di Bari, oggi Città Metropolitana di Bari, su cui risiedono complessivamente n.1.218.191 abitanti, con una densità pari a n.315,2 abitanti per Km², distribuiti in 41 comuni a loro volta suddivisi in n.12 Distretti Socio Sanitari. La distribuzione della popolazione per fasce di età, al 01/01/2025 è la seguente (Fonte: ISTAT):

Fascia d'età	Maschi	Femmine	Totale
0	4.050	3.871	7.921
1 - 4	17.605	16.614	34.219
5 - 14	53.680	50.534	104.214
15 - 44	204.527	198.146	402.673
45 - 64	182.324	191.794	374.118
65 - 74	69.410	77.804	147.214
+ di 74	63.112	84.720	147.832
Totale	594.708	623.483	1.218.191



Popolazione per età e sesso - 2025

CITTÀ METROPOLITANA DI BARI - Dati ISTAT 1° gennaio 2025 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

4.2 Assistenza Ospedaliera

Sono ubicati nel territorio di competenza della ASL n.7 Ospedali a gestione diretta, n.2 Plessi di Post Acuzie (P.P.A.), n.5 Case di Cura convenzionate accreditate, n.1 Ospedale Ente Ecclesiastico, Ospedale "Miulli", e n.1 IRCCS privato "Salvatore Maugeri".

Il numero medio dei posti letto esistenti ed utilizzabili delle strutture a gestione diretta nel 2025 (ex Mod. HSP 22bis in corso di aggiornamento) sono stati pari a n.1045 così suddivisi:

Ospedali a gestione diretta	P.L. ordinari	Day Hospital	Day Surgery
Ospedale (I liv.) della Murgia – Altamura	182	1	0
Ospedale (I liv.) San Paolo - Bari	192	0	0
Ospedale (Base) Don Tonino Bello - Molfetta	59	0	0
Ospedale (I liv.) Umberto I - Corato	66	2	0
Plesso di Post-Acuzie Michele Sarcone - Terlizzi	40	0	0
Ospedale (Base) San Giacomo - Monopoli	125	1	0
Ospedale (Base) Santa Maria degli Angeli - Putignano	97	0	0
Ospedale (I liv.) Di Venere - Bari	250	7	5
Plesso di Post-Acuzie Francesca Fallacara - Triggiano	18	0	0
Totale	1029	11	5

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 2025, sono stati pari a n.1694 (dato in fase di consolidamento) così suddivisi:

Ospedali convenzionati	P.L. ordinari	Day Hospital	Day Surgery
Santa Maria	152	0	0
C. di C. Villa Lucia	80	0	0
C. di C. Anthea	100	0	0
Totale Gruppo Villa Maria	332	0	0
C. di C. Monte Imperatore	95	0	0
CBH Mater Dei	447	0	12
Totale	874	0	12

Fonte N.S.I.S.

	P.L. ordinari	Day Hospital	Day Surgery
ENTE ECCL.OSP.GEN.REG.'MIULLI'	540	16	22

Fonte N.S.I.S.

	P.L. ordinari	Day Hospital	Day Surgery
IRCCS FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	230	0	0

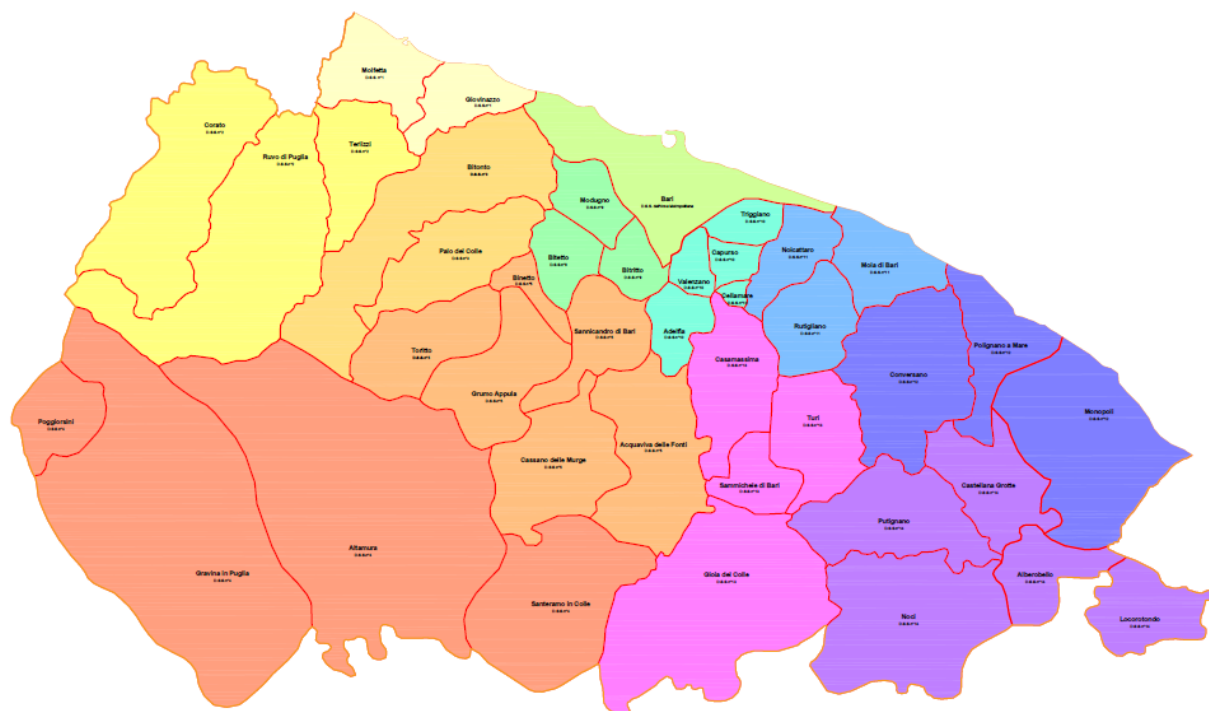
Fonte N.S.I.S.

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.

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	ADELFIGIA, 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 GROTTA, LOCOROTONDO, NOCI, PUTIGNANO

La popolazione residente al 01/01/2025 per Comune dell'Area Metropolitana di Bari e per Distretto è la seguente:

DISTRETTO	Nome Comune	Fascia d'età => 0		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 - 74		+ di 74		TOTALE		Totale per DSS
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
DSS n.1	Giovinazzo	63	69	222	241	803	761	2.959	2.973	2.902	3.051	1.145	1.334	1.133	1.470	9.227	9.899	19.126
	Molfetta	187	188	778	739	2.560	2.300	9.226	9.157	8.122	8.650	3.433	3.855	3.416	4.536	27.722	29.425	57.147
DSS n.2	Corato	172	147	734	684	2.250	1.990	8.277	8.071	7.042	7.358	2.435	2.786	2.071	2.865	22.981	23.901	46.882
	Ruvo di Puglia	73	84	390	334	1.053	1.100	4.117	3.983	3.568	3.664	1.331	1.511	1.284	1.703	11.816	12.379	24.195
	Terlizzi	87	95	378	391	1.159	1.109	4.586	4.373	3.925	3.974	1.545	1.591	1.217	1.498	12.897	13.031	25.928
DSS n.3	Bitonto	186	188	803	836	2.523	2.289	9.336	8.973	7.818	8.365	3.015	3.265	2.404	2.914	26.085	26.830	52.915
	Palo del Colle	78	69	299	313	966	863	3.578	3.520	3.087	3.223	1.116	1.194	911	1.133	10.035	10.315	20.350
DSS n.4	Altamura	332	271	1.301	1.189	3.598	3.466	13.461	13.062	9.817	10.240	3.285	3.638	2.655	3.779	34.449	35.645	70.094
	Gravina in Puglia	144	157	624	611	2.092	1.945	7.970	7.673	6.016	6.177	2.144	2.277	1.851	2.413	20.841	21.253	42.094
	Poggiorsini	5	2	23	15	45	47	248	206	188	184	70	86	73	82	652	622	1.274
	Santeramo in Colle	83	70	416	343	1.177	1.126	4.520	4.374	3.755	3.858	1.429	1.549	1.277	1.673	12.657	12.993	25.650
DSS n.5	Acquaviva delle Fonti	59	66	289	269	875	790	3.139	3.139	2.896	3.011	1.202	1.390	1.116	1.486	9.576	10.151	19.727
	Binetto	9	10	34	41	110	104	392	375	317	328	114	121	95	116	1.071	1.095	2.166
	Cassano delle Murge	51	51	231	208	720	635	2.632	2.507	2.368	2.351	877	954	673	893	7.552	7.599	15.151
	Grumo Appula	53	46	183	155	527	507	2.216	1.981	1.859	1.799	668	664	615	767	6.121	5.919	12.040
	Sannicandro di Bari	46	41	160	138	470	402	1.758	1.558	1.454	1.399	559	569	444	537	4.891	4.644	9.535
	Toritto	27	28	139	114	343	353	1.366	1.363	1.149	1.206	456	495	419	503	3.899	4.062	7.961
DSS di Bari	Bari	985	904	4.220	3.970	12.661	12.179	51.092	48.645	46.915	51.155	18.363	21.288	17.649	25.447	151.885	163.588	315.473
	Bitetto	36	48	188	185	566	603	1.990	1.999	1.838	1.818	579	656	545	677	5.742	5.986	11.728
DSS n.9	Bitritto	37	44	214	175	562	537	1.922	1.953	1.741	1.855	647	694	466	552	5.589	5.810	11.399
	Modugno	97	102	483	490	1.697	1.588	5.811	5.786	5.450	5.666	2.050	2.400	1.934	2.418	17.522	18.450	35.972
DSS n.10	Adelfia	54	47	233	235	723	683	2.736	2.658	2.570	2.709	931	996	832	1.045	8.079	8.373	16.452
	Capurso	50	44	230	199	663	669	2.371	2.456	2.289	2.404	936	1.014	756	951	7.295	7.737	15.032
	Cellamare	27	23	124	100	290	286	993	1.015	945	973	283	299	190	235	2.852	2.931	5.783
	Triggiano	92	89	344	393	1.091	1.059	4.140	4.162	3.949	4.203	1.503	1.717	1.287	1.725	12.406	13.348	25.754
	Valenzano	52	41	218	217	726	619	2.832	2.753	2.568	2.901	1.038	1.189	931	1.134	8.365	8.854	17.219
DSS n.11	Mola di Bari	73	58	288	289	983	858	3.897	3.655	3.741	3.825	1.483	1.682	1.488	1.857	11.953	12.224	24.177
	Noicattaro	72	88	433	382	1.254	1.171	4.586	4.436	3.887	4.052	1.445	1.512	1.153	1.379	12.830	13.020	25.850
	Rutigliano	67	79	291	286	836	818	3.166	3.140	2.639	2.785	1.038	1.071	883	1.116	8.920	9.295	18.215
DSS n.12	Conversano	79	69	386	335	1.181	1.112	4.288	4.234	4.004	4.125	1.354	1.586	1.401	1.749	12.693	13.210	25.903
	Monopoli	151	144	659	599	1.965	1.889	7.707	7.601	7.437	7.608	2.843	3.167	2.542	3.442	23.304	24.450	47.754
	Polignano a Mare	57	50	239	230	775	684	2.832	2.827	2.729	2.765	1.005	1.105	876	1.162	8.513	8.823	17.336
DSS n.13	Casamassima	60	65	277	258	938	880	3.245	3.217	3.017	3.099	1.039	1.115	889	1.089	9.465	9.723	19.188
	Gioia del Colle	87	86	342	334	1.142	1.004	4.298	3.937	4.017	4.139	1.579	1.794	1.588	2.096	13.053	13.390	26.443
	Sammichele di Bari	18	18	66	66	226	199	873	846	911	902	339	403	441	599	2.874	3.033	5.907
	Turi	40	44	169	174	558	580	2.082	2.097	2.015	2.081	737	813	672	893	6.273	6.682	12.955
DSS n.14	Alberobello	42	23	146	135	382	369	1.532	1.529	1.538	1.551	651	728	633	851	4.924	5.186	10.110
	Castellana Grotte	55	56	297	280	857	810	3.239	3.209	3.018	3.091	1.105	1.301	998	1.351	9.569	10.098	19.667
	Locorotondo	34	48	203	172	633	535	2.208	2.119	2.045	2.232	848	922	770	1.064	6.741	7.092	13.833
	Noci	51	45	234	179	704	657	2.897	2.778	2.760	2.901	1.163	1.283	1.004	1.444	8.813	9.287	18.100
	Putignano	79	74	317	310	996	958	4.009	3.806	4.018	4.116	1.627	1.790	1.530	2.076	12.576	13.130	25.706
	Totale	4.050	3.871	17.605	16.614	53.680	50.534	204.527	198.146	182.324	191.794	69.410	77.804	63.112	84.720	594.708	623.483	1.218.191

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 (Pediatra 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) 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). Il Servizio di Continuità Assistenziale Pediatrica (SCAP) è attivo il sabato, la domenica, i prefestivi ed i festivi dalle 08.00 alle 20.00.

L'Azienda opera mediante n.281 strutture a gestione diretta e n.396 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. Psych.	Assist. per tossicodip	Vaccinazioni per emerg. pandemiche	Attività di Centrale Operativa territoriale	Assist. Neuro Psichiatria Infantile	Assit. ai malati terminali	Totale
Ambulat. Laborat.	78	38	27								143
Struttura residenz.le						1				2	3
Struttura semi resid.le					1						1
Altro tipo di struttura	2			36	15	16	52	12	1		134
Totale	80	38	27	36	16	17	52	12	1	2	281

Fonte: N.S.I.S.

I centri/ambulatori di riabilitazione ex art.26, Legge n.833/1978 sono n.33 senza posti letto.

Per le strutture convenzionate

Strutture convenzion.	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immag.	Attività di laborat.	Assist. Neuro Psichiatria Infantile	Assist. Psych.	Assist. per tossicodip	Vaccinazioni per emerg. pandemiche	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. ai disabili psichici	Assit. ai malati terminali	Totale
Ambulat. Laborat.	52	23	63									138
Struttura residenziale				3	67	9		50	15	22	2	168
Struttura semi residenziale				4	17	1		12		28		62
Altro tipo di struttura	7						21					28
Medico singolo												0
Totale	59	23	63	7	84	10	21	62	15	50	2	396

Fonte: N.S.I.S.

I centri/ambulatori di riabilitazione convenzionati privati ex art.26, L.n.833/1978 sono n.5, per complessivi n.320 posti letto residenziali e n.157 posti letto semiresidenziali.

Relativamente all'Assistenza Primaria, l'Azienda opera mediante n.799 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.074.418 persone, e n.144 pediatri di libera scelta che assistono complessivamente una popolazione pari a 119.658 persone.

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: 432.000 abitanti circa

Superficie: 2.131,55 Km².

Denominazione: AREA METROPOLITANA - sede Bari

Comuni: Bari, Modugno, Triggiano, Capurso e Valenzano

Popolazione: 411.000 abitanti circa

Superficie: 198,77 Km².

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: 379.000 abitanti circa

Superficie: 1.595,09 Km².

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.446 del 28/02/2024:

- a. U.O.C. Igiene e Sanità pubblica (SISP Area Metropolitana)
- b. U.O.C. Igiene e Sanità pubblica (SISP Area Nord)
- c. U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (SISP Area Sud)
- d. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Metropolitana)
- e. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Nord)
- f. U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL Area Sud)
- g. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Metropolitana)
- h. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Nord)
- i. U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN Area Sud)
- j. U.O.S.V.D. Sanità Animale (SIAV A Area Metropolitana)
- k. U.O.C. Sanità Animale (SIAV A Area Nord)
- l. U.O.C. Sanità Animale (SIAV A Area Sud)
- m. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Metropolitana)
- n. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Nord)
- o. U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV B Area Sud)
- p. U.O.S.V.D. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Metropolitana);
- q. U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Nord)
- r. U.O.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV C Area Sud)
- s. U.O.C. Epidemiologia, malattie cronico-degenerative, Registro tumori, ReNCaM e Centro Screening
- t. U.O.S.V.D. Screening CR colon retto - Endoscopia Digestiva
- u. U.O.S.V.D. Screening CR mammario - Radiodiagnostica Senologica
- v. U.O.S.V.D. Screening CR cervice uterina
- w. U.O.S.V.D. Sezione Provinciale COMIMP
- x. U.O.S.V.D. Igiene Industriale
- y. U.O.S.V.D. Randagismo

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.

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.446/2024:

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 Osp. Murgia

SPDC Osp. San Paolo

SPDC Osp. Putignano

Sezione II – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE e ANTICORRUZIONE

1 Valore pubblico

I valori assunti dall'Azienda alla base degli scopi, delle scelte e dell'agire di ogni attore dell'organizzazione, per assolvere alla missione e creare valore pubblico, sono individuati:

- nel rispetto della dignità e della centralità della persona;
- nell'equità, nella solidarietà e nella riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute,
- nella trasparenza di una organizzazione che si impegna a garantire la libera circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti, la visibilità dei processi decisionali delle politiche aziendali, la diffusione dei criteri (evidenze di efficacia) su cui si basano le scelte di governo clinico e di politica sanitaria, l'esplicitazione dei livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti;
- nell'efficacia degli atti di gestione e nell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- nella sicurezza da garantire ai pazienti ed agli operatori;
- nell'efficienza gestionale e organizzativa intesa come flessibilità e capacità di adeguare i comportamenti, affinché tutti gli sprechi vengano evitati e combattuti considerato che le "scarse" risorse disponibili vengano utilizzate secondo criteri di priorità che garantiscano alle patologie più gravi ed ai cittadini più "fragili" quanto necessario per garantire tutela e sicurezza
- nell'approccio sistemico e differenziato: pensare e agire in un'ottica sistemica, che valorizza le differenze dei fruitori e degli erogatori, operando scelte innovative, sui versanti sia interno sia esterno;
- nel perseguire l'eccellenza;
- nell'integrazione: creazione di condizioni organizzative che consentano di far confluire verso comuni obiettivi gli sforzi compiuti da soggetti diversi, nella gestione di un processo o di un progetto, sia clinico- sanitario sia organizzativo- gestionale;
- nell'innovazione gestionale e tecnologica promossa sulla base di una continua analisi e valutazione del sistema e dei suoi risultati e l'adattamento delle soluzioni innovative modulato sulle proprie specificità organizzative.
- nella partecipazione dei cittadini alla prestazione del servizio, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione dello stesso sia per migliorare la collaborazione con gli utenti.

1.1 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.

Come già indicato precedentemente 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.

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

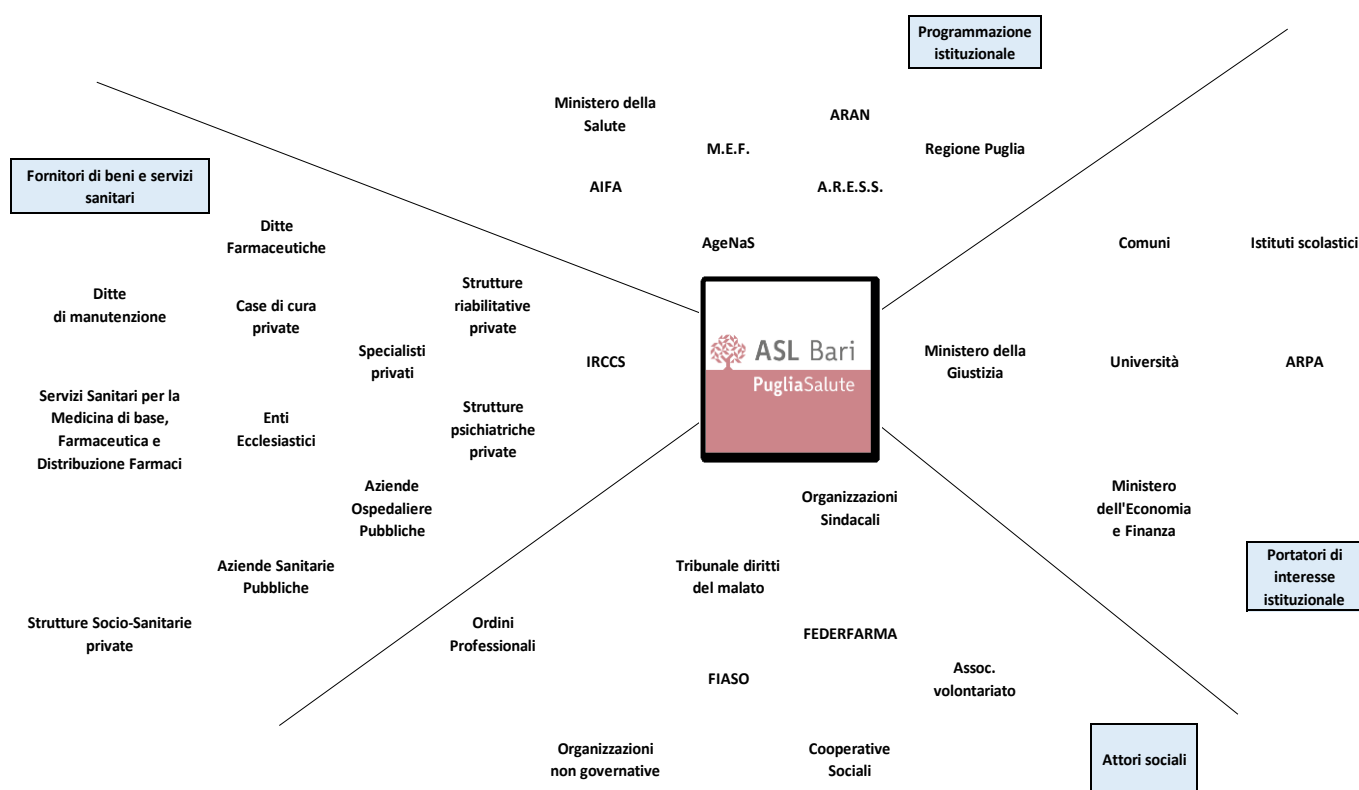
La connessione tra il mandato istituzionale, la missione e la visione è rappresentata nell'“*Albero della performance*”, descritto più avanti, dal quale deriva l'articolazione degli obiettivi operativi che esprimono il valore pubblico che si intende generare.

1.2 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 inter istituzionale, 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	2022	2023	2024	2025
tasso di natalità (per mille abitanti)	7	6,8	6,5	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	10,7	10,5	10,1	..
crescita naturale (per mille abitanti)	-3,7	-3,7	-3,6	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	3,8	3,4	3,2	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	1,3	0,7	1	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-1,4	-2,8	-1,7	..
numero medio di figli per donna	1,24	1,22	1,17	..
età media della madre al parto	32,7	32,9	32,9	..
speranza di vita alla nascita - totale	83,1	83,3	83,8	..
speranza di vita a 65 anni - totale	20,9	21	21,5	..
Popolazione 0-14 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	12,7	12,5	12,3	12,0
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	64,5	64,3	64,1	63,7
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	22,8	23,2	23,7	24,2
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	55,0	55,5	56,1	56,9
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	35,4	36,1	36,9	38,0
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	179,8	186,2	192,8	201,1
età media della popolazione - al 1° gennaio	45,5	45,8	46,1	46,4

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.

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 2024, sono passati da n.224.650, dell'anno 2023, a n.224.344 unità per motivi di età e di reddito, e da n.798.792, del 2023, a n.773.207 per altri motivi. Va precisato che alcuni cittadini beneficiano di più esenzioni.

1.3 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.

1.3.1 Programmazione degli investimenti per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.)

Per l'ASL di BARI sono state individuate le seguenti macro-categorie di intervento che prevedono

- la realizzazione di n. 53 interventi finalizzati alla realizzazione di n. 12 Centrali Operative Territoriali (COT), n. 36 Case di Comunità (CdC), n. 9 Ospedali di Comunità (OdC). In particolare tali interventi ricadono nella Missione 6, Component 1 e Missione 6, Component 2, Investimento 1.2 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, Case della Comunità e presa in carico della persona, Casa come primo luogo di cura e telemedicina). Con riferimento alla realizzazione delle Case della Comunità, saranno opportunamente differenziate in Hub e Spoke, in quanto da tale distinzione discendono le diverse tipologie di intervento previste dal D.M. Salute 77 del 23 maggio 2022, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, pubblicato sulla G.U. serie generale n. 144 del 22.06.2022.
- l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero di cui alla Missione 6, Component 2, Investimento 1.1.1 (ICT – Digitalizzazione) attraverso
 - la digitalizzazione dei Processi Sanitari e Amministrativi (PP.OO. "Di Venere", "San Paolo", "Murgia")
 - l'evoluzione del Sistema Informativo Trasfusionale EMOPUGLIA (P.O. "San Paolo")
- l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero di cui alla Missione 6, Component 2, Investimento 1.1.2 (Grandi attrezzature) con l'acquisto di
 - n.2 RM (PP.OO. "Di Venere", "San Paolo")
 - n.11 TAC (PP.OO. "Di Venere", "San Paolo", "Murgia", Corato, Monopoli, Putignano, PPA Terlizzi, PTA Bitonto e Conversano)
 - n.2 Gamma Camera (P.O. "Di Venere")
 - n.2 Angiografi (P.O. "Di Venere")
 - n.10 Ecotomografi (PP.OO. "Di Venere", "San Paolo", "Murgia", Molfetta, Corato, Monopoli, Putignano, PPA Terlizzi, PTA Bitonto e Conversano)

- n.8 Sistemi radiografici digitali (PP.OO. “Di Venere”, “San Paolo”, “Murgia”, Molfetta, Corato)
- l’investimento 1.2 destinato a sviluppare un ospedale sicuro e sostenibile attraverso
 - n.2 interventi di miglioramento ed adeguamento sismico (PP.OO. «Di Venere” e Monopoli)
 - n.4 interventi di miglioramento ed adeguamento sismico (PP.OO. ‘Molfetta, Corato, «San Paolo” e Putignano). Questi ultimi interventi sono finanziati con fondi del Piano Nazionale degli investimenti Complementari (Fondi P.N.C.).

1.3.2 La gestione del patrimonio immobiliare della ASL BA

Le diverse scelte strategiche nella gestione del patrimonio immobiliare nella disponibilità della ASL BA si distinguono in due macroaree che possono essere individuate nella dismissione dei beni nel caso in cui si ritenga che un determinato immobile non sia funzionale alla propria attività e presenti una potenzialità di vendita sul mercato e nella valorizzazione dei beni nel caso in cui la ASL BA non intenda privarsi della titolarità del bene e, contemporaneamente, voglia individuare una serie di strumenti che consentono di massimizzare l’utilità derivante da tale bene.

L’art.58 del Decreto Legge n.112 del 25/06/2008 che detta una serie di norme in materia di patrimonio immobiliare degli Enti Pubblici, è importante nella gestione di tale patrimonio, perché regola alcuni aspetti di concreta rilevanza pratica, tra i quali la ricognizione del patrimonio, l’individuazione di strumenti di valorizzazione, e l’alienazione.

Da tempo è consolidato l’impegno sul versante delle politiche patrimoniali indirizzare alla vendita del patrimonio ritenuto non strategico per il perseguimento dei fini istituzionali.

Allo stato attuale, nell’ottica di interventi tesi al recupero ed alla valorizzazione del patrimonio, è stata effettuata ed è tuttora in corso una attenta verifica del patrimonio utilizzato ai fini istituzionali che presenta problemi di vetustà, al fine di una nuova gestione volta alla rifunzionalizzazione degli immobili più significativi.

Allo stesso modo è stata effettuata la verifica dei beni non ritenuti strategici, e per i quali si prosegue nell’azione di alienazione, con il duplice scopo di ottenere sia introito da un patrimonio sostanzialmente inutilizzato e non utilizzabile e di riduzione della spesa legata alla loro gestione corrente.

Le misure messe in atto finalizzate alla razionalizzazione dell’utilizzo del patrimonio immobiliare si inquadrano nelle linee di azione meglio esplicitate come segue.

MAPPATURA TECNICO GESTIONALE FABBRICATI E TERRENI

È stato avviato il lavoro di mappatura del patrimonio immobiliare articolato nelle seguenti fasi:

1. raccolta e valutazione delle banche presenti presso le precedenti ASL (BA/2, BA/3, BA/4 e BA/5) al fine di verificare con precisione la corretta “fusione dei patrimoni”;
2. richiesta e gestione dei dati catastali cartografico-censuari provenienti dalla Regione Puglia in convenzione con Sogei - Agenzia delle Entrate (Convenzione Servizi Massivi di Interscambio Dati – Territorio, SMIDT);
3. acquisizione, decifrazione ed elaborazione della banca dati catastale di ciascun Comune;
4. ispezioni ipo-catastali tramite portale SISTER;
5. definizione della destinazione urbanistica per ciascun cespite;

6. raccolta di tutte le informazioni necessarie ad una corretta descrizione ai fini della comunicazione al MEF sul Portale Tesoro (L.291/2009):

- riferimenti catastali (foglio, mappale, subalterno, rendita, superficie, ecc.);
- titolo di proprietà, presenza di diritti gravanti sui terreni (usi civici, enfiteusi);
- epoca di costruzione e acquisizione;
- indirizzo, ubicazione;
- descrizione, reale destinazione d'uso.

Tale attività di analisi, di raccolta e aggiornamento dei dati, ha dato la possibilità di costruire una banca dati aggiornata, costruendo i fascicoli elettronici di fabbricati, terreni e dei beni di terzi, organizzando la struttura dei fascicoli in base all'inquadramento generale del bene, all'assoggettamento degli attributi MEF, alle informazioni catastali, alle informazioni contabili e alla presenza di contratti.

È di rilevante importanza al fine di mantenere un alto livello di monitoraggio, il costante aggiornamento del patrimonio immobiliare, che dovrà continuare con le attività costanti di integrazione documentale, anche al fine di definire le anomalie emerse. Ciò dovrà essere effettuato anche avviando le interlocuzioni con gli uffici Comunali e territoriali competenti (Agenzia delle Entrate, Catasto ecc).

Oltre agli interventi sul patrimonio della ASL BA, sono già stati avviati rapporti di collaborazioni con gli Enti Locali della Provincia di Bari attraverso la sottoscrizione di Protocolli d'Intesa finalizzati alla valorizzazione a rete di immobili pubblici per favorire sul territorio l'ampliamento di offerte e servizi.

L'affidamento dei beni nelle disponibilità degli enti pubblici, in gestione a terzi, avviene nell'ottica dei seguenti principi di ottimizzazione diretti ad ottenere, in generale, una maggiore efficienza gestionale.

La *mission* è quella di perseguire l'obiettivo di massima redditività in relazione sia alle funzioni istituzionali che sia alle finalità economico sociali degli enti stessi. Il principio di economicità in tal senso non viene assunto in senso assoluto (dovere di effettuare la scelta più conveniente), ma in senso relativo cioè all'obbligo di effettuare la scelta che alla luce della valutazione comparativa di tutti gli interessi pubblici risulta più conveniente.

Con il presente piano, oltre all'assolvimento degli obblighi derivanti dalle leggi citate in premessa, si andranno pertanto a rivedere anche i contratti in essere, e ove possibile, l'intervento sarà mirato sia alla rinegoziazione dei contratti allo scopo di renderli maggiormente aderenti alle necessità istituzionali dell'ente sia mediante una più attenta gestione dei costi e delle spese nonché ad una maggiore responsabilizzazione nella manutenzione degli immobili.

1.3.3 Il nuovo Ospedale del Sud-Est Barese

L'intervento di realizzazione del "Nuovo Ospedale del Sud Est Barese – Monopoli-Fasano" è inserito nel Programma Attuativo Regionale del Fondo per le Aree Sottoutilizzate (PAR FAS 2007-2013) secondo quanto previsto dalla Deliberazione CIPE n. 166/2007, approvata dalla Regione Puglia con Del di G.R. n.2033 del 27.10.2009.

Con Del. di G. R. n.2787/2012 di presa atto della dotazione finanziaria complessiva assegnata all'Accordo di Programma Quadro "Benessere e Salute" a valere sulla Delibera CIPE n.92/2012, successivamente ridotta con Deliberazione di G.R. n.652/2014, si finanziava, tra gli altri interventi, la realizzazione, per € 80.000.000,00, del Nuovo Ospedale del Sud-Est barese, situato tra Monopoli e Fasano lungo la direttrice adriatica a sud di Bari.

Con atto deliberativo del 03.08.2012, pubblicato sulla G. U. della R. I. n.266 del 14.11.2012, il C.I.P.E. ha finanziato l'opera approvando la programmazione delle risorse residue del FSC 2000-2006 e 2007-2013 relative alla Regione Puglia, pari a 1.334,9 milioni di euro. All'interno di detto importo rientra la somma complessiva di € 80.000.000,00, destinata alla realizzazione del nuovo Stabilimento Ospedaliero del Sud Est Barese di Monopoli – Fasano.

Il Nuovo Ospedale del Sud-Est Barese è destinato ad integrare l'offerta sanitaria precedentemente costituita dall'Ospedale "S. Giacomo" di Monopoli e dall'Ospedale "Umberto I" di Fasano; l'intervento fa parte del processo di razionalizzazione della rete degli ospedali che la Regione Puglia ha concepito ed avviato per consolidare gli esiti ottenuti con il Piano di Rientro e per migliorare i livelli complessivi di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale.

Il progetto risponde agli indirizzi attuativi espressi dalla Giunta Regionale Pugliese, in quanto poggia sull'indagine epidemiologica, sulla valutazione della domanda e sulla previsione della sua possibile evoluzione; a partire da queste analisi il dimensionamento, la disposizione dei servizi e delle attività, nonché dei locali che li accolgono, sono stati concepiti per essere realmente in grado di soddisfare "la totalità del bisogno sanitario ed assolvere le necessità di una programmazione sanitaria integrata".

Il progetto del Nuovo Ospedale del Sud-Est Barese è stato concepito, inoltre, per dare il miglior contributo possibile all'incremento dello stato di salute della popolazione di riferimento e a ridurre ogni possibile disuguaglianza nell'accesso alle cure.

L'organizzazione dell'ospedale, così com'è stata ideata, consente di rispondere alle esigenze di programmazione e gestione del sistema sanitario regionale che è costantemente impegnato a coniugare qualità delle cure, soddisfazione dei cittadini e sostenibilità del sistema.

Il luogo di ubicazione del nuovo Ospedale è la Contrada S. Antonio D'Ascula fra Monopoli e Fasano. La progettazione e la successiva realizzazione hanno risposto alla necessità della Regione Puglia di costruire un presidio sanitario di eccellenza, che sia allo stesso tempo un innovativo modello funzionale di riferimento ed un'icona architettonica sostenibile, coerente con i nuovi principi di trasformazione del territorio e del Piano Paesaggistico Territoriale di recente approvazione.

I lavori di realizzazione del sistema edilizio che ospiterà il nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano sono terminati nel corso dell'anno 2024 così come programmato nel precedente documento di programmazione.

Nell'anno 2025 si sono concluse le attività di collaudo dell'opera principale.

ARREDI ED ATTREZZATURE A COMPLETAMENTO DELL'OSPEDALE DI MONOPOLI-FASANO

Relativamente alla dotazione degli arredi e delle attrezzature sanitarie e non sanitarie, nell'anno 2025 si sono chiuse le procedure di aggiudicazione di tutte le gare già oggetto di indizione e sono state avviate le opere di allestimento del costruendo ospedale.

È in corso il termine delle attività di allestimento e di collaudo delle apparecchiature sanitarie installate.

ABBELLIMENTO DELL'OSPEDALE DI MONOPOLI-FASANO MEDIANTE OPERE D'ARTE

Contemporaneamente alle attività relative agli arredi e alle attrezzature, nel corso dell'anno 2025 sono state realizzate e installate le opere artistiche previste ai sensi della Legge 29.7.1949, n. 717 e s.m.i., selezionate con un bando di concorso per artisti, finalizzato alla realizzazione di opere d'arte destinate all'abbellimento del Nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano, approvato già con Deliberazione del Direttore Generale n. 2064 del 17.10.2023.

INFRASTRUTTURE DI ACCESSO ALL'OSPEDALE DI MONOPOLI-FASANO

L'area, attualmente è a destinazione agricola, distante dagli agglomerati urbani e non è servita da adeguata viabilità di accesso diretto alle principali vie di comunicazione. Il Progetto prevede l'adeguamento della viabilità esistente ai flussi di traffico collegati alla nuova funzione dell'area.

Nel 2025 si sono concluse le attività di bonifica bellica terrestre propedeutiche all'avvio dei lavori di adeguamento delle infrastrutture stradali.

I lavori di realizzazione delle infrastrutture stradali di accesso all'Ospedale di Monopoli-Fasano, aggiudicati nel corso del 2024, sono in corso di realizzazione e si concluderanno a fine anno 2026. Nel 2025 sono stati ultimati i lavori relativi al primo tratto di ingresso al lotto ospedaliero.

1.4 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)
Rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie con fondi PNRR	Liste di attesa
Percorso Attuativo di Certificazione del Bilancio Aziendale	Resistenza al cambiamento
Capacità di far fronte agli impegni di pagamento di breve periodo (passivo corrente) con impieghi di breve periodo (attivo corrente).	Elevata estensione territoriale di competenza
Attivazione dei Percorsi di tutela per le persone appartenenti all'area della disabilità grave e a quella delle patologie oncologiche	Screening oncologici
Integrazione Ospedale-Territorio	Assistenza domiciliare
Capacità di governo della domanda di assistenza sanitaria	Vulnerabilità al Rischio Professionale (esposizione a fattori di rischio professionale inclusi atti di violenza sul lavoro)
Ridefinizione dell'Organigramma aziendale	Elevati costi assistenza farmaceutica
	
Opportunities (Opportunità)	Threats (Minacce)
Costituzione delle Reti assistenziali Regionali	Ritardo nell'assegnazione degli obiettivi triennali economico-gestionali di salute e funzionamento da parte della Regione
Legge 30 dicembre 2025, n.199 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028	Aumento dei costi di acquisizione dei fattori produttivi (beni, servizi e personale)
Sanità digitale	Presenza di strutture pubbliche (Policlinico, IRCCS), private (accreditate e non accreditate) ed E.E. nel territorio di competenza dell'ASL
Piano Nazionale Ripresa Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute	Invecchiamento della popolazione
Recupero della Mobilità Passiva	Carenza di Medici Specialisti e personale infermieristico
	Migrazione sanitaria
	Crescente accesso al Sistema di emergenza-Urgenza

1.5 Accessibilità digitale/Procedure da semplificare e re-ingegnerizzare

Risorse Tecnologiche

Il parco delle tecnologie medicali della ASL Bari consta di circa 27.850 apparecchiature con un valore di circa euro 146.500.000,00.

Atteso il grado di obsolescenza delle stesse, la spesa sostenuta per la manutenzione delle attrezzature in questione, relativa all'esercizio 2025, è stata di circa Euro 12.500.000,00 (dato in fase di consolidamento).

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

- n.6 Sistemi per angiografia
- n.2 Gamma camera computerizzate
- n.18 Mammografi digitali
- n.7 Tomografo a Risonanze Magnetiche
- n.15 T.A.C.

In aggiunta vanno considerate le circa n.3.000 nuove apparecchiature del nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano, in corso di attivazione nel 2026, per un valore di oltre €5.000.000,00.

Risorse ICT

La UOC Sistemi Informativi della ASL Bari svolge un ruolo determinante nel garantire l'affidabilità, la sicurezza e l'evoluzione dell'intero ecosistema digitale aziendale, governando un patrimonio tecnologico articolato che comprende migliaia di postazioni di lavoro, infrastrutture di rete diffuse e un ampio parco applicativo clinico e gestionale. L'attività della struttura si sviluppa in coerenza con il quadro normativo nazionale (NIS2, CAD, Linee guida AgID, FSE 2.0, Piano Triennale) e con le strategie regionali, contribuendo in modo essenziale al raggiungimento degli obiettivi fissati dal PNRR, in particolare per le Missioni 1 e 6. Le progettualità in corso riguardano la digitalizzazione dei DEA, l'adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, il potenziamento della telemedicina, la migrazione dei servizi verso *cloud* qualificati, il miglioramento delle performance infrastrutturali e la standardizzazione dei processi clinici e amministrativi.

Gli *assessment* condotti nel 2024–2025 evidenziano la necessità di un programma strutturato di rinnovamento tecnologico: la maggior parte degli apparati di rete è in *end-of-support*, così come i *Voice Gateway* e una componente significativa delle postazioni di lavoro; la rete presenta criticità di configurazione, sicurezza e segmentazione; il parco applicativo è frammentato, con numerosi sistemi *legacy* ancora operativi. Per questo, il piano 2025 ha previsto investimenti rilevanti su connettività, rete, fonia e presidio specialistico, mentre il triennio 2026–2028 sarà orientato alla conduzione applicativa centralizzata, alla revisione dei processi, al rafforzamento della sicurezza e all'adozione di tecnologie avanzate, inclusi strumenti di Intelligenza Artificiale per l'automazione documentale, la gestione intelligente delle comunicazioni e l'analisi dei dati clinici.

Parallelamente, la UOC Sistemi Informativi supporterà attivamente le iniziative per l'**accessibilità fisica e digitale**, promuovendo:

- l'adeguamento dei servizi online e della comunicazione istituzionale agli standard di accessibilità AgID;
- il consolidamento dei canali digitali (SPID/CIE, pagamenti elettronici, referti online, servizi CUP digitali);
- la diffusione di segnaletica e strumenti di orientamento digitale per facilitare l'accesso ai servizi nelle strutture;
- la creazione di postazioni inclusive e assistite per i cittadini meno digitalizzati.

Nel contempo, la struttura guiderà i processi di **semplificazione e reingegnerizzazione amministrativa**, con l'obiettivo di eliminare ridondanze, ridurre i tempi dei procedimenti interni e favorire una gestione uniforme e tracciata. Tra le iniziative previste:

- digitalizzazione delle richieste di consulenze specialistiche interne e dei flussi di reparto;
- informatizzazione delle procedure di richiesta di ausili e dispositivi personalizzati;
- revisione digitale dei processi di gestione contratti e scadenze;
- strutturazione di PDTA "light" completamente informatizzati;
- automazione dei workflow documentali con strumenti di IA/NLP;
- razionalizzazione e migrazione dei sistemi verso piattaforme cloud qualificate e standardizzate.

Il triennio 2026–2028 rappresenterà quindi una fase chiave per il passaggio della ASL verso un modello ICT più maturo, caratterizzato da servizi digitali accessibili, infrastrutture resilienti, processi semplificati e un utilizzo sempre più sistemico dei dati e dell'Intelligenza Artificiale, con impatti diretti sulla qualità dei servizi sanitari, sull'efficienza interna e sull'esperienza degli utenti

1.6 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 2026

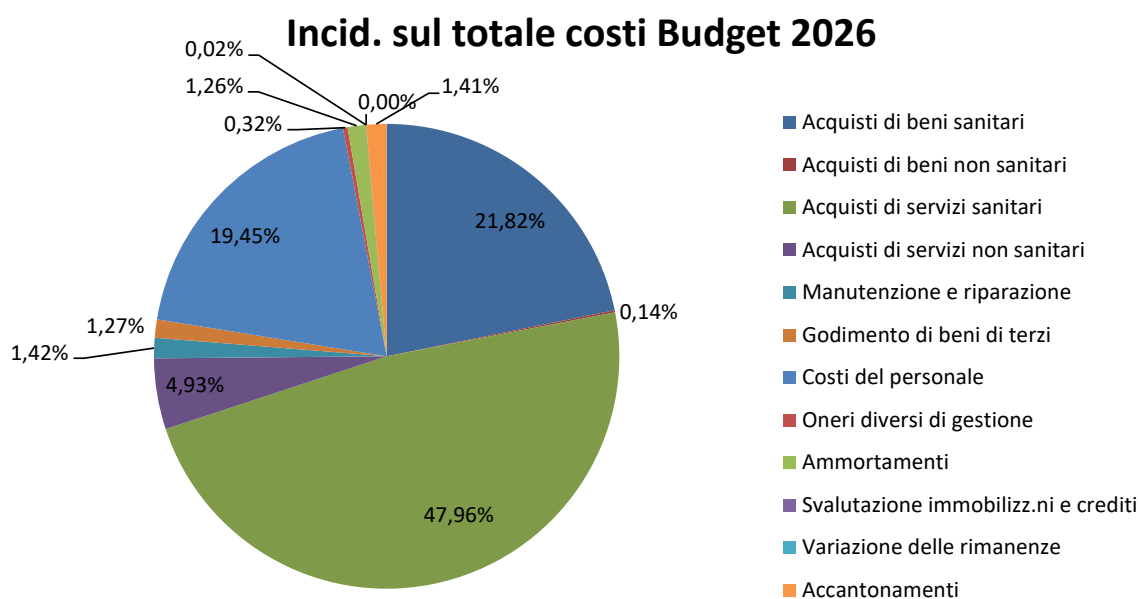
Il bilancio economico preventivo per l'anno 2026, giusta D.D.G.n.2655 del 31/12/2025, è stato redatto tenendo conto della stima dei ricavi ancora provvisori e con le ipotesi di riduzione dei costi, in considerazione delle attuali normative nazionali e delle disposizioni regionali.

Di seguito è riportato il riepilogo dei dati di bilancio più significativi riferiti al Bilancio di Previsione dell'esercizio 2026 ed una analisi più dettagliata sui soli Costi della produzione:

Macro-aggregati di bilancio	
	Budget 2026
Valore della Produzione	2.852.490.345
Costi della produzione	2.975.243.764
Altri costi	42.616.902
Totale costi	3.017.860.666
Risultato di esercizio	- 165.370.321

Fonte: Bilancio di previsione 2026

Macro-aggregati dei Costi della produzione		
	Budget 2026	Incid. sul totale costi Budget 2026
Acquisti di beni sanitari	649.286.869	21,82%
Acquisti di beni non sanitari	4.307.776	0,14%
Acquisti di servizi sanitari	1.426.999.722	47,96%
Acquisti di servizi non sanitari	146.594.829	4,93%
Manutenzione e riparazione	42.157.133	1,42%
Godimento di beni di terzi	37.681.105	1,27%
Costi del personale	578.715.331	19,45%
Oneri diversi di gestione	9.489.388	0,32%
Ammortamenti	37.387.025	1,26%
Svalutazione immobilizz.ni e crediti	715.377	0,02%
Variazione delle rimanenze	-	0,00%
Accantonamenti	41.909.209	1,41%
Totale costi della produzione	2.975.243.764	100,0%



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 2026 è stata adottata con D.D.G.n.2430 del 03/12/2025, il Bilancio di Previsione per l'esercizio 2026 è stato adottato con D.D.G.n.2655 del 31/12/2025.

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 2026, in assenza del DIF regionale per l'annualità in questione e, quindi, nelle more della ripartizione definitiva del Fondo Sanitario Regionale 2025-2026, è stato redatto sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Regione Puglia con le note Regione Puglia - Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale prot.n.0691657/2025 del 05.12.2025 avente ad oggetto "*Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2026 e scadenze*", come integrata con nota Regione Puglia -Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale prot.n. 0723367/2025 del 22.12.2025 avente ad oggetto "*Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2026 e scadenze - ulteriori indicazioni*", e successivamente con ulteriore nota Regione Puglia - Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale prot.n. 0729134/2025 del 29.12.2025 avente ad oggetto: "*Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2026 e scadenze - indicazioni di chiusura*".

Il bilancio economico preventivo 2026, redatto sulla scorta delle indicazioni regionali fornite, presenta una condizione di disequilibrio di bilancio programmato nel 2026 e, nelle more della definizione puntuale della quota del Fondo Sanitario Nazionale 2026 per la Puglia, e tenuto conto delle assegnazioni provvisorie come da comunicazione della Regione con la citata nota Regione Puglia - Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale prot.n. 0691657/2025 del 05.12.2025 avente ad oggetto *“Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2026 e scadenze”*, riporta un risultato negativo del periodo pari ad €/Mgl.-165.370_

La programmazione per l'anno 2026 risulta essere influenzata dai provvedimenti e dalle disposizioni emanate dagli Uffici Regionali, i cui principali sono di seguito rappresentati, i cui evidenti impatti sul conto economico dell'Asl di Bari non trovano contropartita in un incremento dell'assegnazione indistinta che, al contrario, ha subito una riduzione rispetto all'esercizio precedente, né nella previsione di risorse aggiuntive specifiche che consentano di raggiungere una condizione di equilibrio:

1. previsione di un tetto di spesa per acquisti diretti di beni sanitari e dispositivi medici, con un obiettivo di incremento rispetto al preconsuntivo 2025 del 8%;
2. previsione di un tetto di spesa per la spesa farmaceutica convenzionata, con un obiettivo lievemente migliorativo rispetto al dato riportato nel preconsuntivo 2025;
3. budget massimo per investimenti con Fondi propri: si è previsto specifico budget per ciascuna Azienda del SSR;
4. per la spesa del personale dipendente, con le suddette note, è stato previsto che *“le Aziende iscrivono il piano dei Fabbisogni così come risultante dal PFTP, considerando che tale valore dovrà essere aggiornato per il personale di comparto, che dovrà tenere conto già nel 2025 dei maggiori oneri derivanti dalla sottoscrizione in data 27/10/2025 del nuovo CCNL relativo al personale del comparto Sanità per il triennio 2022-2024”*;
5. per gli Acquisti di Servizi Sanitari da privato, stante i nuovi tetti fissati dalle Delibere di Giunta Regionale con riferimento alle Case di Cura e alla Specialistica Ambulatoriale, permangono forti criticità legate sia all'Assistenza Riabilitativa per anziani e disabili, alle Dipendenze Patologiche e al Hospice, sia a tutte le prestazioni relative alla salute mentale, all'autismo oltre che all'Assistenza socio sanitaria per le quali si registrano spese incompressibili molto spesso per effetto di decisori esterni all'azienda, quali ad esempio prescrittori di altre province della Regione, ovvero provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Non si può inoltre prescindere, con riferimento alle succitate prestazioni, dalla considerazione che la durata delle prese in carico non possa essere stabilita a priori, stante la necessità di garantire la continuità assistenziale, ulteriormente aggravata dalla casistica riguardante pazienti fragili e molto spesso con comorbidità. Tutte queste variabili, a cui si aggiungono talvolta anche le difficoltà legate alle procedure di accreditamento regionale che intervengono nel corso dell'esercizio senza che vengano previste le correlate maggiori risorse, rappresentano un bacino di spesa significativo per l'azienda, per il quale si auspicano maggiori finanziamenti per il futuro.

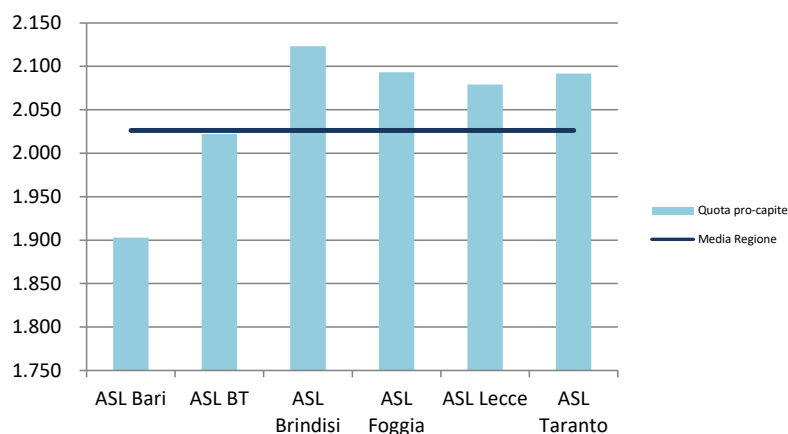
Inoltre la Direzione Strategica ha più volte evidenziato alcune considerazioni sulla effettiva congruità della quota di finanziamento indistinto, rilevando in diversi casi una quota capitaria secca di gran lunga più bassa rispetto alla quota capitaria media regionale.

Per la previsione 2026, il finanziamento per assegnazione indistinta di questa ASL Bari (pari a € 2.318.002.631,00) è quello fissato con nota Regione Puglia - Dipartimento Promozione della Salute e del

Benessere Animale prot.n. 0691657/2025 del 05.12.2025 avente ad oggetto “Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2026 e scadenze”.

Come si evince dalla matrice e dal grafico di seguito riportati, tali assegnazioni sono calibrate su una quota capitaria di gran lunga più bassa rispetto alla quota capitaria media regionale:

Azienda Sanitaria	Disponibilità finanziarie lorde Bil.Prev 2026	Popolazione 2025 [Fonte: ISTAT]	Quota pro-capite
ASL Bari	2.318.002.631	1218191	1.903
ASL BT	761.414.072	376561	2.022
ASL Brindisi	796.744.528	375286	2.123
ASL Foggia	1.235.612.345	590304	2.093
ASL Lecce	1.588.089.461	763778	2.079
ASL Taranto	1.150.462.940	550046	2.092
Totale	7.850.325.977	3.874.166	2.026



È quindi facile rilevare come, applicando le quote capitarie medie regionali per il riparto alla popolazione residente della ASL Bari, la maggiore assegnazione regionale avrebbe dovuto essere pari a € 150.450.309.

Nell'ipotesi, pertanto, di ridefinizione da parte della Regione del finanziamento spettante all'ASL BA, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente, coerentemente con quanto espressamente previsto dall'art. 2, comma 2-sexies, lett. d) del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, o, in alternativa nell'ipotesi di finanziamenti ulteriori derivanti da incrementi del Fondo Sanitario o da risorse aggiuntive da bilancio autonomo regionale, sarebbe possibile per la Direzione Strategica la prosecuzione di tutte le misure programmatiche inizialmente previste e successivamente emendate per effetto delle indicazioni regionali, con il possibile raggiungimento dell'equilibrio di pareggio di bilancio.

Quindi il conto economico non presenta una condizione di equilibrio di bilancio programmato, seppur redatto in coerenza con le prescrizioni regionali, fermo restando le considerazioni sopra riportate in riferimento agli obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa particolarmente sfidanti e che condizionano l'azione programmatica e gestionale dell'azienda nell'esercizio 2026.

1.7 La gestione provvisoria dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari

Ai sensi dell'art.6 della L.R. 31 dicembre 2024, n.42 *"con decorrenza dal 1° gennaio 2025 e nelle more della costituzione in ente ospedaliero autonomo con capacità attrattiva extra-regionale, è autorizzato il trasferimento in via transitoria delle unità operative riferite alle discipline ospedaliere del plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII dall'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari, all'Azienda sanitaria locale di Bari, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera d), sub lettera a), del regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23 (Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M.n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017)..."*.

Con nota prot.n.253 del 02/01/2025 il Direttore Generale f.f. pro-tempore ha designato il Direttore Amministrativo dell'Ospedale "Di Venere" di Bari quale dirigente incaricato della gestione giuridico-amministrativa del plesso pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari con funzioni e compiti inerenti l'attuazione di quanto previsto dalla citata L.R.n.42/2024. Le attività propedeutiche al trasferimento del Giovanni XXIII dall'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari all'Azienda Sanitaria Locale di Bari sono attualmente in corso.

Per quanto compatibile, il presente PIAO si intende esteso al plesso pediatrico Ospedale Giovanni XIII per il periodo di permanenza sotto il controllo dell'ASL Bari.

2 Performance

Il ciclo della Performance si articola in fasi nelle quali, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati attesi (target di riferimento) delle varie articolazioni organizzative dell'ASL Bari.

In tale ambito vengono tracciati 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.

2.1 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:

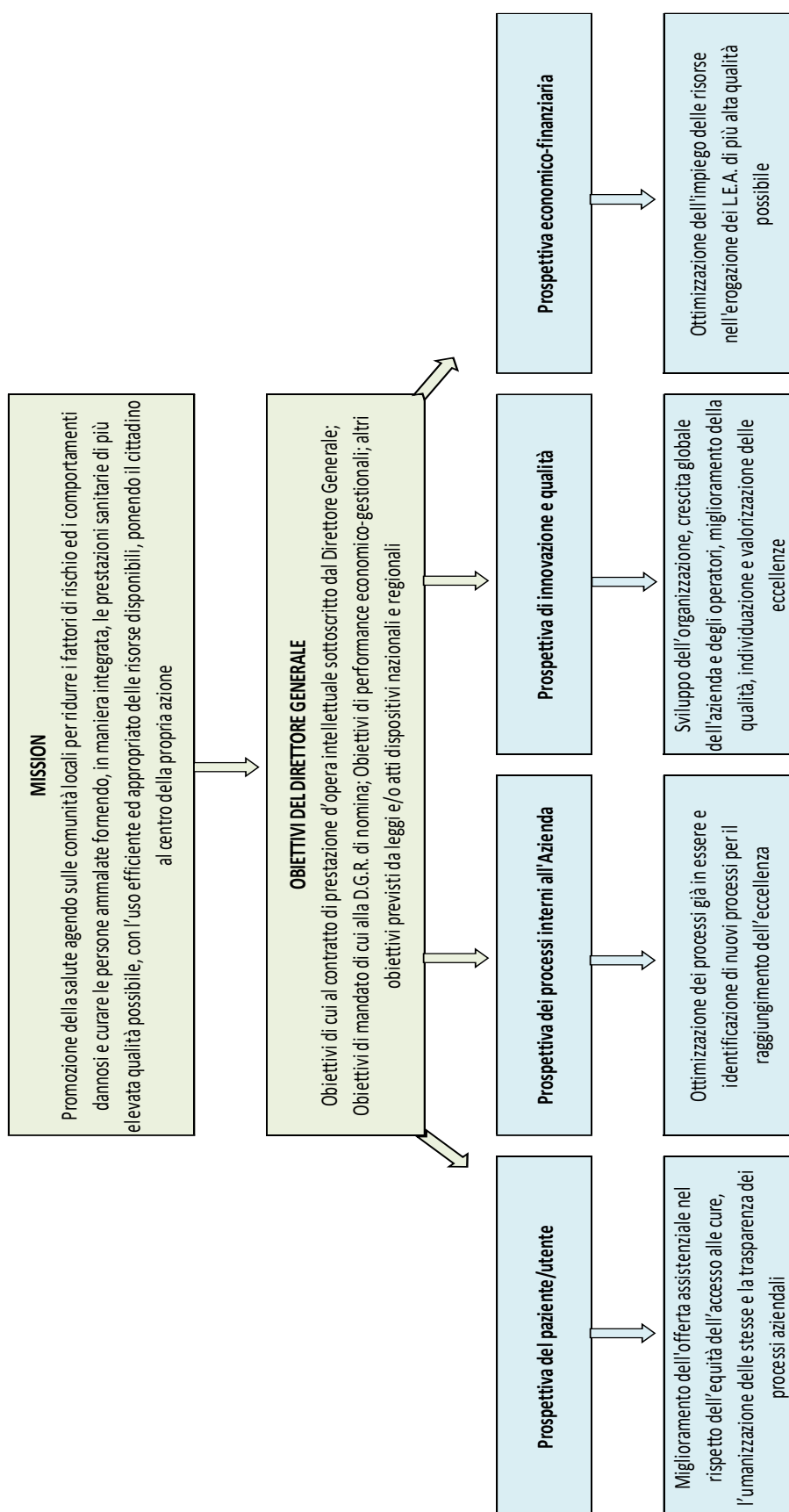
1. la prospettiva economico-finanziaria: gli obiettivi sono quelli economico-finanziari, misurati con i tradizionali indicatori di redditività: quando possibile i costi sono rapportati alla produzione al fine della ottimizzazione nell'impiego delle risorse;
2. la prospettiva del paziente/utente: l'obiettivo 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.

Per la definizione degli obiettivi strategici generali relativamente all'anno 2026 la Direzione Strategica, 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, giusta D.D.G.n.2430 del 03/12/2025, ha tenuto conto dei seguenti riferimenti normativi:

- a. D.G.R.n.1138 del 04/08/2025, avente ad oggetto *“Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per l'anno 2025.”*, 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. tenendo conto
 - degli indicatori individuati dal DM 12 marzo 2019, con cui è stato introdotto il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria;
 - delle priorità strategiche regionali derivanti anche dal Programma Operativo e previsioni normative dei Piani di rientro;
 - degli adempimenti derivanti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
 - degli obblighi di legge, tra cui quanto stabilito dalla L. 145/2018 - art. 1 – c.865, secondo il quale: *“Per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi Direttori Generali e dei Direttori Amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento.”*;
- b. contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale in data 24/02/2025;
- c. altri obiettivi previsti da leggi e/o atti dispositivi nazionali e regionali;

L'albero della performance nasce, perciò, dallo schema sotto riportato di obiettivi che la Direzione Generale considera strategici:



Dimensione Appropriatezza e qualità	Prospettiva del paziente/utente	Prospettiva dei processi interni all'Azienda	Prospettiva di innovazione e qualità	Prospettiva economico- finanziaria
		Miglioramento appropriatezza chirurgica	Miglioramento qualità percepita Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale	
		Miglioramento appropriatezza medica		
		Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile		
		Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza		
		Miglioramento qualità di processo		
		Implementazione delle Raccomandazioni e delle attività di monitoraggio nell'ambito del Rischio Clinico Monitoraggio aziendale dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti ecclesiastici e gli IRCCS		

Prospettiva del paziente/utente	Prospettiva dei processi interni all'Azienda	Prospettiva di innovazione e qualità	Prospettiva economico-finanziaria
Dimensione Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa	Qualificazione delle Strutture Pubbliche tramite l'implementazione dei percorsi di qualità di cui ai Manuali del R.n.16/2019		Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica
	Perfezionamento dell'utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del S.R. (MOSS)		Monitoraggio dei tempi di pagamento dei fornitori al fine del rispetto dell'Indice di Tempestività dei pagamenti (ITP) previsto dalla normativa vigente
	Deflazionamento del Contenzioso		Stipula e rispetto dei contratti 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		Riqualificazione della spesa per acquisto prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari da privato accreditato in relazione all'Assistenza Sociosanitaria in favore di soggetti non autosufficienti, disabili, persone con disturbi mentali, persone affette da dipendenze patologiche, soggetti in età evolutiva, persone con disturbi dello spettro autistico, persone nella fase terminale della vita, persone cui sono applicate le misure di sicurezza (D.G.R.n.412/2023)
	Potenziamento del sistema relativo alla sicurezza sul lavoro		Realizzazione del Piano degli Investimenti e aggiornamento delle gare
	Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informative di monitoraggio		Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e pianificazione dei fabbisogni di personale, ai sensi del D.Lgs.n.165/2001 e ss.mm.ii., secondo le linee guida regionali e la programmazione sanitaria
	Definizione ed adozione dell'Atto Aziendale		Misure per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, della spesa farmaceutica relativa agli acquisti diretti e della spesa per acquisto di dispositivi medici nel rispetto dei tetti di spesa regionali e di quanto previsto dalle DD.G.R. vigenti.
	Attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza		
	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR e FSC)		
	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR		

Prospettiva del paziente/utente	Prospettiva dei processi interni all'Azienda	Prospettiva di innovazione e qualità	Prospettiva economico-finanziaria
Dimensione Assistenza farmaceutica	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 Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA		
Dimensione Assistenza sanitaria territoriale	Potenziamento dell'offerta nell'ambito della salute mentale Potenziamento dell'offerta nell'Assistenza Sanitaria Territoriale nell'ambito degli obiettivi previsti dal P.N.R.R.	Potenziamento delle attività mirate all'integrazione Ospedale-Territorio Qualificazione dell'Assistenza residenziale e semi-residenziale Potenziamento assistenza domiciliare	

Prospettiva del paziente/utente	Prospettiva dei processi interni all'Azienda	Prospettiva di innovazione e qualità	Prospettiva economico-finanziaria
Dimensione Capacità di governo della domanda sanitaria	Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e territoriale Attuazione del Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa vigente		
Dimensione Prevenzione	Completezza e qualità dei dati e realizzazione obiettivi PRP Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto) Attuazione del Piano Regionale Integrato dei controlli e rispetto delle relative frequenze di Controllo Ufficiale stabilite in materia di alimenti, mangimi, salute animale, sottoprodotti di origine animale, benessere degli animali, prescrizioni per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Attuazione linee strategiche e organizzative del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale (PRPV)	
Dimensione Sanità digitale	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 Diffusione e corretta gestione della cartella clinica elettronica Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	

Per la valutazione del grado di raggiungimento degli elencati obiettivi strategici sono stati utilizzati quasi n.450 indicatori con relativo target focalizzando l'attenzione per il 2026 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.	36
Innovaz. e qualità	33
Paziente utente	21
Processi interni	356
Totale	446

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	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 IRCCS 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
		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
		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, IRCCS Maugeri - EEMiulli: numero SDA verificate/numero SDA prodotte
		Controllo casuale sul 10% delle Cartelle Cliniche relativamente alla correttezza compilativa dei Consensi Informati e check list di Sala Operatoria
		Report annuale sulle attività svolte
		Controllo su ricoveri con T.C., DRG potenz. inappr. e trattam. con cyberknife e gammaknife in Strutture Osped. Private, IRCCS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte
		Documentazione sanitarie/cartelle cliniche ed amministrative delle prestazioni di PMA dei Centri privati Accreditati: numero ricette verificate/numero ricette prodotte
		Verifiche a campione delle documentazioni Sanitarie/cartelle cliniche di dialisi dei Centri

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		privati Accreditati: numero cartelle verificate/ numero cartelle 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 inapproprietezza prescrittiva dei MMG riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto
	Appropriatezza setting assistenziale	Analisi NGS (Esoma clinico) in epoca prenatale in urgenza (referto entro 10 giorni lavorativi)
		N° di gravidanze gemellari monocoriali gestite per valutazione ed eventuale trattamento in caso di complicanze tipiche della condizione
		Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)
		Progetto Esoma - Studio NGS di casi clinici con sospetto per causa genetica
		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)
		Dati attività UOSVD DCA Ambulatorio intensivo ad attività diurna (tipo Day Service DCA), dati accorpati
		Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraaziendale mediante scheda appositamente redatta
		Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM
		Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero
		Erogazione test genetici per Malattie Neurodegenerative (SLA)
		Organizzazione di riunioni periodiche per la definizione di buone prassi per la presa in carico di pazienti autori di reato.
		Utilizzo scheda PTRI condivisa comune a CC.SS.MM. e SerD per invio utenti in Comunità Terapeutica Doppia Diagnosi in strutture residenziali
		Bozza PDTA per l'assunzione in cura/presa in carico da parte dei CC.SS.MM. di giovani con disagio psichico fra i 18 e 25 anni
		Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nella UOSVD DCA
		Monitoraggio routinario dell'outcome dei trattamenti psicologici e degli esiti dei progressi in psicoterapia, somministrazione del questionario CORE-OM mediante schede di valutazione somministrate prima/durante e post-trattamento
		Il fase coordinamento unico CRAP per la definizione dei criteri clinici di priorità per i pazienti autori di reato del DSM

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Monitoraggio dal 2024 al 2025 dei ricoveri in SPDC dei pazienti presi in carico dalla UOSVD PR.I.S.M.A.
		Realizzazione di un evento al fine di presentare le nuove linee operative dell'UOSVD PR.I.S.M.A e condividerle con i Medici di Medicina Generale della città Metropolitana di Bari
	Formazione	Aggiornamento professionale in materia di Radioprotezione Medica e Fisica ai sensi del D. lgs 101/2020 e s.m.i.
		Eventi formativi per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro
		Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale della UOC: organizzazione di eventi su nuovi temi
		Organizzazione corsi per PTC avanzato per personale del 118 e delle UU.OO. Ospedaliere
		Organizzazione di eventi formativi per i Referenti aziendali (referenti distrettuali e farmacisti territoriali) della Rete Malattie Rare
		Organizzazione di evento formativo rivolto a personale medico e di comparto della ASL
		Organizzazione di un evento formativo sulla Medicina di Genere
		Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL
		Piano di formazione obbligatoria biennale BLS e ALS per le UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e per il personale delle Sale Operatorie
		Supervisione dei PTRI e ciclo di incontri con équipes CRAP Autori di reato
		Organizzazione di evento formativo dipartimentale su tematiche di Medicina di Laboratorio
		Organizzazione di eventi formativi per il personale del Dipartimento
		Organizzazione di un Congresso con ECM, rivolto ai MMG e agli specialisti ambulatoriali e ospedalieri per il miglioramento della conoscenza dell'utilizzo dell'O.T.I. nelle patologie acute e croniche.
		Organizzazione di eventi formativi per il personale di Comparto
		Ridefinizione del percorso del paziente con Ictus acuto dal territorio all'ospedale
		Organizzazione di eventi formativi per il personale operante all'interno della U.O.C.
		Progetto pilota di prevenzione primaria del benessere e salute psicofisica dei minori "Avrò cura di... me" rivolto a vari stakeholders: scuole, associazioni, Comune (Monopoli)-ASL BA
		Formazione di operatori per l'esecuzione di esami di screening del I e II Trimestre: Numero di operatori che hanno effettuato il tirocinio presso la UOC e che hanno ottenuto l'accreditamento durante il tirocinio
		Formazione operatori del settore Alimentare (OSA)
		Promozione corsi di formazione sulla Implementazione delle Raccomandazione Ministeriale n.19

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Promozione corsi di formazione sulla Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n.13
		Tempi di accreditamento degli eventi formativi ECM proposti nel PAF 2016
		Formazione all'uso sicuro appropriato ed economico delle tecnologie biomedicali
		Organizzazione di evento formativo rivolto a operatori DDP su regolamenti aziendali in materia di privacy ex DPR 309/90
		Riabilitazione residenziale secondo evidenze e recovery: sviluppi evolutivi progetti di vita, integrazione sociale, diritti umani
		Formazione TTAP al fine di un'integrazione socio-sanitaria come prospettiva per inserimento lavorativo disabili
		Realizzazione di incontri di formazione sul campo con gruppi di miglioramento per l'implementazione e attuazione di interventi psicologici Evidence Based
		Formazione operatori OSA e operatori addetti al Controllo Ufficiale
		Progetto formativo interno "i controlli sulla filiera dei molluschi bivalvi: dalla sicurezza alimentare alla sostenibilità ambientale"
		Organizzazione di un evento formativo destinato agli operatori addetti al Controllo Ufficiale
		Organizzazione di eventi formativi per il personale medico ed infermieristico del 118 sulla gestione a domicilio del paziente fragile e complesso portatore di cannula tracheostomica per ventilazione meccanica e/o di sonda PEG
		Organizzazione corsi per La Rete Ictus: dal Territorio all'Ospedale
		Organizzazione di corso di formazione aziendale su Urgenze ed Emergenze Neurochirurgiche nella ASL BA
		Realizzazione di evento formativo: Il Radiologo incontra il prescrittore
		Organizzazione evento "Malattia Emolitica fetale e neonatale"
		Organizzazione di eventi coinvolgenti i MMG per la definizione dei percorsi assistenziali specialistici pneumologici ospedale-territorio per il miglioramento della gestione del paziente
		Organizzazione Evento "Neuroimmunologia/Neurodegenerazione e la medicina di Laboratorio"
		Organizzazione di corsi di formazione "SULL'ALLATTAMENTO AL SENO MATERNO" per personale medico ed infermieristico
		Organizzazione di corsi di formazione "SULLA RIANIMAZIONE NEONATALE" per il personale infermieristico
		Ottimizzazione della valorizzazione dei ricoveri neonatali in Rooming-in attraverso la corretta attribuzione dei codici ICD-10 e DRG
		Conseguimento di almeno 80% dei crediti ECM nel corso dell'anno 2026, di almeno l'80% del Personale
		Formazione sul rischio suicidario in carcere
		Organizzazione di evento formativo dedicato alla figura dell'Infermiere impegnati nei centri di senologia

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Organizzazione di evento formativo/informativo aziendale – Formazione Continua Interdisciplinare
		PP8 - Prevenzione del rischio cancerogeno professionale: Formazione specifica rivolta agli operatori AA.SS.LL. e alle figure aziendali della prevenzione: incentrata sulle metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio.
		Organizzazione di evento formativo su ""Multidisciplinarietà in Microbiologia" allo scopo di favorire il miglioramento della comunicazione con i medici prescrittori
		% personale in servizio partecipante ad attività formativa obbligatoria aziendale (escluse le assenze superiori a 6 mesi) rispetto al personale con obbligo formativo nel 2026
	Governo delle liste di attesa	Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti
		Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni Mediche di Presidio
		Percentuale di visite specialistiche erogate a seguito di prenotazione su Agenda in nCUP
		Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni Mediche di Presidio
		Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con il RULA
		Organizzazione di incontri periodici finalizzati all'analisi dei dati di monitoraggio forniti dal RULA delle prescrizioni di assistenza specialistica con priorità B ed U e alla modifica dei comportamenti prescrittivi
		Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti
		Percentuale di visite specialistiche ex art. 25 erogate in seguito a prenotazione
	Lotta allo Stigma	Effettuazione eventi di lotta allo stigma e/o promozione della salute rivolto a popolazione target a rischio DCA e/o operatori socio-sanitari
		Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma
		Realizzazione eventi di lotta allo stigma e/o interventi formativi nelle scuole rivolto a insegnanti e genitori. Almeno due scuole secondarie di secondo grado dell'area metropolitana barese
	Miglioramento della qualità assistenziale	Analisi con Metodologia NGS dei casi di Cardiomiopatia /Aritmia cardiaca in collegamento con il Dipartimento Cardiovascolare della ASL BARI
		Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD
		Intervento chirurgico dopo chemioterapia neoadiuvante entro 30 giorni dall'ultimo ciclo di terapia
		N. ricoveri chirurgici con utilizzo di procedure robotizzate su protesi di ginocchio
		Percentuale di adesione: % di persone in età target che eseguono il test / donne residenti (ind. LEA/NSG)

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Percentuale di adesione: % di persone in età target che eseguono il test / donne residenti (ind. LEA/NSG)
		Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia
		Posizionamento di clip amagnetica per riconoscimento di lesioni tumorali in pazienti arruolate in Breast Unit e candidate alla chemioterapia neoadiuvante
		Proporzione di pazienti con carcinoma infiltrante e ascella negativa alla valutazione clinico-strumentale (US/FNAC/CNB) sottoposte a sola biopsia del linfonodo sentinella
		Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio
		Screening Neonatale per la Atrofia Muscolare Spinale
		Utilizzo del Sistema di Sequenziamento NGS per test DNA fetale per la analisi genomica ad ampio spettro (previo counselling)
		Ampliamento dei punti di offerta diagnostico-operativa
		Progetto Genoma Puglia - Screening Genomico Neonatale
		Conferma modello di intervento 0-60 mesi; Attivazione di percorso sperimentale di trattamento per minori autistici 6-13 anni
		Inserimento di espansore mammario immediato post-Mastectomia (età <= 55 aa)
		Percentuale di pazienti avviate a chemioterapia neoadiuvante dopo discussione in MMD
		Numero di counselling ai fini della preservazione della fertilità
		Estensione DNA fetale ad altri Centri Regionali (AOU Foggia - ASL Lecce)
		Raccordo pediatri di base e ospedalieri (quadri clinici complessi) e servizi NPIA territoriali
		Elaborazione di un protocollo interno che descriva tutte le attività svolte dall'OSS all'interno dell'U.O. sia nei confronti degli utenti sia di collaborazione nelle mansioni di reparto
		Elaborazione di un protocollo interno che descriva tutte le attività di controllo e verifica della camera iperbarica e dei sistemi annessi svolte dai tecnici iperbarici
		Elaborazione di un protocollo per la gestione delle problematiche legate al malfunzionamento della camera iperbarica e dei sistemi ad essa connessa.
		Percentuale di adesione: % di persone in età target che eseguono il test / residenti (ind. LEA/NSG)
		Progettazione della HPV UNIT – Centro Multidisciplinare per lo studio del papilloma virus: prevenzione, diagnosi e terapia
		Attivazione Progetto Bari Autism Friendly
		Attivazione PDTA Autismo
Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa	Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO"	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza
	Certificazione dei Bilanci	Completamento del Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci
	Comunicazione istituzionale	Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale
		Organizzazione di eventi aziendali
		Standardizzazione dei dati e delle informazioni per l'aggiornamento delle pagine web sul Portale Istituzionale Aziendale
		Gestione dei reclami/segnalazioni ed elogi
		Attivazione a regime del Portale PugliaSalute - sito ASL BA
		Gestione telefonica di richieste e risoluzioni problematiche
	Controllo della spesa	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari o comunque a più basso costo 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
	Deflazionamento del contenzioso	Monitoraggio delle prestazioni erogate in pronta disponibilità attiva e relativi riposi, ai sensi del DLGS 66/2003 e Legge 133/2008
		Monitoraggio ferie maturate e non godute
	Efficienza operativa	Analisi della movimentazione in ingresso/uscita degli utenti dalle strutture sociosanitarie, con indicazione dei relativi periodi di permanenza e di eventuale cambio tipologia di Assistenza con creazione di database, anche anonimizzato
		Collaborazione con STP nella stesura della Relazione annuale sulla Performance
		Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche: Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate
		Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne
		Ispezioni presso le farmacie pubbliche e private convenzionate, parafarmacie e distributori all'ingrosso Monitoraggio e verifica del rispetto della normativa vigente nazionale e regionale in materia di vigilanza ispettiva
		N. Valutazioni medico legali per responsabilità professionali su richieste SBL redatti entro 180 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
		Numero prestazioni ambulatoriali esterne
		Potenziamento Ambulatorio Cefalee: Numero visite
		Potenziamento Ambulatorio Parkinson: Numero visite

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale
		Reclutamento delle gestanti con rischio intermedio al test combinato per l'esecuzione del test del DNA fetale.
		Recupero crediti cessione emazie a Case di Cura Private Accreditate, come da disposizioni della Direzione Strategica e degli Uffici Regionali
		Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Accreditate in conformità alle disposizioni regionali
		Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Sociosanitarie in conformità alle disposizioni regionali
		Supporto all'OIV e STP per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget annuale
		Unità di sangue raccolte
		Utilizzo del software gestionale per la sorveglianza sanitaria presso tutte le sedi e unificazione degli archivi
		Numero prestazioni ambulatoriali esterne Ambulatorio Terapia del Dolore
		Fatturato Day Service
		Realizzazione del progetto "percorsi di tutela della ASL BA" in favore di pazienti oncologici, disabili gravissimi e pazienti con codice esenzione 046 (SMA, SLA, Sclerosi Multipla)
		Numero Day Service
		Elaborazione di almeno un Capitolato Tecnico per ciascuna Farmacia Ospedaliera per l'acquisto di beni sanitari
		Realizzazione e pubblicazione dell'elenco dettagliato (Denominazione Struttura, Indirizzo, Comune, CAP, Telefono) delle Strutture Private Accreditate di competenza UOGRC
		Audit semestrali con le strutture private accreditate e contrattualizzate per la verifica dell'esecuzione delle prescrizioni contrattuali e di legge, per la definizione di appositi protocolli attuativi e Best Practices da implementare uniformemente
		Importo prestazioni ambulatoriali esterne
		Collaborazione con STP alla Redazione del PIAO 2026-2028 relativamente alle parti di competenza
		Elaborazione di Procedura di gara per l'affidamento del servizio di trasporto disabili presso i Centri di Riabilitazione della provincia di Bari
		Produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale
		Potenziamento attività di iniezione di tossina botulinica: Numero prestazioni
		Tempestività refertazione esami scintigrafici pz afferenti da PS e reparti ospedalieri del P.O. Di Venere Bari Sud
		Numero esami strumentali di EMGrafia e EEGrafia
		N. di Televisite neurologiche di controllo
		Realizzazione del progetto "Percorsi di tutela della ASL BA" in favore di pazienti oncologici, disabili gravissimi e pazienti con codice

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		esenzione 046 (SMA, SLA, Sclerosi multipla) e per la diagnostica strumentale cardiologica
		Sottoscrizione accordi contrattuali con le strutture private provvisoriamente accreditate per PMA in conformità alle disposizioni Regionali
		Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne ex art. 25
		% di interventi in cui il codice colore definito al momento dell'invio risulti sottostimato rispetto al codice stabilito all'arrivo (Undertriage)
		% di interventi in cui il codice colore definito al momento dell'invio risulti sovrastimato rispetto al codice stabilito all'arrivo (Overtriage)
	Efficienza organizzativa	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato
		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
		Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco
		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 neo assunto (visite preventive in fase preassuntiva)
		Gestione amministrativa e giuridica del personale assegnato all'UOC Medicina Penitenziaria e UOC Cure Palliative
		Gestione centralizzata e standardizzazione delle procedure tese alla gestione del budget per i contributi alle spese sanitarie sostenute dai cittadini con disturbi dello spettro autistico (art. 72 comma 4 L.R. n° 32/2022 e D.G.R. N° 1086/2023)
		Gestione centralizzata e standardizzazione delle procedure tese alla gestione del budget per i contributi erogati ad assistiti aventi diritto agli adattamenti agli strumenti di guida, rif. DGR 455/2022
		Implementazione PIAO per la parte di competenza dell'AGRU
		Indizione Avvisi UU.OO.SS Distrettuali
		Intervallo di tempo tra richiesta Documento Unico di Valutazione Rischi da Interferenze e consegna dello stesso alle Strutture competenti
		Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale
		Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget delle UOC E UOSVD al 30 giugno, come da singoli obiettivi assegnati alle UOC e UOSVD
		Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica in occasione dei CE trimestrali
		Organizzazione di incontri periodici 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
		Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche
		Procedure di Gara sotto soglia per fabbisogno di fornitura di beni/servizi per fabbisogno ospedaliero ASL aggregato
		Promozione di attività di informazione/ formazione in merito alla vaccinazione antinfluenzale (obbligatoria) per il personale sanitario della ASL BA, inserimento su portale GIAVA, comunicazioni siti istituzionali
		Raccolta relazioni degli obiettivi operativi di budget delle UOC e UOSVD al 31 dicembre
		Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget
		Report dati Provinciali relativo alla produzione degli SPESAL con il confronto tra le tre aree in rapporto alla dotazione del personale disponibile
		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
		Aggiornamento dei DVR dei PP.OO
		Aggiornamento dei DVR dei Distretti
		Monitoraggio della qualità dei campioni cito-istologici di screening provenienti dai Consultori Familiari e dagli Ambulatori di Ginecologia
		Organizzazione di incontri periodici con i MMG sull'appropriatezza prescrittiva in ambito riabilitativo
		Aggiornamento dei DVR dei Dipartimenti Territoriali
		Aggiornamento DVR Presidi Ospedalieri: sopralluoghi presso i presidi ospedalieri oggetto dell'aggiornamento del DVR; individuazione delle sorgenti di rischio; valutazione dei rischi e dei conseguenti livelli di esposizione; aggiornamento del DVR
		Aggiornamento DVR dei Distretti: sopralluoghi presso i Distretti Socio Sanitari oggetto dell'aggiornamento del DVR; individuazione delle sorgenti di rischio; valutazione dei rischi e dei conseguenti livelli di esposizione; aggiornamento del DVR
		Aggiornamento DVR dei Dipartimenti: sopralluoghi presso le strutture del Dip. Territoriale oggetto dell'aggiornamento del DVR; individuazione delle sorgenti di rischio; valutazione dei rischi e dei conseguenti livelli di esposizione; aggiornamento del DVR
		Elaborazione della Carta dei Servizi della U.O.C. Cure Palliative

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Effettuazione esami e refertazione di TC e RM, ove presente entro 72 h. dalla richiesta per pazienti ricoverati
		Audit reattivi a seguito di aggressioni del personale
		Controllo Analogo sulla Società in house Sanitaservice come da Protocollo Operativo in D.D.G. 1766/2024
		Alimentazione flusso informativo grandi apparecchiature sanitarie sul portale NSIS - Alimentato trimestrale ed invio annuale al Ministero per il flusso delle grandi apparecchiature.
		Espletamento delle procedure di conferimento di incarico di direzione di strutture complesse
		Espletamento convocazione a visita del personale di prossima quiescenza ai sensi del DL 81/2008 e s.m.i.
		Redazione Bilancio di Genere 2025
		Aggiornamento del Regolamento Aziendale per il recupero di somme dovute a seguito di decisione di condanna della Corte dei Conti per danno erariale
		Svincolo delle somme vincolate per pignoramenti
		Aggiornamento del Regolamento Aziendale per l'accesso agli atti
		Monitoraggio procedura sul lavaggio delle mani
		implementazione e la messa in esercizio dei sistemi RIS e PACS nell'Ospedale Monopoli-Fasano, assicurando l'integrazione con il sistema informativo aziendale e con il sistema di prenotazione delle prestazioni (CUP)
		Procedura di gara per l'acquisizione di n.1 angiografo cardiologico destinato al P.O. della Murgia
		Procedura di gara per l'acquisizione di n.10 colonne laparoscopiche destinate alle sale operatorie dei PP.OO. Dell'ASL BA
		Rinegoziazione di tutti i contratti di manutenzione delle tecnologie escluse dal Global service della manutenzione
		Predisposizione di riepiloghi periodici delle rendicontazioni relative alle richieste di erogazione di finanziamenti in Conto Capitale
		Attuazione di piano di ottimizzazione e messa in sicurezza dell'infrastruttura di autenticazione aziendale (Active Directory), in coerenza con il modello di gestione delle identità digitali e delle credenziali di accesso ai sistemi informativi aziendali
		Avvio sperimentazione procedura Sm@rt per timbrature con APP, limitatamente ai dipendenti in servizio con sede di lavoro presso "ex CTO"
		Bozza di "Regolamento relativo all'erogazione dei servizi minimi essenziali nelle giornate di sciopero"
		Proposta di modifica del "Regolamento per la disciplina dell'orario di lavoro del personale del comparto"
		Monitoraggio sulla regolare esecuzione dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) - 2025 Medicina Generale

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Modifica del "Regolamento relativo all'orario di lavoro della Dirigenza Area Sanità"
		Riduzione dello stato della posizione debitoria pregressa riferita agli anni 2024 e precedenti registrate sul MOSS al 31.12.2025
		Dismissione e rinegoziazione fitti passivi. Elaborazione report comprensivo delle attività di rinegoziazione e sottoscrizione dei contratti di locazione passivi svolte nell'anno di riferimento
		Regolarizzazione delle anomalie sugli immobili utilizzati per finalità istituzionali di proprietà aziendale o in locazione passiva o comodato d'uso mediante azioni di sottoscrizione contratti, atti di recupero del debito, redazione di relazioni istruttorie
		Indizione ed aggiudicazione della procedura di gara per l'utilizzo dei finanziamenti previsti dall'Avviso Pubblico del Programma Regionale Puglia FESR-FSE 2021-2027 per gli Ospedali di Putignano e "Di Venere"
		Stesura di un Manuale Operativo e l'implementazione di una Piattaforma Digitale per la gestione documentale e repository interno all'AGT per l'efficientamento delle procedure di affidamento e la gestione degli interventi manutentivi
		Programma Investimenti ex art.20 L.67/88 - Affidamento ed Approvazione dei progetti per la riqualificazione del P.O. "Di Venere" e del P.O. "San Paolo"
		Definizione di un Accordo Quadro con Procedura negoziata per n. 3 Lotti in merito al servizio di Manutenzione Ordinaria e Straordinaria dei Veicoli Aziendali
		Procedura di gara per l'affidamento del servizio di trasporto disabili presso i Centri di Riabilitazione della provincia di Bari
		Procedura di gara per l'acquisizione di ausili per la movimentazione assistita dei pazienti ospedalizzati
		Procedura di gara per la fornitura in service di kit procedurali in tnt destinati alle Strutture Ospedaliere e Territoriali aziendali
		Procedura di gara per la fornitura, in regime di service, di un sistema di chirurgia robotica per impianti protesici ginocchio ed anca destinato al Dipartimento di Ortopedia
		Audit semestrali di aggiornamento e controllo dell'attuazione del protocollo aziendale delle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Socio-sanitarie alla luce delle nuove Disposizioni Regionali
		Trasmissione dei prospetti annuali LEA per disciplina con scostamento su anno precedente, per CDG
		Organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari e andamento delle liste di attesa
		Monitoraggio per tre trimestri (con proiezione ultimo trimestre) prestazioni di Telecardiologia Area Nord
		Completamento delle Gare Service del Lotto Corelab

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Stesura di un Progetto di tracciabilità dei campioni
		Procedure di Gara sopra soglia aziendale per fornitura di beni/servizi
		Miglioramento delle performance qualitative e quantitative attraverso l'utilizzo della Digital Citology
		Coordinamento nelle attività Dipartimentali per la predisposizione del Piano degli Investimenti anno 2027
		Elaborazione procedura operativa sul trasporto intra ed extraospedaliera
		Determinazione del fabbisogno di Infermieri e OSS nei Presidi Ospedalieri tramite i criteri definiti dalla Regione Puglia
		Tempo tra la ricezione della scheda contatto NUE 112 e assegnazione codice di invio
		Tempo di attesa telefonica intercorrente tra primo squillo e risposta dell' Operatore di C.O. 118
		Percentuale pazienti in ACR ove siano fornite IPA ovvero tentativo di fornire IPA per esecuzione di RCP guidata/totale pazienti in ACR
	Governance aziendale	Organizzazione della Rete Compilatori di sezione Sito aziendale
	Monitoraggio attività libero professionale	Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2026
	Monitoraggio della spesa	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa residenziale/semiresidenziale per tossicodipendenti da privato
	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)
		Informazioni connesse a riscossioni PagoPA. Somme di competenza laboratori IZS e ARPA per analisi svolte rimosse dalla ASL BA e riepilogo delle bollette PagoPA avviate all'iscrizione a ruolo nel trimestre
	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
		Num. giorni necessari per la liquidazione fatture
		Trasmissione bolle caricate in MOSS alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni
	Vigilanza in edilizia	Numero di cantieri vigilati rispetto al totale delle notifiche preliminari ex art. 99 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. nell'annualità precedente rispetto a quella di riferimento
Assistenza farmaceutica	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	Inventario al 30 giugno e 31 dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. Del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento
	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali
	Attuazione Piano Nazionale della Farmacosorveglianza	Allevamenti DPA previsti/controllati per la corretta gestione del farmaco

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Controlli ufficiali presso attività diverse da quelle in cui si allevano animali da produzione di alimenti previsti/controllati
Assistenza Sanitaria Territoriale	Integrazione Ospedale-Territorio	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale
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 Ambulatoriale
		Analisi Mobilità Passiva Ospedaliera
		Relazione sullo Stato di Salute della popolazione della ASL BA
		Monitoraggio degli accessi al pronto soccorso delle vittime di violenza e maltrattamento di genere
	Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	n. campionamenti PNAA effettuati / numero campionamenti previsti
	Clinical governance	% codici Arancioni presi in carico entro 15 minuti
		% Abbandoni da P.S.
		% Accessi seguiti da ricovero o trasferiti
		% di ricoveri per Gastroenterite
		% Dimissioni volontarie
		% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg
		% parti vaginali con Episiotomia
		% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero 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 inappropriatazza
		Ambulatorio generale: N. pazienti/mese
		Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna: N. ricoveri ordinari
		Degenza Media
		Degenza Media Pre Operatoria
		Incontri di gruppo con intervento riabilitativo DCA con Like Skill e Cognitive Remediation Realizzazione Therapy a soggetti area DCA restrittiva
		Indice Chirurgico
		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
		Numero di pazienti arruolate per interruzione di gravidanza oltre il 90° giorno di amenorrea
		Numero di pazienti con diagnosi di aborto ritenuto arruolate per procedura farmacologica in day hospital
		Numero di prescrizioni di terapia a domicilio mediante piattaforma EDOTTO
		Numero di prescrizioni di terapia mediante legge 648/96 in proporzione ai day service/day hospital
		Numero sedute IVG farmacologiche per IVG e Aborti spontanei

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg
		Percentuale di interventi chirurgia coloretale in laparoscopia
		Peso medio DRG
		Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA
		Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario
		Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello
		Screening pre-eclampsia
		Aggiornamento del Piano Organizzativo della Rete dei Laboratori della ASL BA alla luce delle modifiche della Rete Ospedaliera
		% parti cesarei primari
		Potenziamento attività presso il P.O. della Murgia: N. prestazioni ambulatoriali esterne ed interne
		Elaborazione di report mensile sulle infezioni ospedaliere
		Potenziamento attività ERCP presso il P.O. della Murgia: N. prestazioni di ERCP
		Elaborazione della procedura aziendale condivisa dagli operatori pediatrici ed a cura di medici pediatri delle UU.OO. di Pediatria
		Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC
		Potenziamento attività di Day Service
		Percentuale di Day Service erogati a seguito di prenotazione su Agenda in nCUP
		Adeguamento alle Linee di indirizzo ministeriali 2020 relative alla procedura farmacologica per IVG ambulatoriale
		Numero Day Service
		Importo prestazioni ambulatoriali esterne
		Progetto di promozione alla salute e prevenzione specifica dei DCA per soggetti giovani di scuola secondaria I° e II° grado
		Partecipazione al progetto di ricerca del Coordinamento Malattie Rare di AReSS Regione Puglia "NETcare for Rare" rivolto a giovani adulti con condizioni genetiche rare e disabilità intellettiva.
		Monitoraggio della procedura aziendale per il lavaggio delle mani (D.D.G. N.2259 del 30/10/2024)
		Piano di ottimizzazione e razionalizzazione dei pannelli di esami eseguibili nelle UU.OO. Di Patologia Clinica in relazione alla riorganizzazione della rete dei Laboratori
		Elaborazione di protocollo sull'appropriatezza prescrittiva in Diagnostica per immagini in Neuroradiologia
		Elaborazione di protocollo dei controlli di qualità in RM (Quality Assurance)
		Elaborazione di protocollo per le indagini diagnostiche in pazienti pediatrici
		Redazione di un progetto per la regolamentazione dell'apertura antimeridiana ai parenti
		Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Elaborazione di Procedura per la gestione delle emergenze in ambulatorio di Cardiologia Nucleare
		Attivazione di una procedura di Screening: "Riflesso Rosso" per la prevenzione di Anomalie Oculari del Segmento Anteriore e/o della Retina
		Presa in carico di soggetti affetti da malattie rare individuati attraverso screening neonatale. La comunicazione della diagnosi, della presa in carico, del supporto psicologico alla genitorialità, avverrà nel corso di una seduta multidisciplinare
		Monitoraggio implementazione procedura di presa in carico multidisciplinare dei MR seguiti dal Centro Epilessia ed EEG dell'Età Evolutiva
		Elaborazione di protocollo diagnostico-terapeutico relativo alle cure riabilitative nella U.O. di Medicina Fisica e Riabilitativa P.O. Murgia su pazienti in carico alla U.O. di Oncologia P.O. Murgia
		Elaborazione del Regolamento Interno della Rete Locale delle Cure Palliative
		Prevenzione delle recidive IVG con contraccezione meccanica : Numero inserimento IUD post IVG
		Numero di pazienti con diagnosi di aborto ritenuto arruolate per procedura farmacologica in Day Service/Day Hospital 5. Numero di pazienti con diagnosi di aborto ritenuto arruolate per procedura farmacologica in Day Service/Day Hospital
		Numero di pazienti arruolate per interruzione di gravidanza oltre il 90° giorno di amenorrea
		Aggiornamento del protocollo sul rischio suicidario locale nella popolazione detenuta
		Screening infezione tubercolare negli Istituti penitenziari afferenti alla U.O.C.
		Elaborazione di un Modello di Applicazione dell'Intelligenza Artificiale all'Imaging Radiologico (RADIOMICA)
		Elaborazione di protocollo delle Procedure interventistiche percutanee in radiodiagnostica senologica (indicazioni e protocolli operativi)
		Standardizzazione delle procedure dei centri di primo livello: Redazione di protocollo interno di standardizzazione delle procedure
		Standardizzazione delle procedure dei centri di secondo livello: Redazione di protocollo interno di standardizzazione delle procedure
		Completamento del processo di accentrimento della diagnostica virologica aziendale con l'assorbimento dei test del complesso TORCH provenienti da tutti i Laboratori
		Completamento delle procedure per l'acquisizione di nuove metodiche in Biologia Molecolare
		Organizzazione di Safety Walk Around
		Formulazione Linee Guida per inserimento di minori in Strutture
		Realizzazione di un modello di cartella riabilitativa uniformata da adottare negli ambulatori della rete di riabilitazione del pavimento pelvico

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Prosecuzione del percorso di creazione della rete ambulatoriale di riabilitazione del pavimento pelvico - N. PRI
		Individuazione di uno o più centri ambulatoriali, attivazione di agenda dedicata per i pazienti affetti da osteoporosi - N. visite
	Donazione Organi e/o Tessuti	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale
	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	% erogazioni effettive del primo ciclo di terapia rispetto alle prescrizioni.
		Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi della farmaceutica convenzionata per ATC con scostamento rispetto all'esercizio precedente
		Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi per beni sanitari (farmaci e dispositivi) con scostamento rispetto all'esercizio precedente
		Prescrizione di farmaci aventi brevetto scaduto nei pazienti "naive" nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali
	Obblighi informativi	Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2023-2023-2024-2025-2026
	Registro regionale delle malformazioni	N° casi comunicati
Prevenzione	Attività di vigilanza e controllo (Obiettivo LEA)	Percentuale di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente (n. 14380) presenti nel territorio della ASL BA (rif. LEA)
	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 controllabili per Aujeszky/totale allevamenti suini soggetti al programma
		Allevamenti equini controllati/tot. allevamenti equini controllabili
		Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti iscritti a libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione soggetti al programma, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino
		Allevamenti ovini e caprini controllati per Scrapie classica / totale allevamenti ovini e caprini soggetti al programma
		Allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma
		Allevamenti controllati per BR ovi-caprina / totale allevamenti ovi-caprini soggetti al programma
		Allevamenti controllati per BR bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma
		Allevamenti bovini-bufalini-ovicapri con indirizzo produttivo latte con qualifica sanitaria per Paratubercolosi (PTO) assegnata / totale allevamenti bovini-bufalini-ovicapri con indirizzo produttivo latte/misto
	Controllo e contenimento randagismo	Cani randagi catturati identificati ed iscritti nel sistema SIRAAF / cani randagi catturati
		Iscrizione nel sistema SIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute
		Cani randagi catturati identificati ed iscritti nel sistema SIRAAF / cani randagi catturati per le Macroaree Metro, Nord e Sud

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
	Copertura delle principali attività di Controllo per la contaminazione degli alimenti	Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti: residui di sostanze farmacologicamente attive, sostanze illecite, residui di contaminanti, di farmaci e fitofarmaci negli alimenti di origine animale
		Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti: ricerca degli additivi negli alimenti di origine animale
	P.R.P. 2021-2025: PP8	Controlli su sostanze e miscele classificate cancerogene su iniziativa degli SPESAL
	Potenziamento attività di controllo	Numero di scuole dell'infanzia verificate "monitoraggio radon" rispetto al numero delle scuole dell'infanzia che insistono sul territorio
		n° di strutture ricettive (Hotel) verificate "adempimenti protocolli per la prevenzione Legionellosi"/n° strutture ricettive (Hotel) insistenti sul territorio
	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale a 24 m. per ciclo base (NSG-P01C)-N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) / N. soggetti della stessa coorte
		Copertura vaccinale a 24 m. per la 1a dose di vaccino anti-MPR (NSG-P02C) - N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con 1a dose / N. soggetti della stessa coorte
		Copertura vaccinale anti-meningococcica tetravalente (NSG-P04C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte
		Copertura vaccinale anti-pneumococcica (NSG-P03C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte
		Copertura vaccinale a 24 m. per ciclo base (NSG-P01C) - N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) / N. soggetti della stessa coorte
		Copertura vaccinale anti-HPV (NSG-P05C) - N. di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi / numero di bambine della rispettiva coorte di nascita
	Potenziamento screening oncologici	Screening Carcinoma Cervice Uterina: Applicazione delle procedure di controllo di qualità interno ed esterno previste dal GISCI per il nuovo algoritmo di screening
		Screening Carcinoma del Colon retto: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio
		Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio
		Screening Carcinoma della mammella: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio
		Screening Carcinoma Cervice Uterina: Monitoraggio della mancata applicazione delle indicazioni delle linee guida per la prevenzione del cervicocarcinoma da parte delle Strutture afferenti
		Tasso di completamento della colonscopia (raggiungimento del cieco)
		Tasso di rilevamento degli adenomi (ADR)

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		“Procedura per il trasporto dei campioni biologici citologici e istologici” – aggiornamento 03
		Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni
		Organizzazione di evento divulgativo/formativo destinato ai MMG da coinvolgere nel programma di screening al fine di incrementare l’adesione agli screening oncologici
	Prevenzione primaria delle dipendenze	Prevenzione delle dipendenze patologiche nei giovanissimi sulle “Nuove sostanze”: Incontri formativi-informativi rivolti ad alunni/docenti/famiglie
		Organizzazione di incontri formativi di sensibilizzazione sui rischi legati all’uso di sostanze stupefacenti e alcol durante la guida.
	Promozione della sicurezza alimentare	Controlli mirati sull'utilizzo del sale iodato nella ristorazione collettiva e nelle attività di vendita
		Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA
		Effettuazione di ispezioni congiunte con SIAV B presso centri cottura e terminali di somministrazione pasti per la ristorazione scolastica ed assistenziale
		Effettuazione di Audit su attività indicizzate come ad alto/medio rischio
		Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati
		Controlli ufficiali (audit) di laboratori che effettuano analisi in autocontrollo per le imprese della filiera agroalimentare
	Qualità flussi informativi	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza
		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
		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
		Verifica della validazione, con rilevazione di eventuali anomalie, dei flussi regionali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (CEDAP, SDO, ISTAT D.11, ISTAT D.12, ISTAT D.14)
		Modello FLS 18 Assistenza Sanitaria Collettiva: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza
		Dati di attività trimestrali Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPESAL). Flussi informativi trasmessi entro i termini

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		previsti / totale flussi informativi di competenza
		Rendicontazione semestrale relativa all'utilizzo del sistema informativo regionale SILAV suddiviso per area territoriale
	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Misurazione agenti fisici in ambienti di lavoro
	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile
	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di audit su OSA riconosciuti	Numero di audit su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04
	Attuazione Piano Nazionale Benessere Animale	allevamenti DPA controllati / allevamenti DPA previsti dal Piano, per la corretta applicazione del benessere animale
	Potenziamento attività di controllo sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dello stabilimento	Mangimifici controllati/totale mangimifici in anagrafica aggiornata
	Potenziamento attività di controllo sul benessere animale in allevamento	n. scorte proprie del veterinario per attività zootriche/ 33% del totale delle scorte proprie del veterinario per attività zootriche
		Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario
	Potenziamento attività di controllo sulla sicurezza alimentare	Piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici (AMR) dei batteri zoonotici e commensali
		Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale
		Certificazioni/attestazioni sanitarie richieste dagli OSA ai fini dell'esportazione degli Alimenti di Origine Animale, rilasciate entro i termini richiesti
		Controllo degli OSA che effettuano l'e-commerce alimentare
		Controllo dei caseifici riconosciuti ex Reg. CE n. 853/2004 e registrati ex Reg. CE n. 852/2004 con check list regionale SEU
		Piano Nazionale Benessere Animale 2026 - Controlli al Macello per i Polli da carne
	Potenziamento attività di prevenzione del rischio correlato alle attività lavorative	Monitoraggio delle prescrizioni/limitazioni dei giudizi di idoneità per ogni P.O.
	Sorveglianza TSE ovini/capri di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	prelievi obex/sul totale prelevabile
	Contrasto dei rischi specifici	Stress lavoro-correlato: attività di controllo, di informazione e di assistenza/Attivazione del Piano Mirato di Prevenzione (PMP)
		Rischio cancerogeno, ergonomico, psicosociale: attività di controllo, di informazione e di assistenza/Prosecuzione del Piano Mirato di Prevenzione (PMP) nel settore ATECO 25
		Rumore e vibrazioni: attività di controllo, di informazione e di assistenza/Attivazione del Piano Mirato di Prevenzione (PMP)
		Elaborazione e avvio di un PMP per i rischi cancerogeni in esposti a fumi di saldatura su acciaio inox
		Adesione a BRIC INAIL dal titolo "TICK@WORK: valutazione e percezione del rischio occupazionale, sorveglianza sanitaria ed epidemiologica delle malattie trasmesse da zecche - Settore agricolo e zootecnico

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
		Attivazione PMP nel settore agricolo e zootecnico, con particolare riguardo alla conformità di macchine ed attrezzature
	Promozione della sicurezza nutrizionale	Realizzazione di un progetto di salute a livello territoriale per la mappatura del cardiorischio in lavoratori di età superiore ai 45 anni
		Valutazione nutrizionale Scheda 4.7 ristorazione collettiva scolastica e socio-assistenziale
		Realizzazione del progetto NutriColon – Promuovere la salute del colon con alimentazione corretta rivolto a soggetti di età compresa tra 50 e 69 anni
	Piano Nazionale controlli ACS	Numero di controlli annui in coordinamento con Autorità Competente per la Sicurezza Chimica in attuazione del Piano Nazionale Controlli
	Piano agenti chimici	Formazione incentrata sulla prevenzione del rischio incendio
	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di Controlli Ufficiali su OSA registrati	Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04
	Potenziamento attività di controllo sulla protezione animale negli impianti di macellazione	controlli ufficiali sulla protezione animale durante la macellazione
	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di Controlli Ufficiali su OSA riconosciuti	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG - P 13Z)
	Piano Coordinato Regionale Pluriennale in materia di sicurezza alimentare ai sensi del Reg. UE 2017/625	Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti: ricerca di sostanze illecite, residui di contaminanti, farmaci, fitofarmaci e additivi negli alimenti di origine animale e veget.
		Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti: ricerche analitiche dei parametri chimici negli alimenti di origine animale
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
		Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata
		Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse
		Attivazione domiciliazione dei referti dei pazienti TAO e implementazione del portale referti
		Attivazione della Richiesta Informatizzata di Emocomponenti
	Cybersecurity	WiFi Security Assessment: Identificazione, quantificazione e classificazione delle vulnerabilità di sicurezza
		External Attack Surface Management (EASM): Processo di identificazione, monitoraggio continuo e messa in sicurezza di tutti gli asset pubblicamente accessibili

2.2 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.

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.179 del 26/01/2024.

Gli obiettivi di budget, coerenti con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale e con gli obiettivi regionali e statali annuali, sono frutto di una contrattazione, sulla base dell'istruttoria coordinata dalla U.O. Controllo di Gestione, tra la Direzione Generale ed i dirigenti apicali (Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori delle Aree di Gestione 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 precedentemente 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.

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 Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.) con il supporto della U.O. Controllo di Gestione, su mandato della Direzione Generale, ed adottato con atto deliberativo, nel più ampio quadro del SMVP elaborato dalla stessa Struttura Tecnica Permanente, su mandato della Direzione Generale;
- Apertura fase di negoziazione: la fase di negoziazione ha inizio con incontri tra la Direzione Generale 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 e della S.T.P., 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 alla S.T.P.. Successivamente la S.T.P., con il supporto del 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 dalla S.T.P. con il supporto del Controllo di Gestione. La negoziazione si conclude, 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 (scheda di budget). Copia delle schede sottoscritte viene pubblicata sulla Intranet aziendale all'indirizzo <http://10.14.192.211/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. di riferimento.

- 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, che ne dà comunicazione a tutto il personale assegnato alla U.O., ed inviato alla S.T.P.
- Monitoraggio intermedio e rimodulazione eventuale obiettivi di budget operativo: i Direttori/Dirigenti Responsabili destinatari degli obiettivi di budget possono richiedere, nelle ipotesi riportate di seguito, la rimodulazione della scheda di budget operativo inoltrando formale richiesta alla Struttura Tecnica Permanente, supportata dall'U.O. Controllo di Gestione, che provvederà a inoltrare, entro il mese di settembre, le proposte di rimodulazione alla Direzione Strategica per le opportune valutazioni e determinazioni, da approvarsi entro il mese di ottobre.

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 a quelli eventualmente non raggiunti. 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.

2.4 Allegati tecnici

Scheda di budget

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 #	3		M			
2 #	4		M			
3 #	1		M			
	2					
4 #	1		B			
	2					
5	3		M			
6	3		A			
7 #	3		M			
8	3		B			
9 #	1		M			
10 #	1		M			

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 nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area di Comparto

- Area degli Operatori (ex Categoria –BS)
- Area degli Assistenti (ex Categoria C)
- Area dei professionisti della salute e dei funzionari (ex Categoria D – DS)

ASL Bari



Stampa schede valutazione
dipendenti

SCHEDA VALUTAZIONE INDIVIDUALE CATEGORIA BS/DS

Valutato	
Struttura	
Valutatore Ia Istanza	
Valutatore IIa Istanza	

Valutazione Comportamenti	
Comportamento	Giudizio
Autonomia e responsabilità	
Contributo ai programmi dell'unità operativa	
Flessibilità	
Orientamento ai bisogni dell'utenza	
Programmazione attività	
Qualità del contributo professionale	
Relazione con i colleghi	
Sviluppo professionale	
TOTALE	

Commenti	
Commento del valutatore	
Commento del valutato	

- Area del personale di Supporto (ex Categoria A – B)

ASL Bari



Stampa schede valutazione
dipendenti

SCHEDA VALUTAZIONE INDIVIDUALE CATEGORIA A - B

Valutato	
Struttura	
Valutatore Ia Istanza	
Valutatore IIa Istanza	

Valutazione Comportamenti	
Comportamento	Giudizio
Orientamento verso l'utente	
Osserva in maniera puntuale i compiti affidati	
Rapporto con i colleghi e superiori	
Rispetto orario di servizio	
Utilizzo delle risorse materiali e strumentali	
TOTALE	

Commenti	
Commento del valutatore	
Commento del valutato	

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area della Dirigenza
Schede di valutazione individuale del personale dell'Area della Dirigenza UOC/UOSVD/UOSAVS/UOS

ASL Bari


 Stampa schede valutazione
 dipendenti

**SCHEDA VALUTAZIONE DIRIGENTI TITOLARI DI
UOC/UOSVD/UOSAVS/UOS**

Valutato	
Struttura	
Valutatore Ia Istanza	
Valutatore IIa Istanza	

Valutazione Performance	
Sezioni	Giudizio
Sezione 1: valutazione competenze / comportamenti / leadership (40%): Analisi della performance gestionale. Qualità e Quantità della prestazione di lavoro	
Sezione 2 - Peso per valutazione obiettivi (60%): Risposta all'Assegnazione degli obiettivi nel percorso di budgeting	
TOTALE	

Commenti	
Commento del valutatore	
Commento del valutato	

Schede di valutazione individuale del personale dell'Area della Dirigenza diversa da UOC/UOSVD/UOSAVS/UOS

ASL Bari

Stampa schede valutazione
dipendenti

SCHEDA VALUTAZIONE DIRIGENTI NON TITOLARI DI UO

Valutato	
Struttura	
Valutatore Ia Istanza	
Valutatore IIa Istanza	

Valutazione Performance	
Sezione	Giudizio
Sezione 1: valutazione competenze / comportamenti / leadership (60%): Analisi della performance gestionale. Qualità e Quantità della prestazione di lavoro	
Sezione 2 - Peso per valutazione obiettivi (40%): Risposta all'Assegnazione degli obiettivi nel percorso di budgeting	
TOTALE	

Commenti	
Commento del valutatore	
Commento del valutato	

3 Rischi corruttivi e trasparenza

Premessa

Ai fini della presente sezione, il concetto di corruzione è inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività istituzionale, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati facendo prevalere un interesse primario diverso dal fine istituzionale dell'ente.

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dalla Direzione Strategica, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. Costituiscono elementi essenziali della sottosezione quelli indicati nel piano nazionale anticorruzione 2022 (PNA 2022) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

La Sezione Anticorruzione e Trasparenza (d'ora innanzi anche "Sezione") è stata redatta tenendo in considerazione, secondo una logica di miglioramento progressivo, gli esiti del monitoraggio del piano dell'anno precedente, al fine di evitare la duplicazione di misure e l'introduzione di misure eccessive, ridondanti e poco utili.

L'elaborazione della Sezione ha tenuto conto di tutti i significativi mutamenti impressi alla macro-organizzazione dell'Azienda proseguito da ultimo con DDG n. 462/2023.

Il quadro delineato dal presente Piano, consegue ad interlocuzioni e confronti sulle puntuali misure di integrità con i vertici delle Macrostrutture aziendali e la partecipazione attiva di tutta la struttura organizzativa, come riflessa nella attuale Rete dei Referenti RPCT.

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 *Forum* per l'Integrità in Sanità, organizzato dall'associazione *Transparency Italia*;
- all'esito del monitoraggio delle misure oggetto della Sezione;
- all'esito della mappatura dei processi effettuata durante il precedente anno 2025 con i Referenti RPCT, culminata con la predisposizione di un ristretto numero di processi – individuati a seguito di analisi congiunta - da continuare a monitorare nel corso dell'anno 2026.

In linea con le scansioni del PNA 2022, il presente Piano si articola in IV parti:

1. la Parte I, dedicata alla presentazione specifica del contesto criminale esterno, oltre che alla descrizione delle modalità di gestione del rischio;
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 2022, nonché alla misura per la gestione della fase attuativa degli interventi aziendali finanziati tramite il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). È integrata dalla tabella delle misure anticorruzione allegata sub 1), contenente le misure generali e specifiche di prevenzione e contenimento del rischio oltre che la tabella relativa ai fattori di rischio utilizzata per la valutazione del livello di rischio di ciascun processo e sub-processo.
3. la Parte III, dedicata alla misura della trasparenza e all'istituto dell'accesso civico afferisce la tabella

allegata sub 2) alla presente Sezione, ricognitiva degli obblighi di pubblicazione.

4. la Parte IV, dedicata agli obiettivi strategici dell'anticorruzione e trasparenza.

Parte I Il processo di elaborazione della sezione anticorruzione e trasparenza

1. Rilievo anticorruzione del modello organizzativo dipartimentale

La riconducibilità di buona parte delle attività, ritenute dall'Autorità come particolarmente esposte a rischi corruttivi, 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 del RPCT.

La Direzione Strategica pertanto 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 della sezione anticorruzione e trasparenza: soggetti interni ed esterni, ruoli e responsabilità

Il ruolo di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è affidato all'attuale Dirigente della UOS Affari Generali, nominato con DDG 2294/2022 e coadiuvato da un gruppo di lavoro e da una rete di referenti del RPCT individuati da ultimo con delibera DDG n. 2180 del 30.10.2025.

Quanto al ruolo dei Direttori/Responsabili di tutte le Macrostrutture nella complessiva strategia anticorruzione dell'Ente – 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 PIAO così come della tempestiva e corretta esecuzione delle indicazioni provenienti dal RPCT, ferma la funzione di interfaccia tra i predetti Direttori/Responsabili e il RPCT, nonché di supporto di natura tecnica in favore dei medesimi Direttori/Responsabili di Macrostruttura, attribuita dal PNA ai Referenti.

Tutti i Direttori/Responsabili di struttura destinataria di misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, inoltre, provvedono al monitoraggio circa la corretta attuazione delle stesse.

I Referenti, infatti, concorrono 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 il 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 al 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 della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO;
2. l'attuazione, d'intesa con il RPCT, di meccanismi di formazione interna a ciascuna Macrostruttura,

attuazione e controllo delle decisioni;

3. il tempestivo aggiornamento del RPCT, con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio di corruzione per ciascuna Macrostruttura;
4. il 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 monitoraggio dell'efficace attuazione della Sezione, per la componente anticorruzione, 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 della Sezione stessa; a tale scopo i Referenti concorrono all'istruttoria delle relazioni periodiche circa lo stato di attuazione delle misure anticorruzione e di trasparenza previste dalla Sezione, chieste alle rispettive Macrostrutture dal RPCT in sede di monitoraggio, comunicando al 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 richiesto in tabella 1);
7. il monitoraggio circa l'attuazione effettiva delle misure di rotazione previste dalla Sezione ovvero delle misure alternative alla rotazione, motivando in merito alle ragioni ostative della rotazione stessa;
8. elementi utili alla individuazione, da parte del 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 del 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 nella Sezione Anticorruzione e Trasparenza (art. 1, c. 14, della l. n. 190/2012);
- g. possono indicare al RPCT le criticità riscontrate nell'attuazione delle misure anticorruzione e trasparenza circa gli obblighi di pubblicazione, 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 la Sezione; 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 al 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 al RPCT e alla Direzione Generale il necessario supporto istruttorio, in sede di esame 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 del 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 della presente Sezione.

Nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del 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 PIAO, 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.

Il RPCT, pertanto, concorre con Direttore Generale al 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 2022 prendendo le mosse dalle aree di rischio generali e specifiche individuate dall'ANAC, con il PNA 2022 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, cui si aggiunge – in sede di rimodulazione infrannuale del presente Piano, alla luce del monitoraggio circa la

strategia societaria in tema di integrità, l'approvazione di atto formale di indirizzo sui temi dell'integrità e della trasparenza, a supporto della società *in-house*.

Vengono introdotte, infine 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”.

Il RPCT ed il Direttore Generale propongono a tutte le Macrostrutture una 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 di attuazione del PNRR.

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.

3. Valutazione di impatto del contesto esterno ed interno

3.1 Contesto esterno

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 il 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).

Si segnala, inoltre, l'adesione da parte dell'Amministrazione al Forum dell'Integrità in Sanità, oggi alla IV Edizione, 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.

Nel quadro di tale iniziativa, in particolare, le associazioni organizzatrici del *Forum* hanno demandato a soggetti terzi ed imparziali la valutazione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 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. 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 cui il RPCT e la Direzione Generale hanno aderito.

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. 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.

b. Contesto criminale

In Puglia, secondo quanto riferito già nella Relazione annuale 2024 del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia visualizzabile al seguente link

<https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/#relazione-sullattivita-nel-2024/1/>

Dalla relazione si dà atto 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 segnalando altresì la vivacità dello scenario criminale pugliese.

Rispetto al passato è stata poi registrata una maggiore propensione verso ulteriori forme di aggressione dell'economia legale, infiltrandosi nelle aziende e nelle istituzioni civili al fine di condizionarne i regolari processi decisionali a proprio vantaggio o schermando i proventi delle attività delittuose con forme sempre più complesse di riciclaggio. La propensione ad insinuarsi nei gangli istituzionali e nella società civile da parte della criminalità mafiosa barese è stata favorita dalla tendenza di alcuni apparati pubblici a piegarsi ad interessi particolari, come testimoniato da rilevanti indagini nei confronti di compiacenti professionisti e amministratori locali corrotti o che hanno riguardato gravi episodi di scambio elettorale politico mafioso.

Dallo scenario criminale evidenziato e con i rischi connessi anche all'attuazione del PNRR, l'Azienda ha focalizzato la propria attenzione sugli appalti e sui rapporti con il privato accreditato.

c. Nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs 36/2023)

Con l'emanazione del nuovo Codice degli Appalti (D.Lgs 36/2023) l'approccio alle attività cambia prospettiva dandone una visione positiva, in virtù del conclamato principio della fiducia. Difatti, oggi, l'attribuzione e l'esercizio del potere nel settore dei contratti pubblici si fonda sul principio della reciproca fiducia nell'azione legittima, trasparente e corretta dell'amministrazione, dei suoi funzionari e degli operatori economici. Il principio della fiducia favorisce e valorizza l'iniziativa e l'autonomia decisionale dei funzionari pubblici, con particolare riferimento alle valutazioni e alle scelte per l'acquisizione e l'esecuzione delle prestazioni secondo il principio del risultato. Nell'ambito delle attività svolte nelle fasi di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione dei contratti, ai fini della responsabilità amministrativa costituisce colpa grave la violazione di norme di diritto e degli auto-vincoli amministrativi, nonché la palese violazione di regole di prudenza, perizia e diligenza e l'omissione delle cautele, verifiche ed informazioni preventive normalmente richieste nell'attività amministrativa, in quanto esigibili nei confronti dell'agente pubblico in base alle specifiche competenze e in relazione al caso concreto.

Il RPCT, coadiuva costantemente con il Direttore del Dipartimento Investimenti Acquisti e tecnologie, le aree incardinate ed il personale ivi incaricato, al fine di limitare il rischio di comportamenti di mala-administration.

Si aggiungono inoltre quelli legati alla gestione dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con riferimento ai quali l'azienda ha:

- 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;
- 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.

d. Rapporti con gli operatori del privato accreditato:

Relativamente all'assistenza ospedaliera privata si rinvia al paragrafo 4.2 del presente P.I.A.O. dove viene, tra l'altro, rappresentata la matrice dei posti letto convenzionati delle strutture private accreditate.

Per quanto attiene l'assistenza territoriale si rinvia al paragrafo 4.3 del presente P.I.A.O. dove viene riportata, tra l'altro, la matrice relativa al numero di strutture private convenzionate suddivise in base alla tipologia di struttura e al tipo di assistenza erogata.

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

Il PNRR sviluppa una nuova sanità del territorio. Gli investimenti programmati di cui è destinataria la ASL di Bari, per un volume finanziario pari ad Euro 172.671.786,00 mirano a rendere più efficiente la risposta dei servizi alle esigenze dei cittadini attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale, di cui sarà ampliata l'offerta su tutto il territorio provinciale e regionale, attraverso l'acquisizione di moderne tecnologie sanitarie che, oltre ad offrire un miglioramento dell'assistenza, permetteranno di avvicinare i servizi sanitari ai cittadini con lo sviluppo della telemedicina e degli strumenti per la sanità digitale.

La nuova rete territoriale prevede la realizzazione di n. 35 Case di Comunità, n.9 Ospedali di Comunità e n.12 Centrali Operative Territoriali. La ripartizione territoriale degli investimenti è stata pianificata secondo i criteri stabiliti nel PNRR.

Di seguito viene riportata una breve descrizione delle tipologie di strutture previste:

1. *Le **Case della Comunità** saranno strutture sanitarie territoriali, promotrici di un modello di intervento multidisciplinare (modello Case della Salute). Il cittadino può trovare tutti i servizi sanitari di base, il Medico di Medicina Generale e la Pediatria, gli specialisti ambulatoriali e altri professionisti (logopedisti, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione). Figura chiave nella Casa della Comunità sarà l'infermiere di famiglia, che diventa il professionista responsabile dei processi infermieristici in famiglia e Comunità.*
2. *Gli **Ospedali di Comunità** saranno strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica. Sono strutture intermedie tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica.*

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

Nell'ambito dello stesso finanziamento complessivo rientra il piano di investimento per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, attraverso cui si procederà all'acquisto delle grandi apparecchiature per il potenziamento della ASL di Bari e l'adeguamento sismico delle strutture ospedaliere della ASL di Bari.

Il Cronoprogramma con il dettaglio delle azioni programmate è di seguito riportato:

Case di Comunità:

- Approvazione CIS: 30/06/2022;
- Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara: 31/12/2022;
- Assegnazione dei codici CIG: 31/03/2023;
- Stipula dei contratti: 30/09/2023;
- Ultimazione lavori: 31/03/2026.

Ospedale di Comunità:

- Approvazione CIS: 30/06/2022;
- Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara: 31/12/2022;
- Stipula dei contratti: 30/09/2023;
- Ultimazione lavori: 31/03/2026;

Ospedale Sicuro e Sostenibile:

- Approvazione CIS: 30/06/2022;
- Pubblicazione gara per interventi strutturali: 30/06/2023;
- Ultimazione lavori: 30/06/2026;

Grandi apparecchiature:

- Approvazione CIS: 30/06/2022;
- Pubblicazione gara d'appalto: 31/12/2022;
- Collaudo apparecchiature e messa in esercizio: 31/03/2026.

3.2 Contesto interno

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.

a. Rilevazione interna all'ente

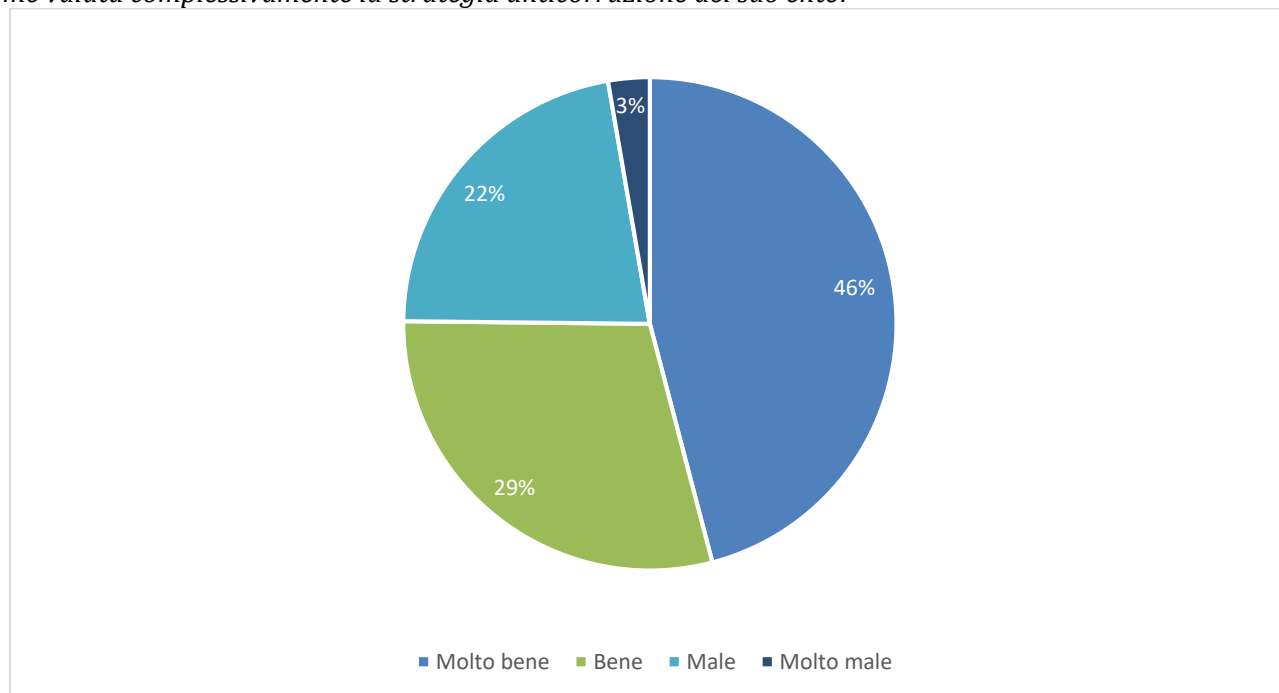
Nel presente paragrafo, dunque, si illustreranno i risultati della rilevazione in materia di prevenzione della corruzione dal titolo "Corruzione, PIAO e Valore Pubblico" svolta tra i dipendenti

Nel più ampio contesto della partecipazione al Forum per l'Integrità in Sanità, il RPCT ed il Direttore Generale hanno dato avvio, contestualmente informandone tutti i dipendenti, alla somministrazione di un questionario finalizzato ad una 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 oltre che alla conoscenza del PIAO e del concetto di Valore Pubblico.

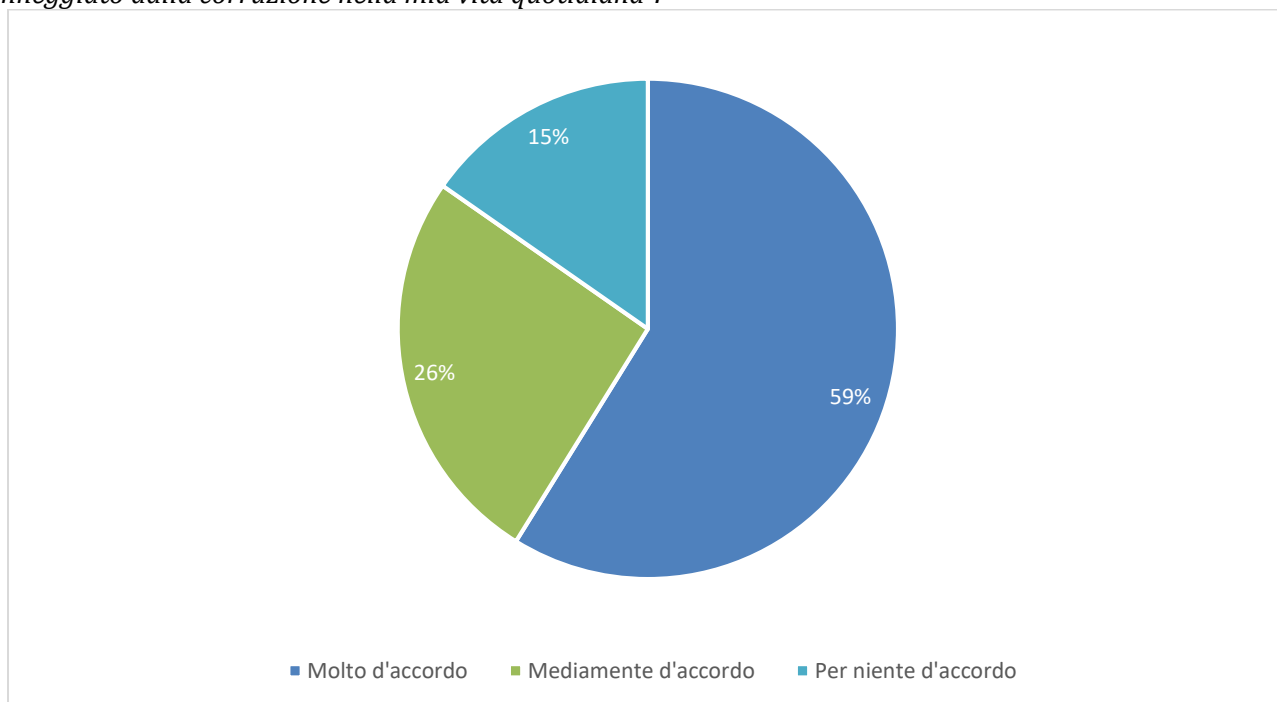
I dati forniti confermano, da un lato, le risultanze di più ampie ricognizioni sul tema della corruzione effettuate periodicamente a livello nazionale ed internazionale, evidenziando, dall'altro, la percezione dei dipendenti di un contesto aziendale meno permeabile alla cattiva amministrazione rispetto a quanto avviene a livello sia regionale che nazionale. A questa rilevazione è stato dato spazio anche alla gestione dei fondi PNRR.

È intendimento del 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 programmarci.

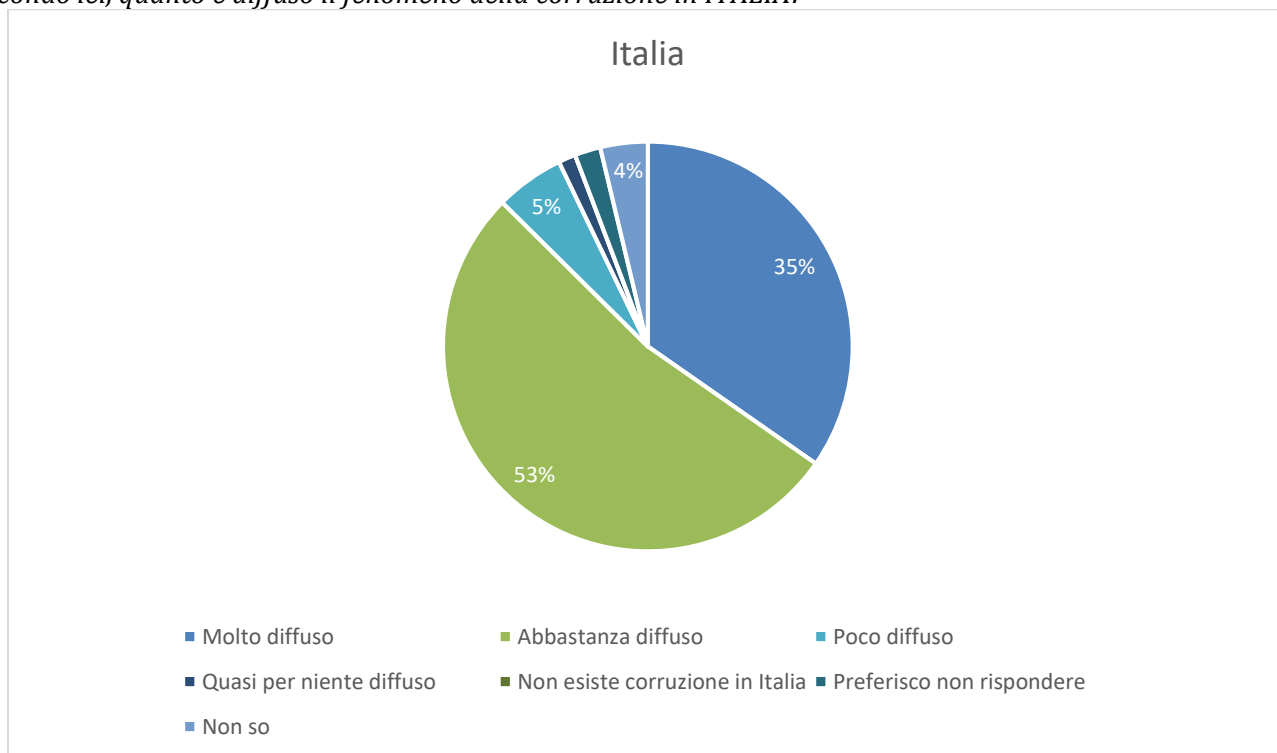
1. Come valuta complessivamente la strategia anticorruzione del suo ente?



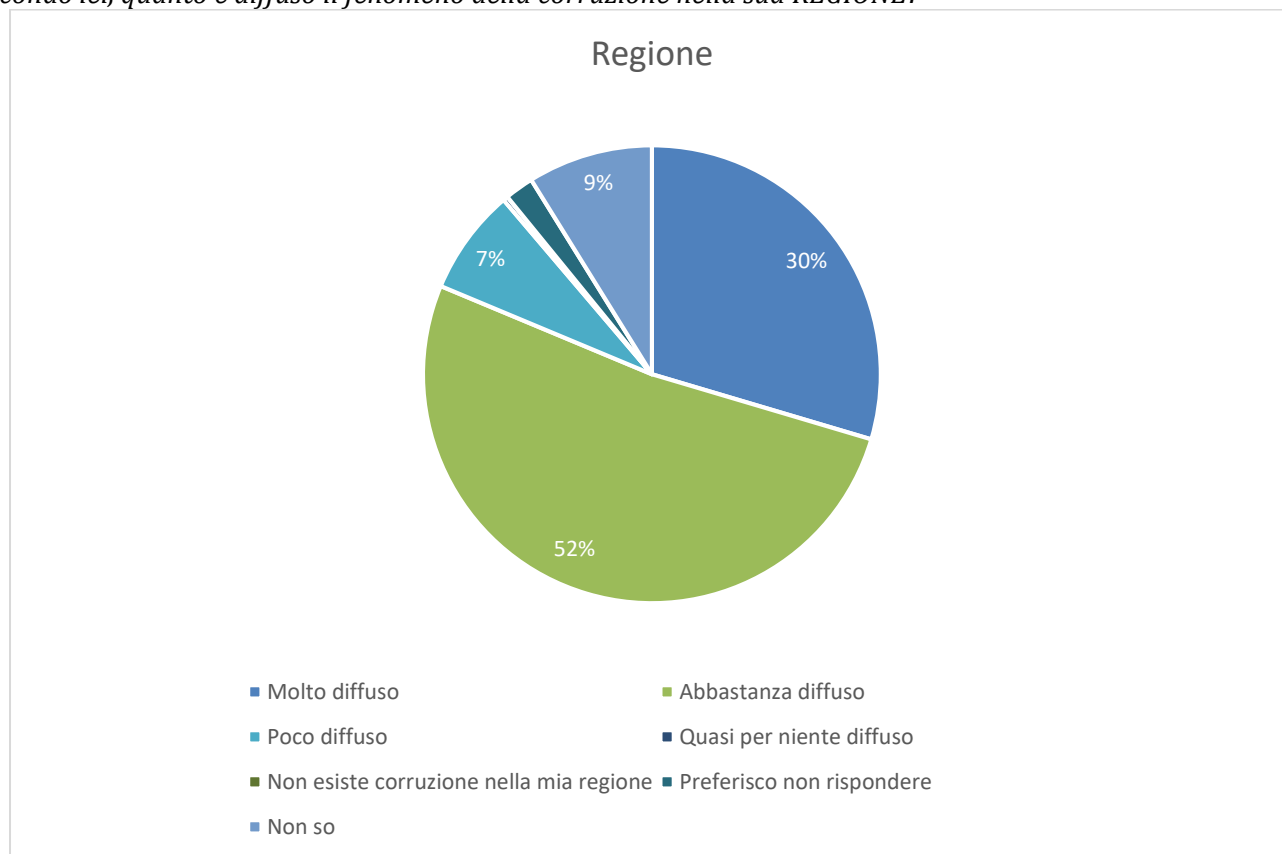
2. Quanto è d'accordo o in disaccordo con la seguente affermazione: "Come cittadino, sono personalmente danneggiato dalla corruzione nella mia vita quotidiana".



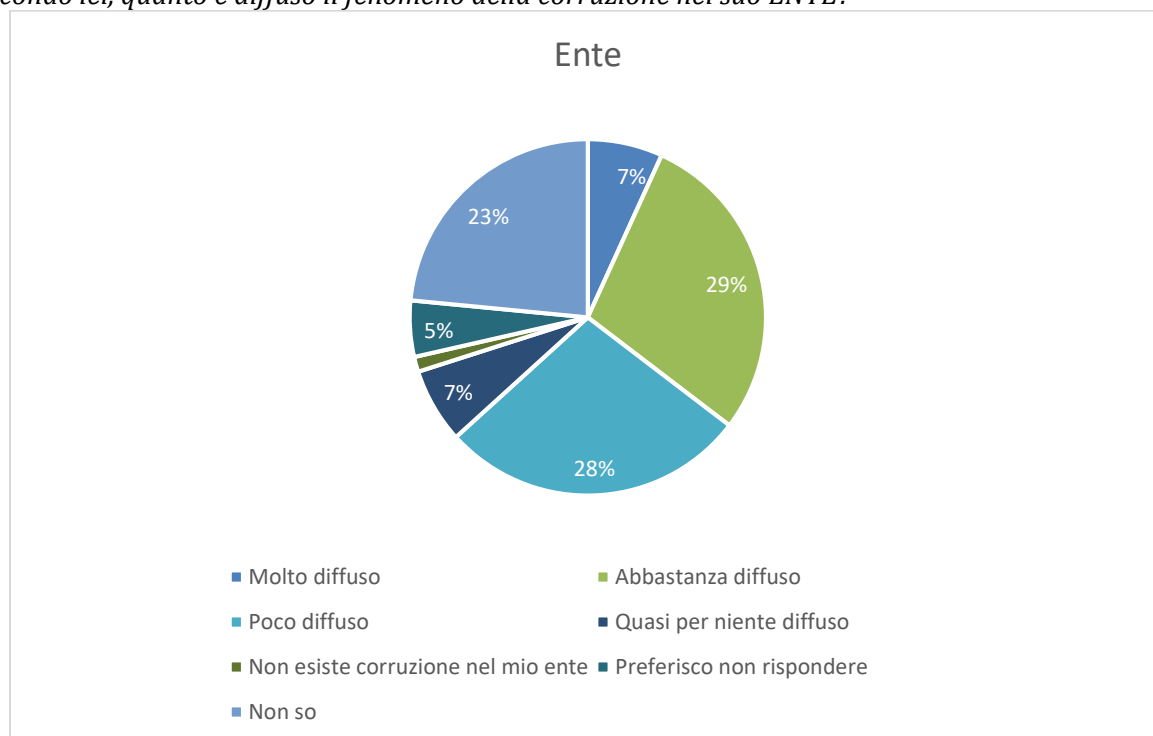
3. Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione in ITALIA?



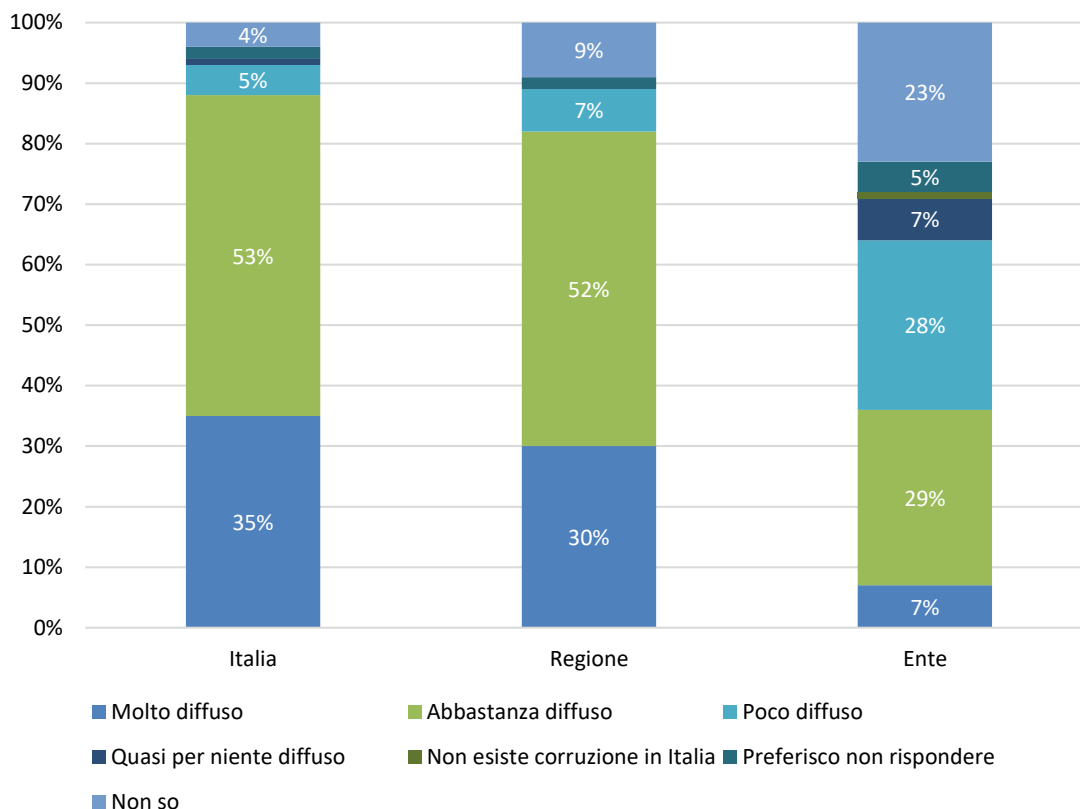
4. Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione nella sua REGIONE?



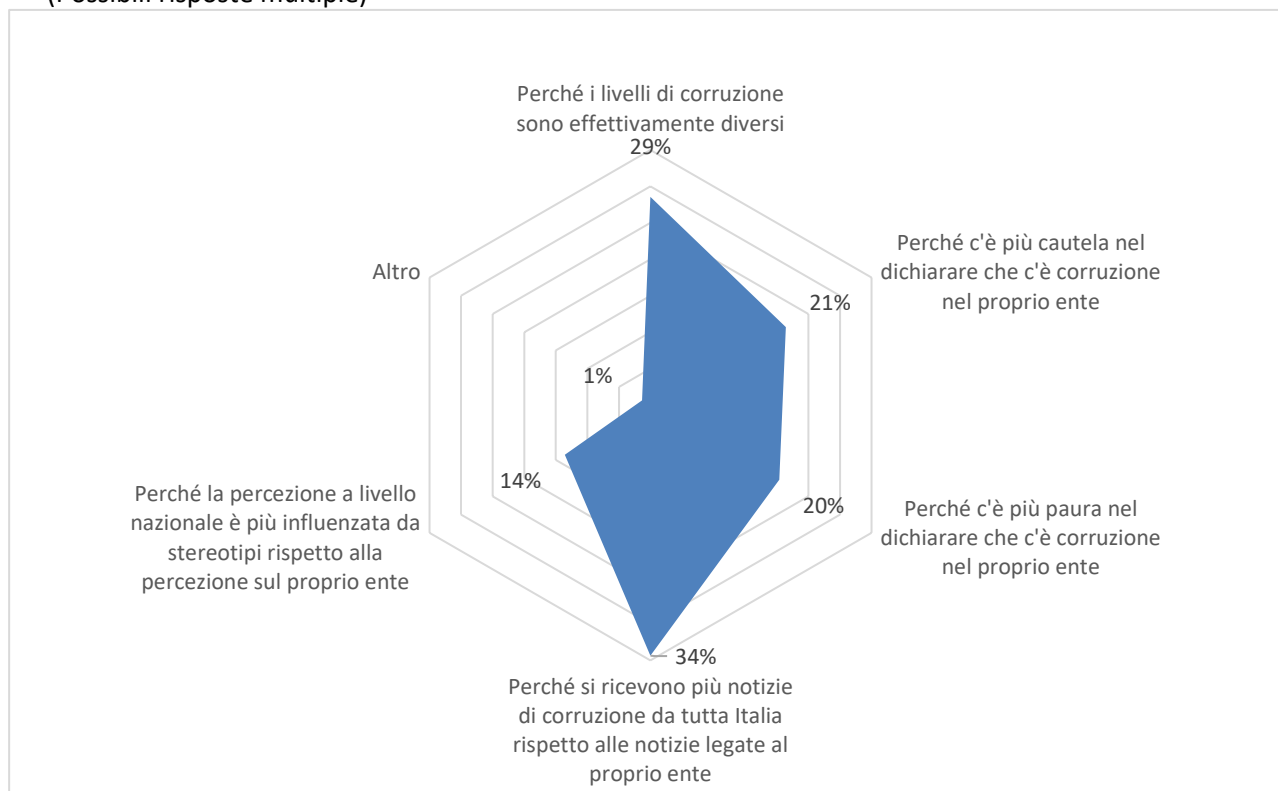
5. Secondo lei, quanto è diffuso il fenomeno della corruzione nel suo ENTE?



Confronto tra le risposte alle domande 3, 4 e 5.



6. *Ripensi alle ultime tre domande. Dai dati raccolti in passato risulta essere più diffusa la corruzione nella regione o in Italia piuttosto che nel proprio ente. Secondo lei perché questa differenza?*
(Possibili risposte multiple)

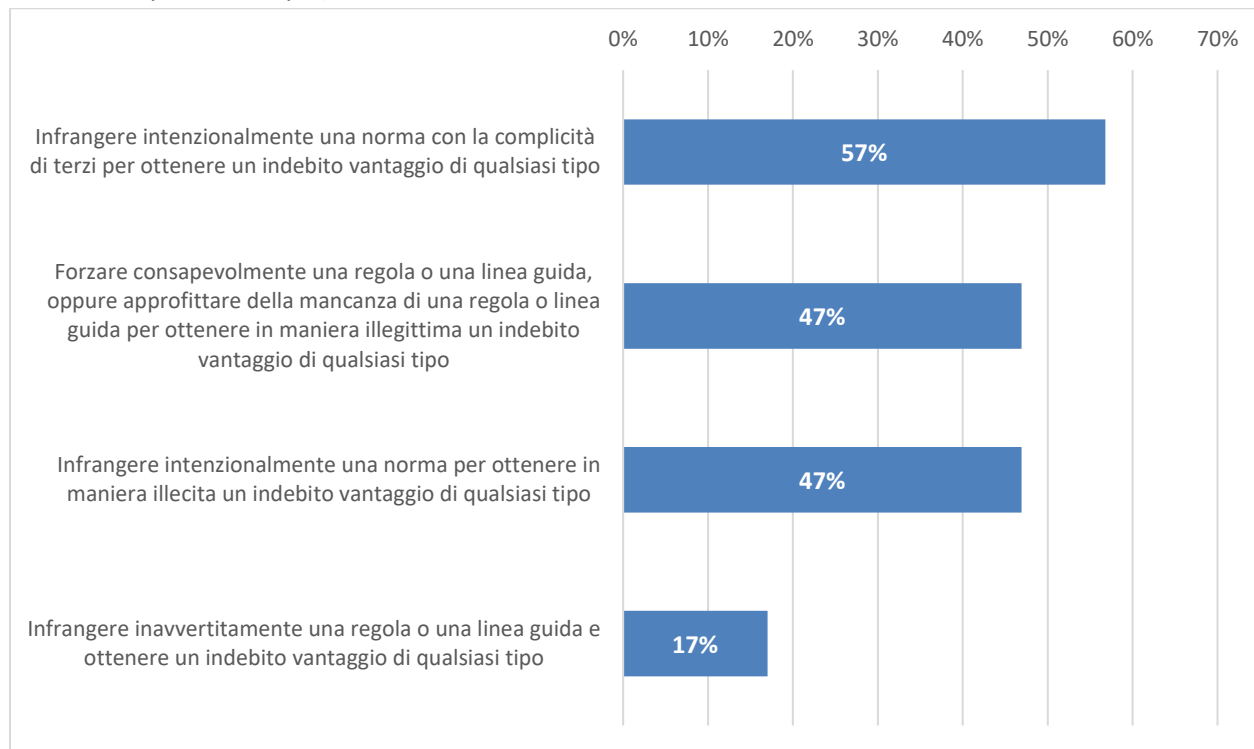


Di seguito sono riportate le risposte date alla voce "Altro" ritenute di rilievo:

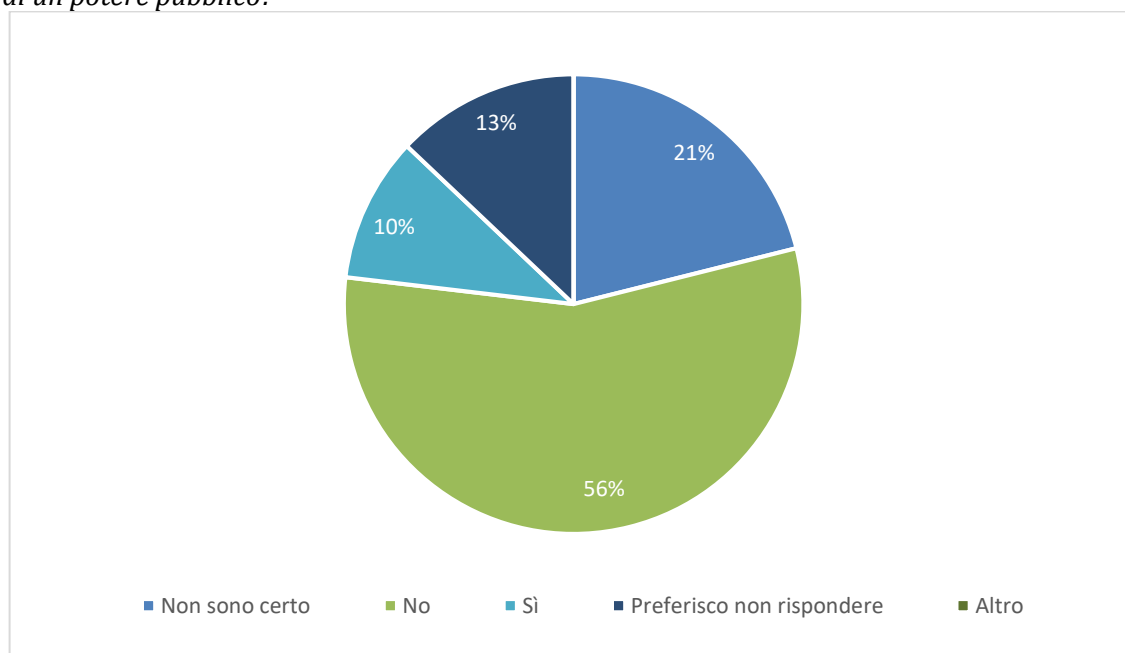
Non so (3 volte)

7. Secondo lei, quali delle seguenti situazioni configurano un episodio di corruzione nella Pubblica Amministrazione?

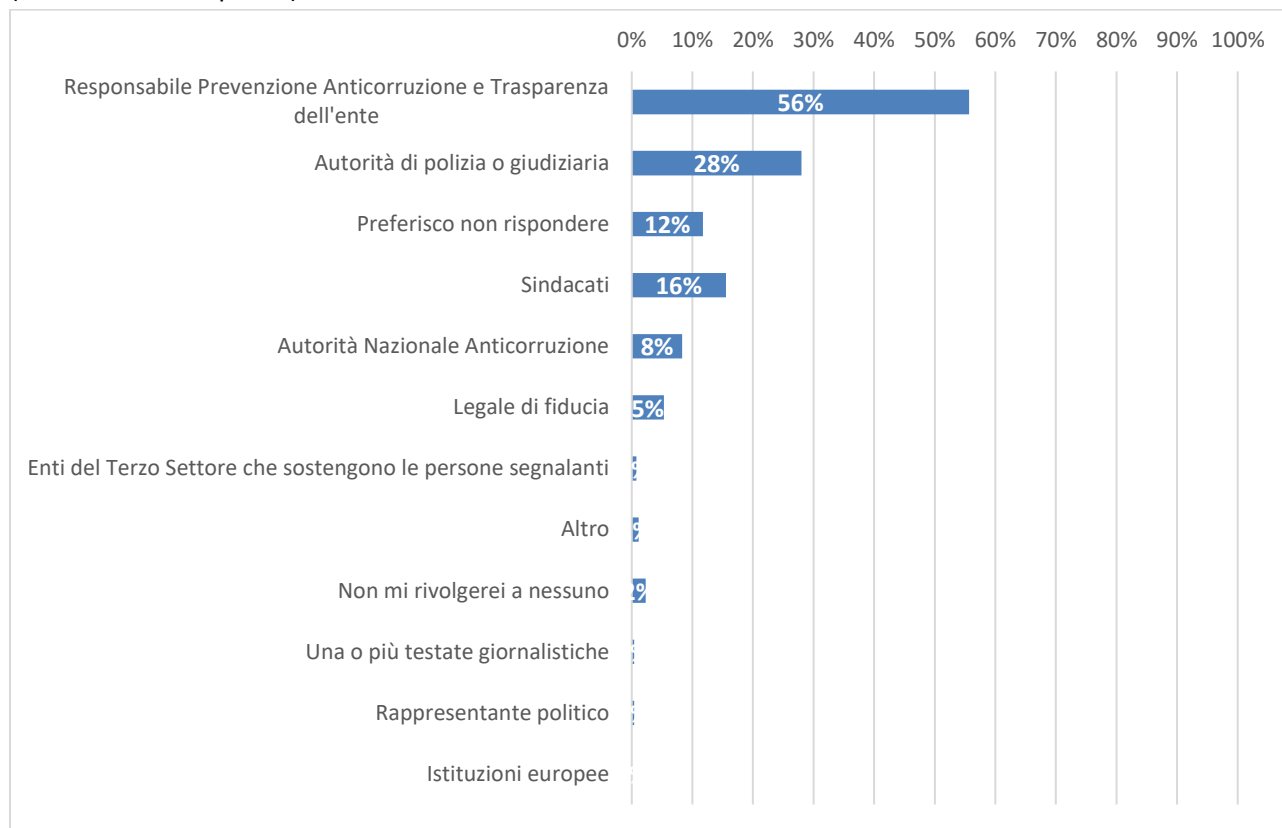
(Possibili risposte multiple)



8. È mai stato coinvolto o ha assistito a comportamenti che, secondo lei, rappresentano un utilizzo a fini privati di un potere pubblico?



9. Se si trovasse ad assistere a un comportamento di un/una collega che rappresenta un utilizzo a fini privati di un potere pubblico a chi si rivolgerebbe?
(Al massimo tre opzioni)

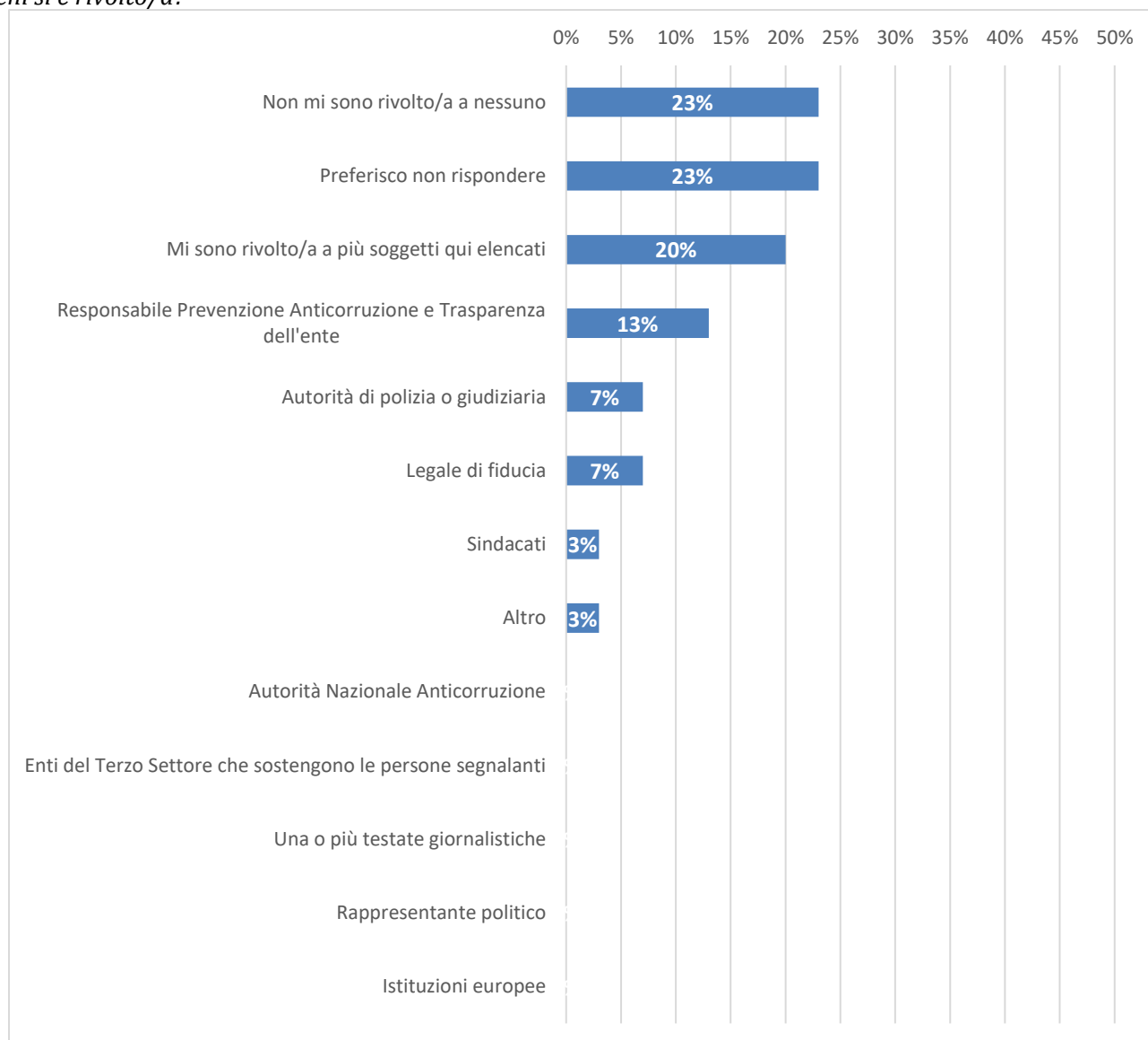


Di seguito sono riportate le risposte date alla voce "Altro" ritenute di rilievo:

Direttore UOC

A un superiore diretto (2 volte)

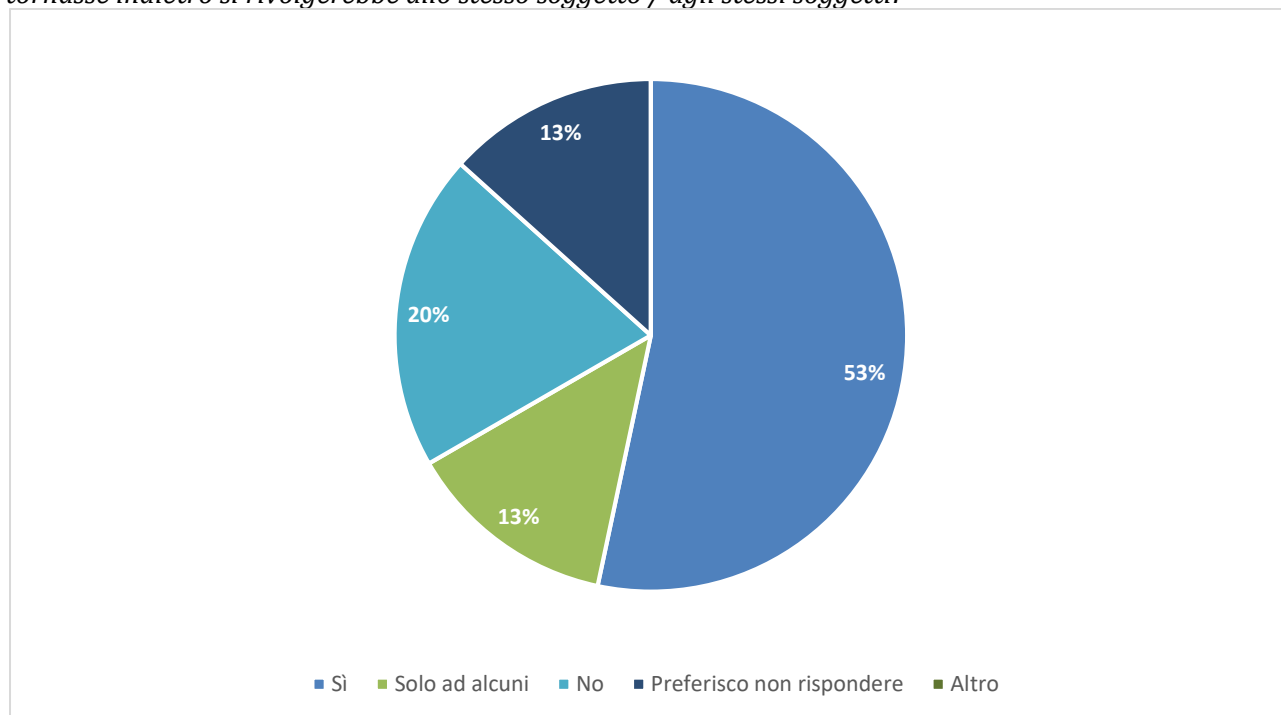
10. A chi si è rivolto/a?



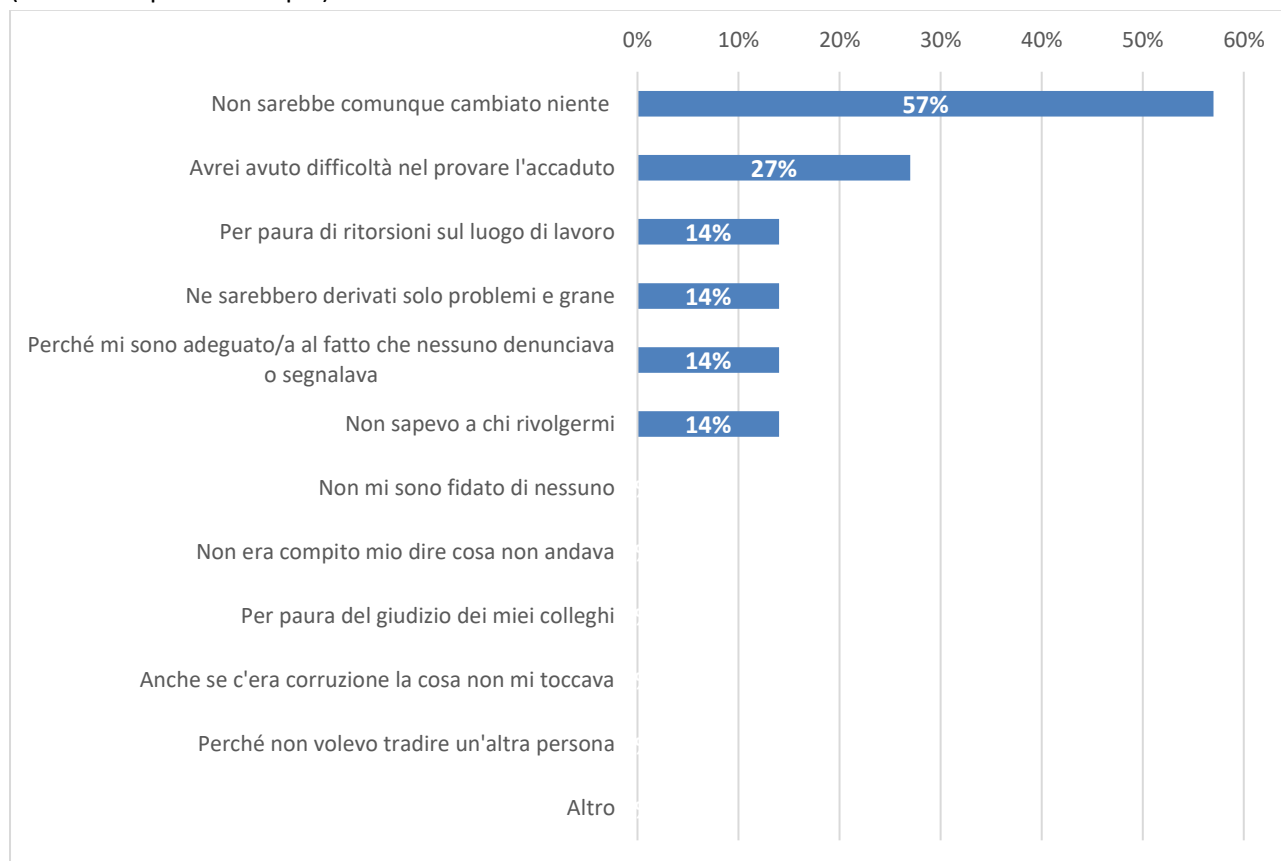
Di seguito sono riportate le risposte date alla voce "Altro" ritenute di rilievo:

Direttore di UOC

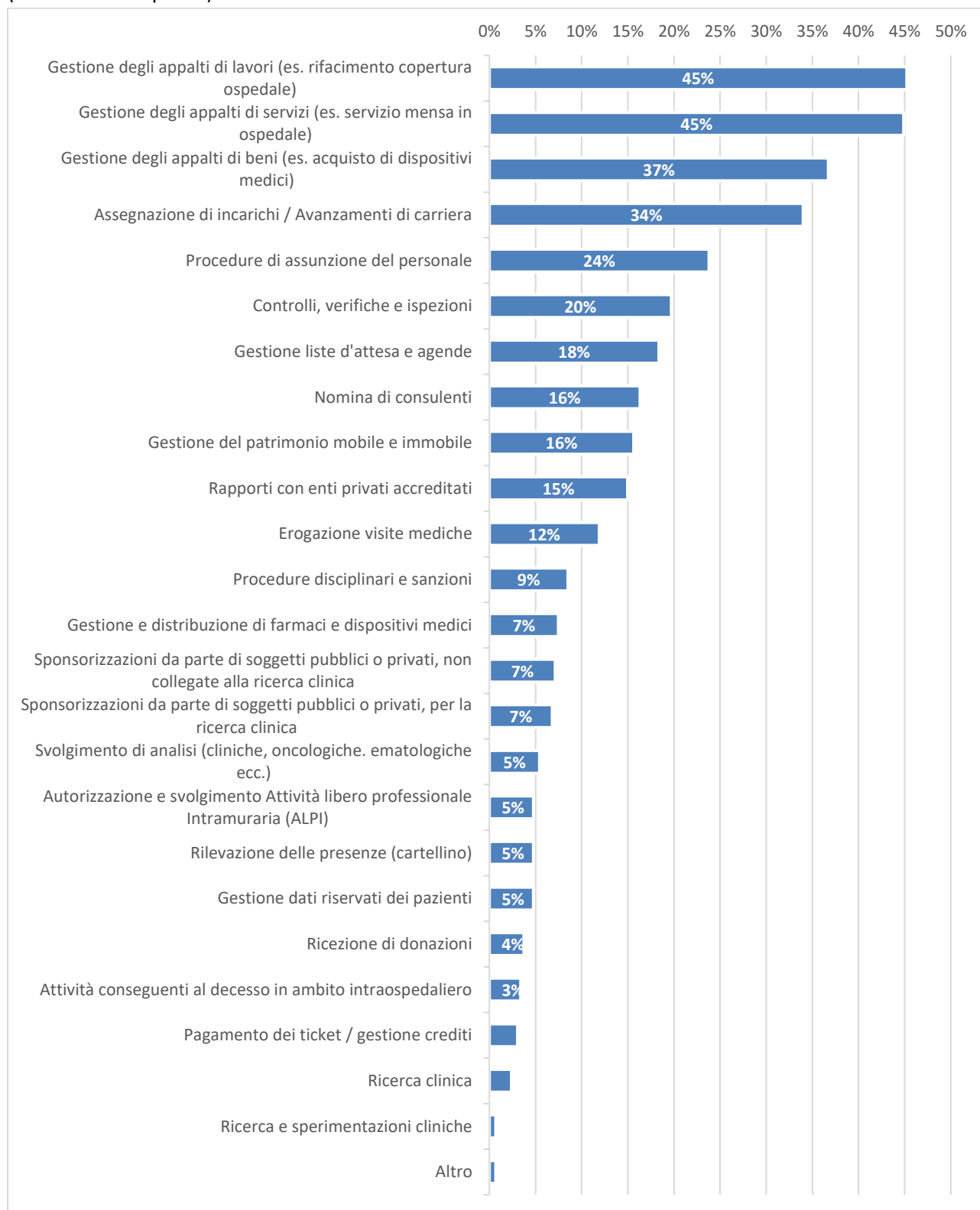
11. Se tornasse indietro si rivolgerebbe allo stesso soggetto / agli stessi soggetti?



12. Come mai ha ritenuto di non rivolgersi a nessuno?
(Possibili risposte multiple)



13. Secondo lei, quale delle seguenti attività è a maggior rischio corruttivo?
(Al massimo 5 opzioni)

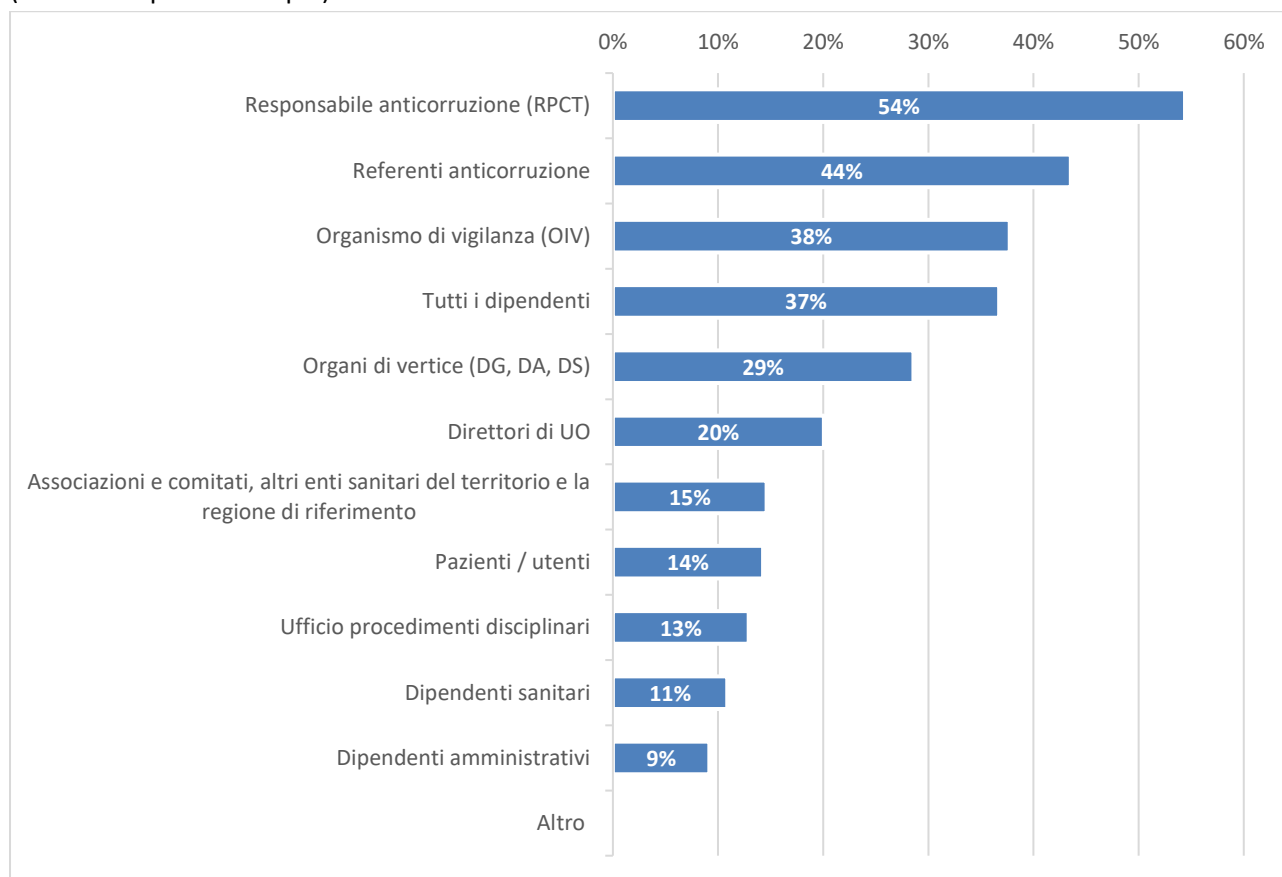


Di seguito sono riportate le risposte date alla voce "Altro" ritenute di rilievo:

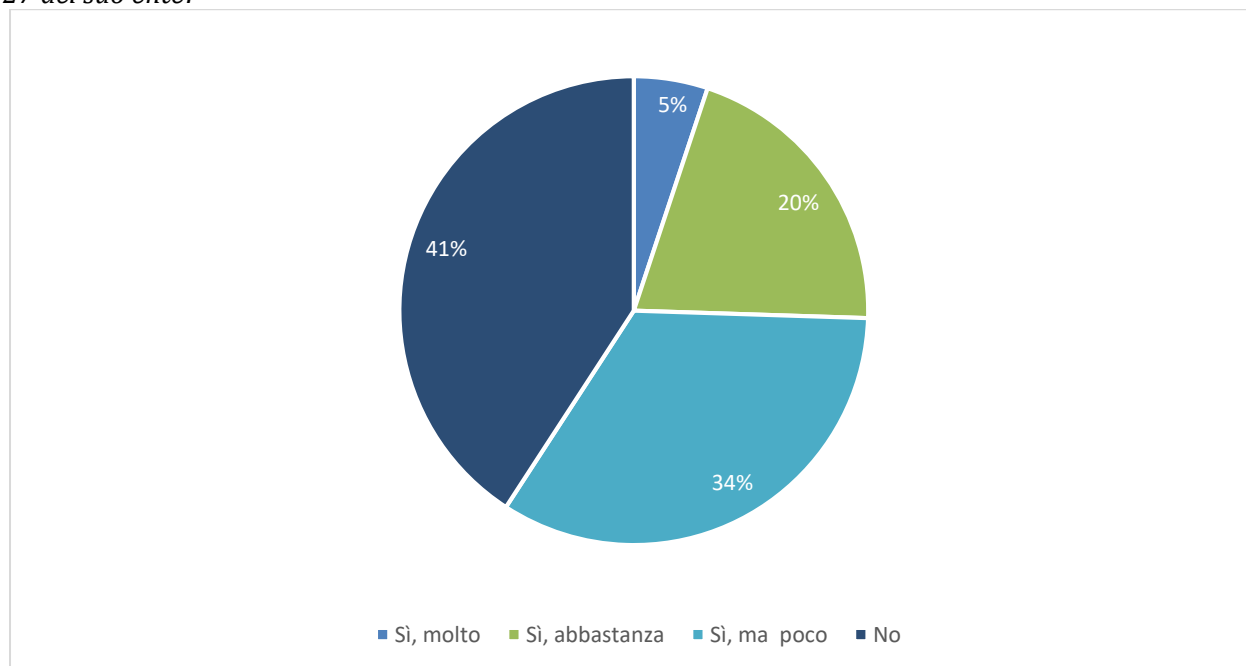
Possono essere tutti, dipende dalla persona;

Tutte le voci elencate sono a rischio

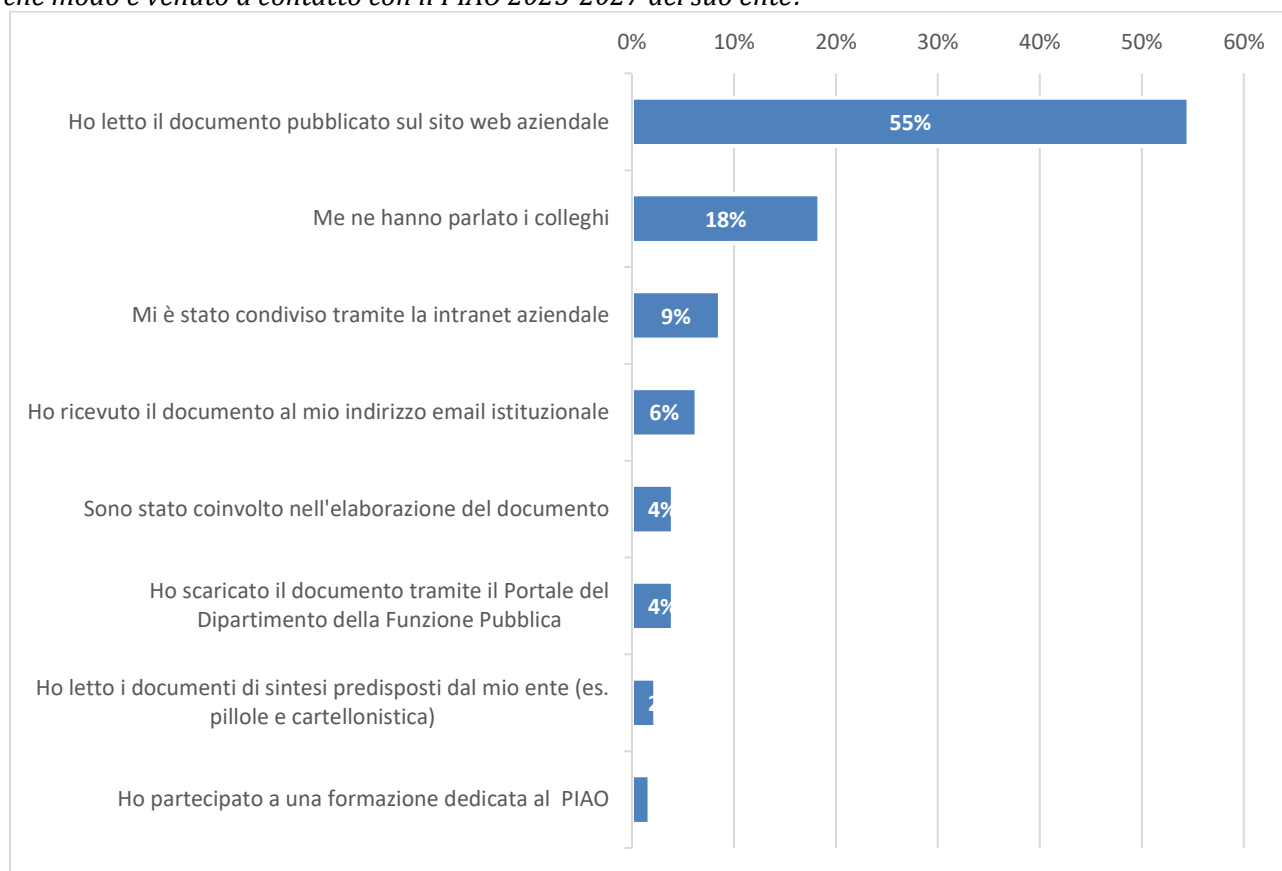
14. Secondo lei, chi deve partecipare all'elaborazione dell'analisi del rischio di corruzione?
(Possibili risposte multiple)



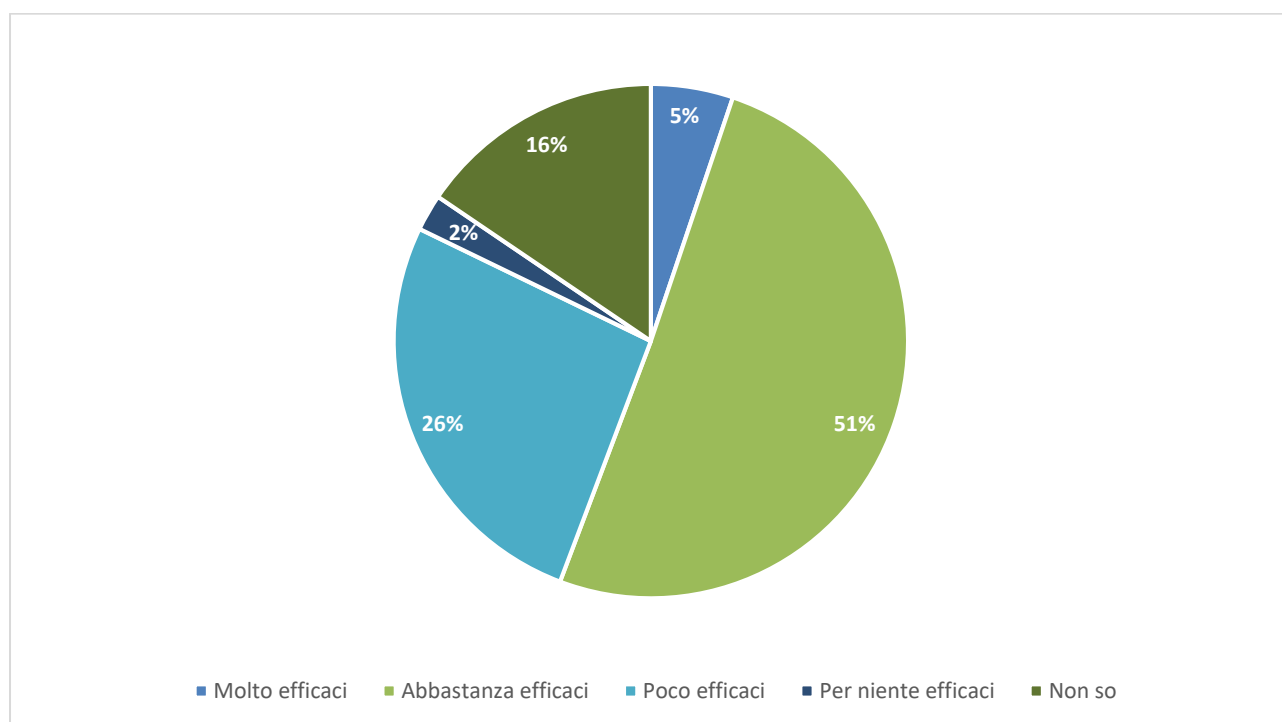
15. Conosce il Piano Integrato di Attività e Organizzazione della Pubblica Amministrazione (PIAO) 2025-2027 del suo ente?



16. In che modo è venuto a contatto con il PIAO 2025-2027 del suo ente?

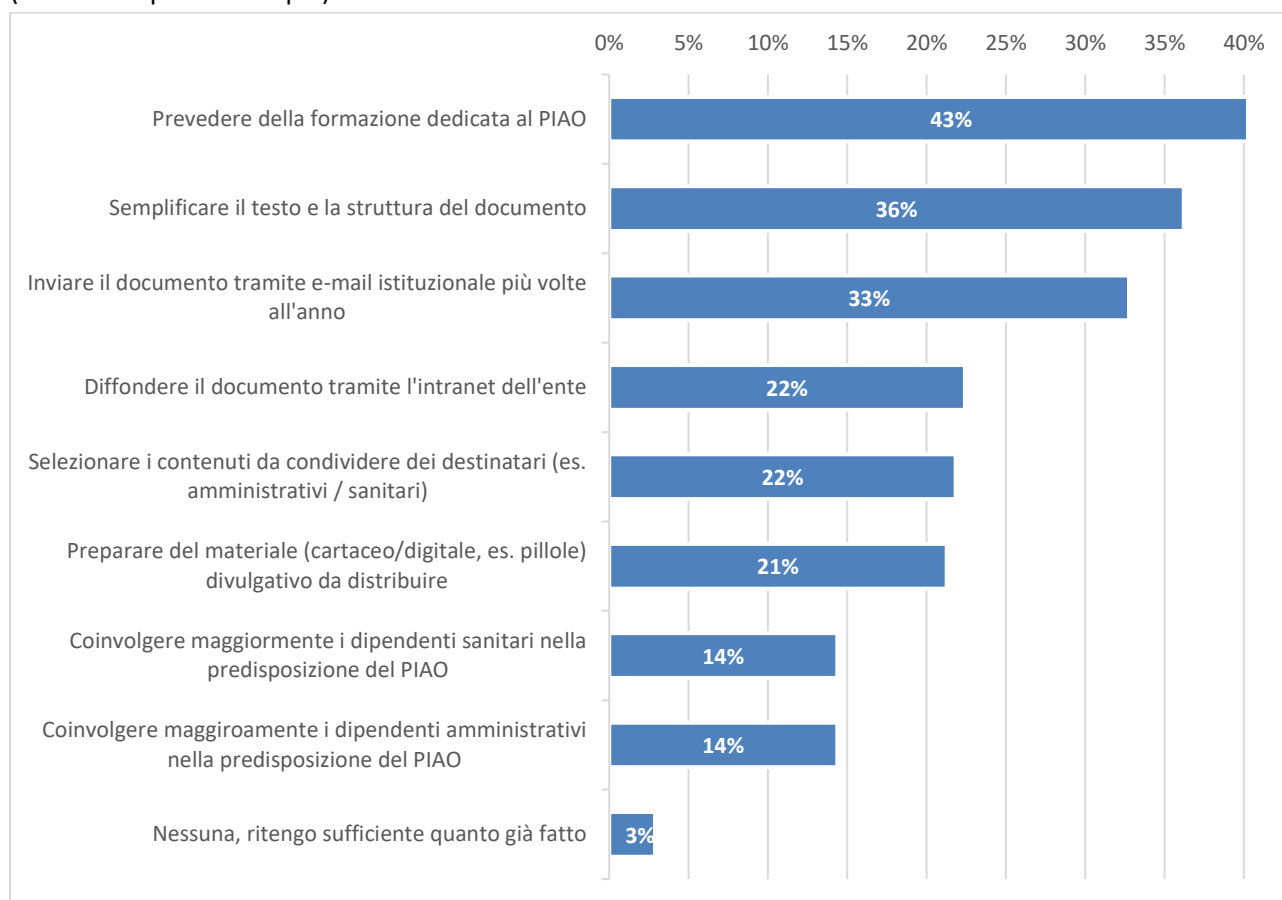


17. Quanto ritiene che le soluzioni adottate dall'ente siano state efficaci al fine di diffondere il PIAO?

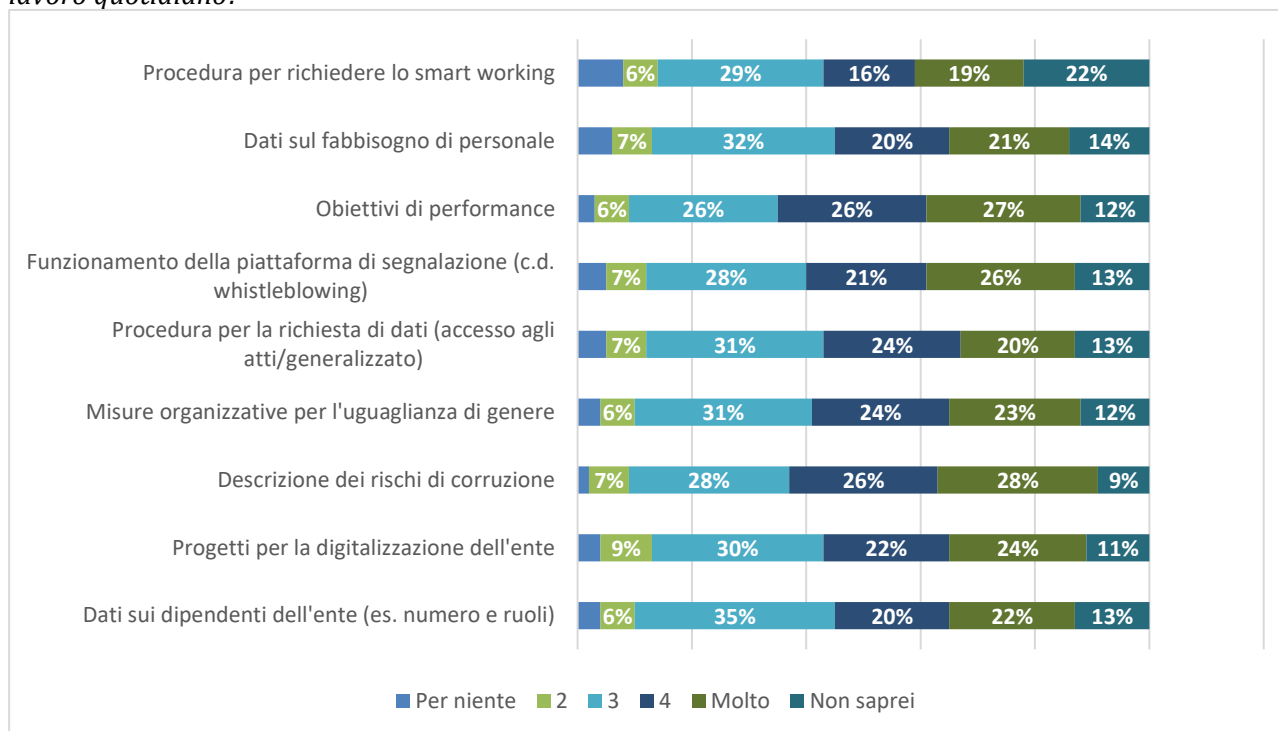


18. Quali nuove modalità suggerirebbe al suo ente per incrementare la diffusione e la lettura del PIAO tra i dipendenti?

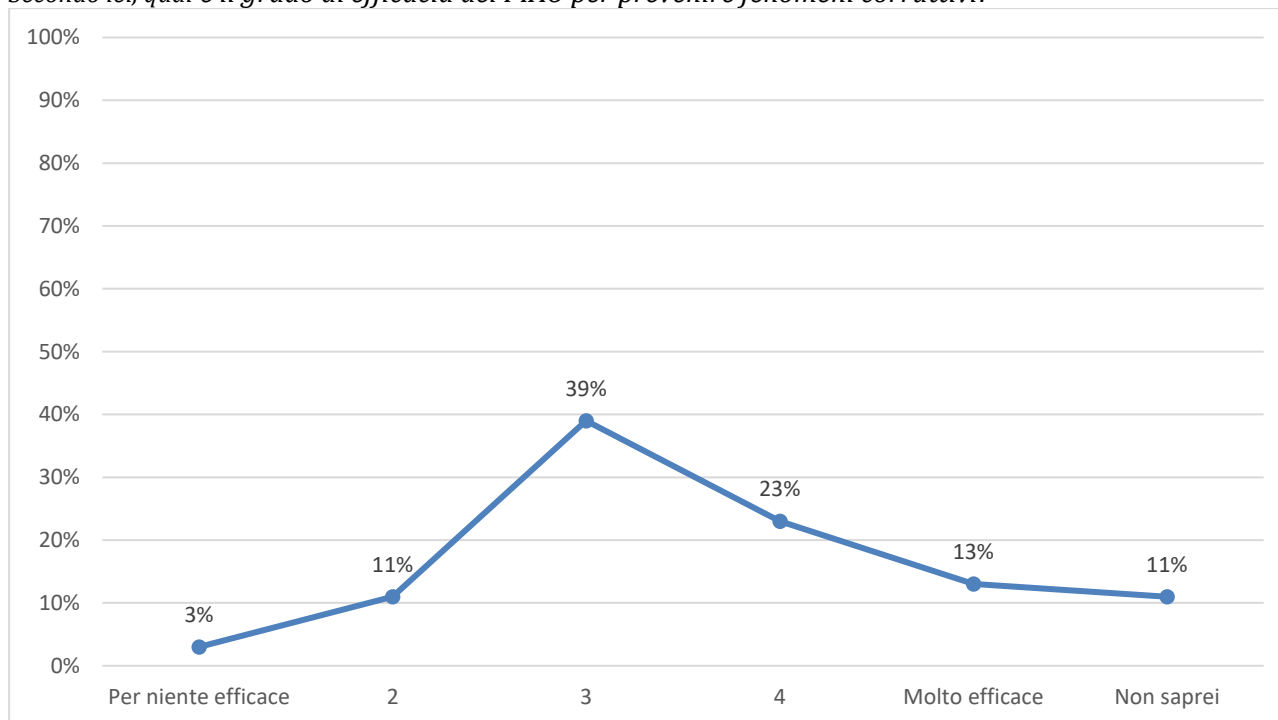
(Possibili risposte multiple)



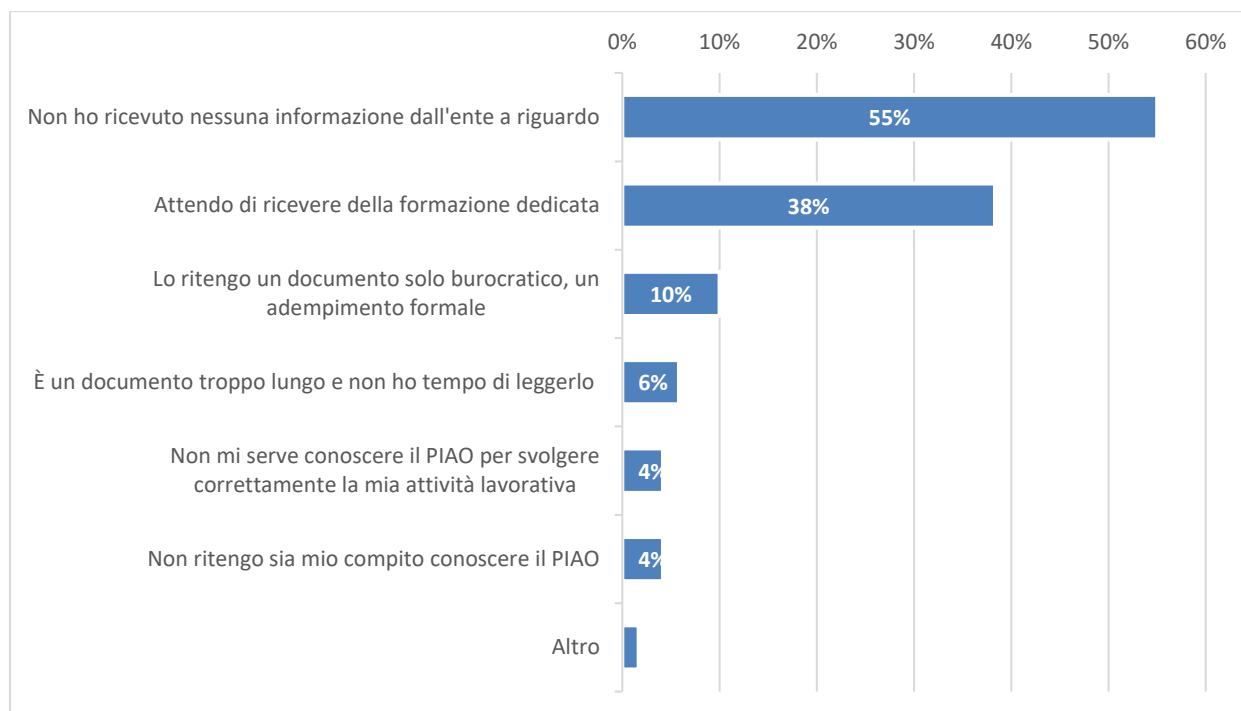
19. Quanto ritiene utili le seguenti informazioni, contenute nel PIAO del suo ente, per lo svolgimento del suo lavoro quotidiano?



20. Secondo lei, qual è il grado di efficacia del PIAO per prevenire fenomeni corruttivi?



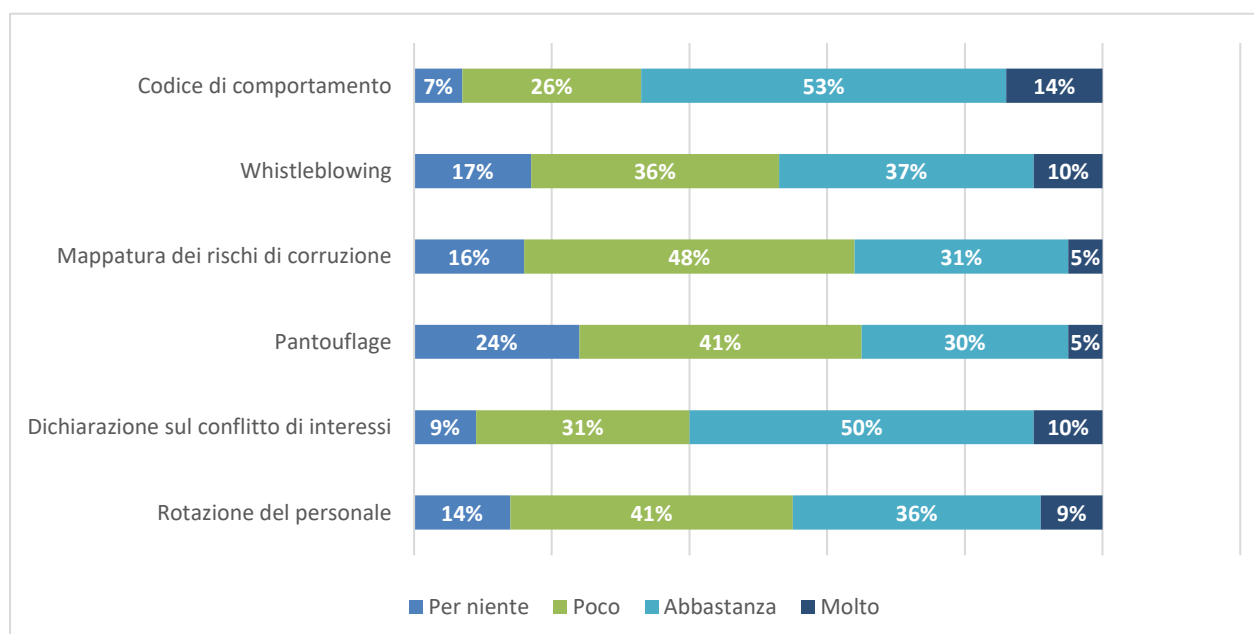
21. Quali sono i motivi per cui ritiene di non conoscere il PIAO del suo ente?
(Al massimo 3 opzioni)



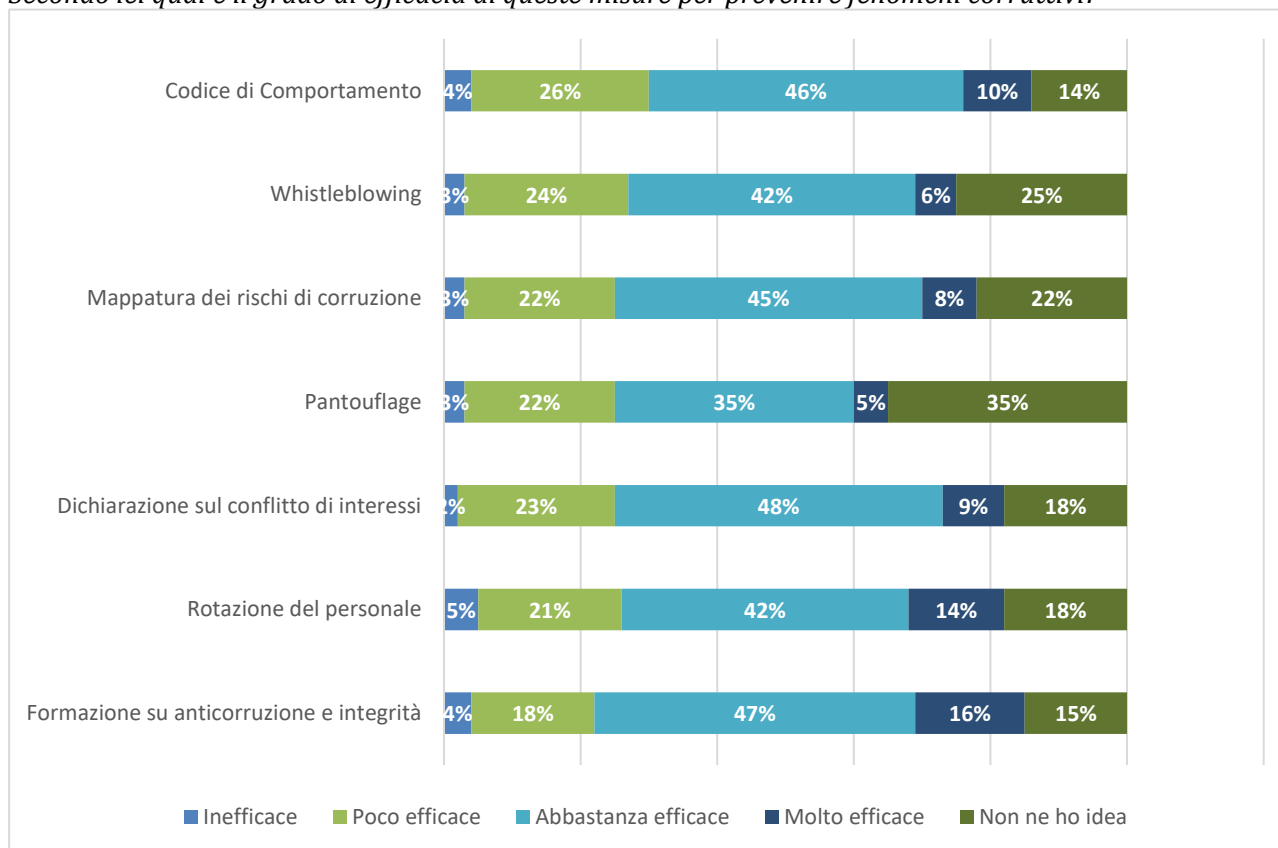
Di seguito sono riportate le risposte date alla voce “Altro” ritenute di rilievo:

Non ricordo di averlo ricevuto

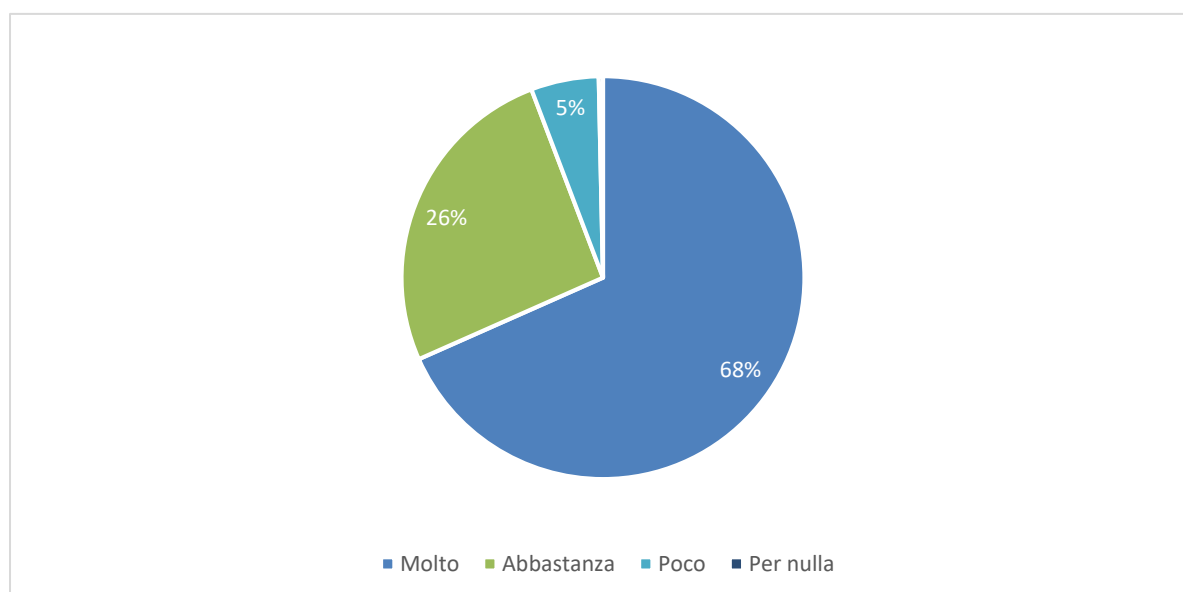
22. Quanto conosce queste altre misure di prevenzione della corruzione del suo ente?



23. Secondo lei qual è il grado di efficacia di queste misure per prevenire fenomeni corruttivi?

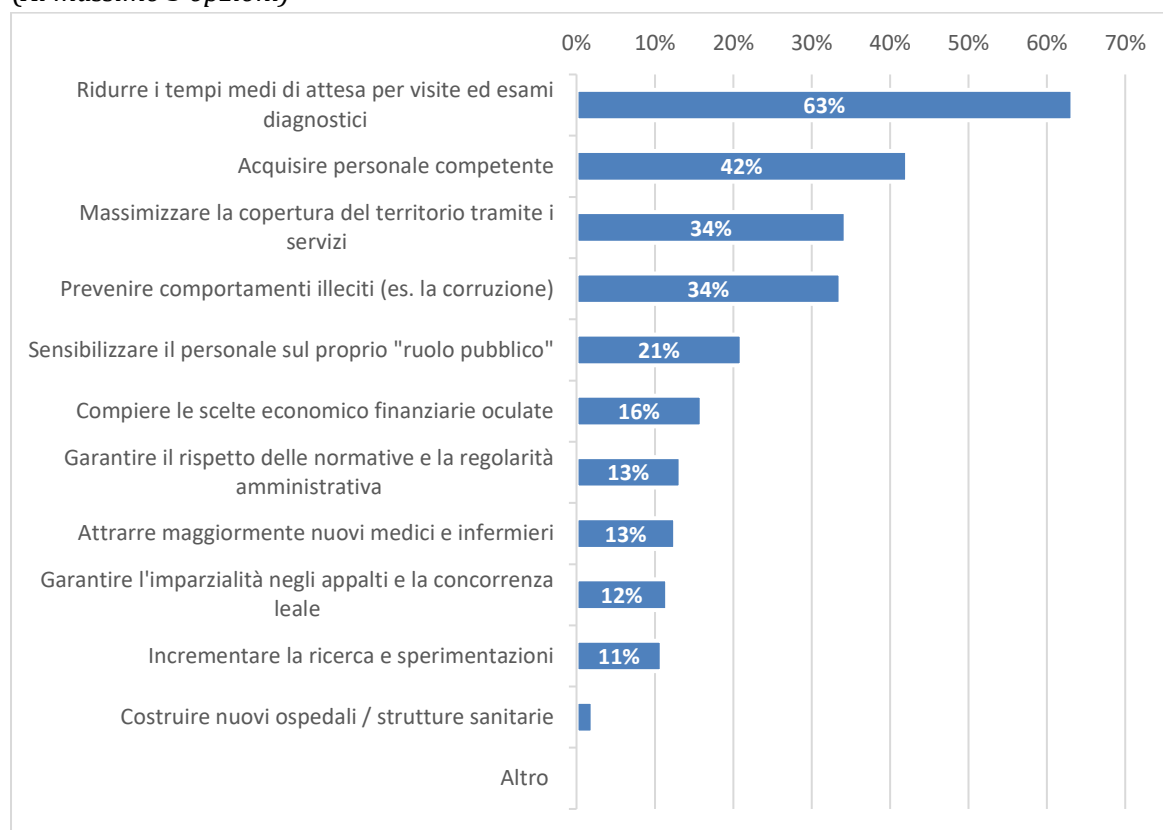


24. Quanto ritiene che il suo lavoro quotidiano contribuisca a generare Valore Pubblico per gli utenti dell'ente?



25. Secondo lei, quali sono le azioni più importanti che il suo ente dovrebbe intraprendere per generare Valore Pubblico?

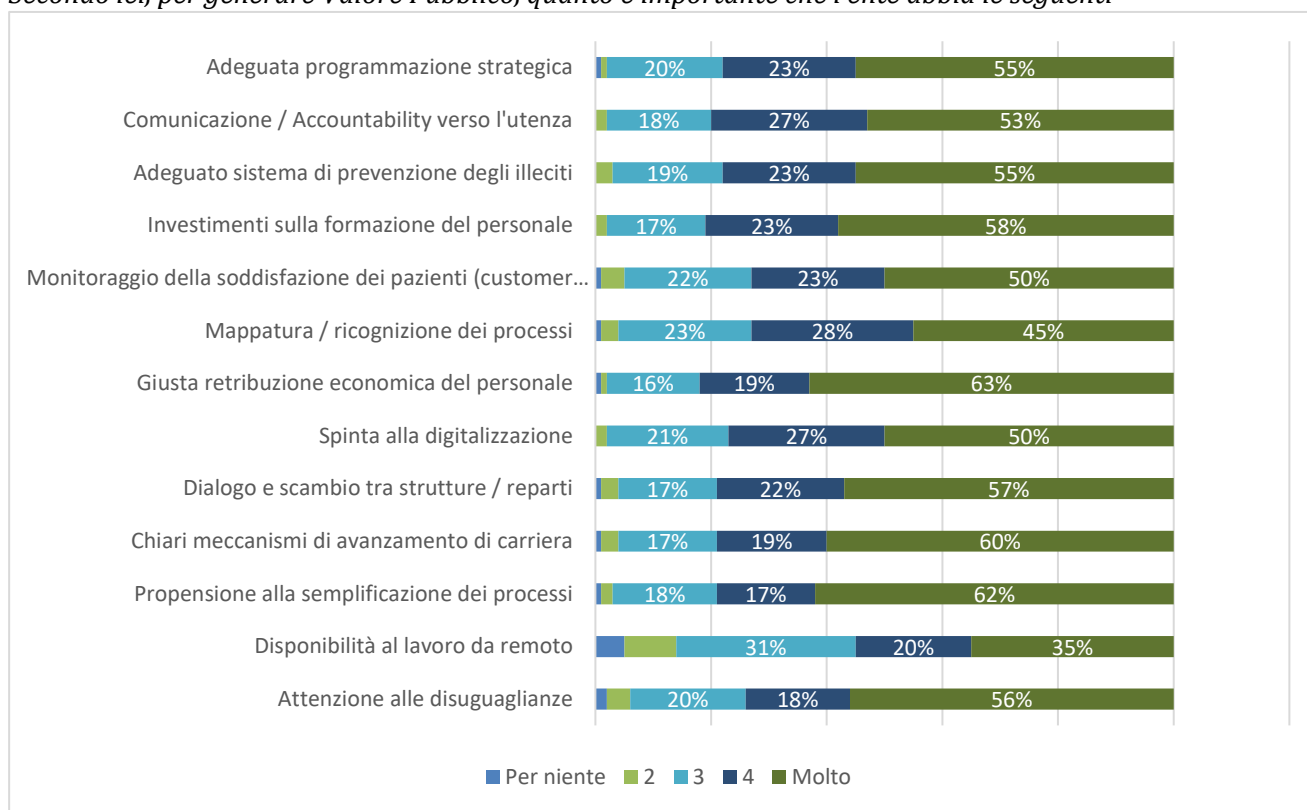
(Al massimo 3 opzioni)



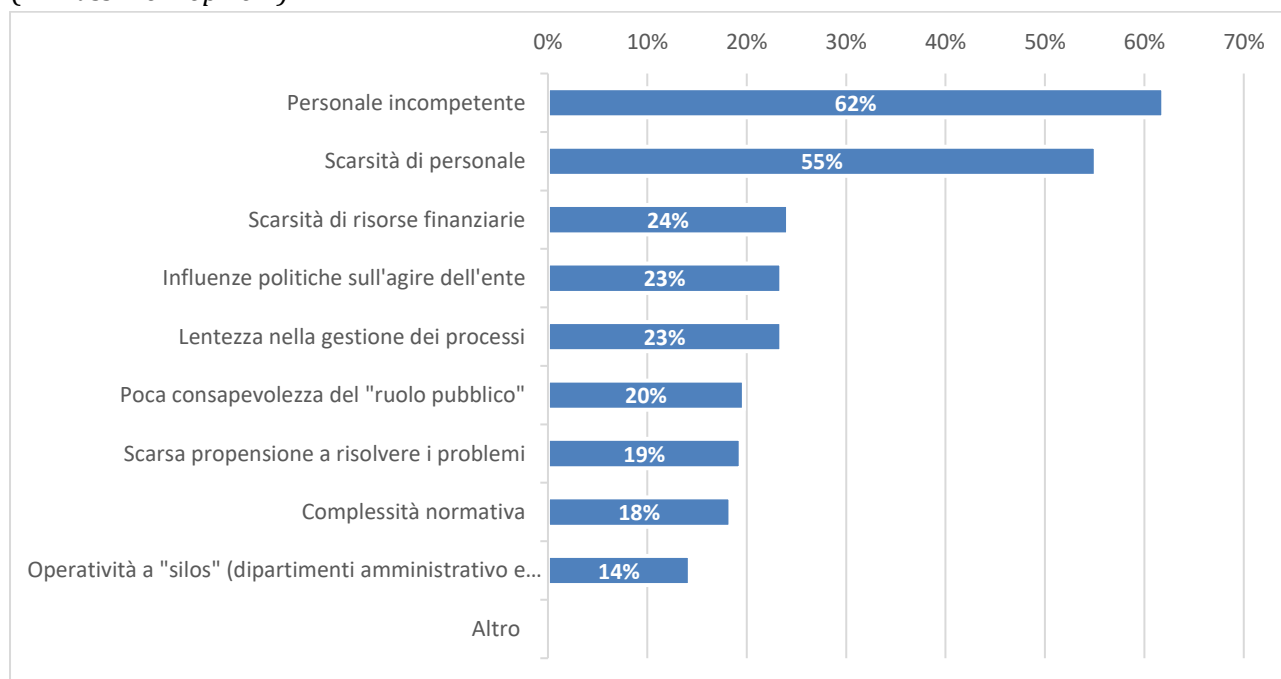
Di seguito sono riportate le risposte date alla voce "Altro" ritenute di rilievo:

Raddoppiare lo stipendio netto

26. Secondo lei, per generare Valore Pubblico, quanto è importante che l'ente abbia le seguenti



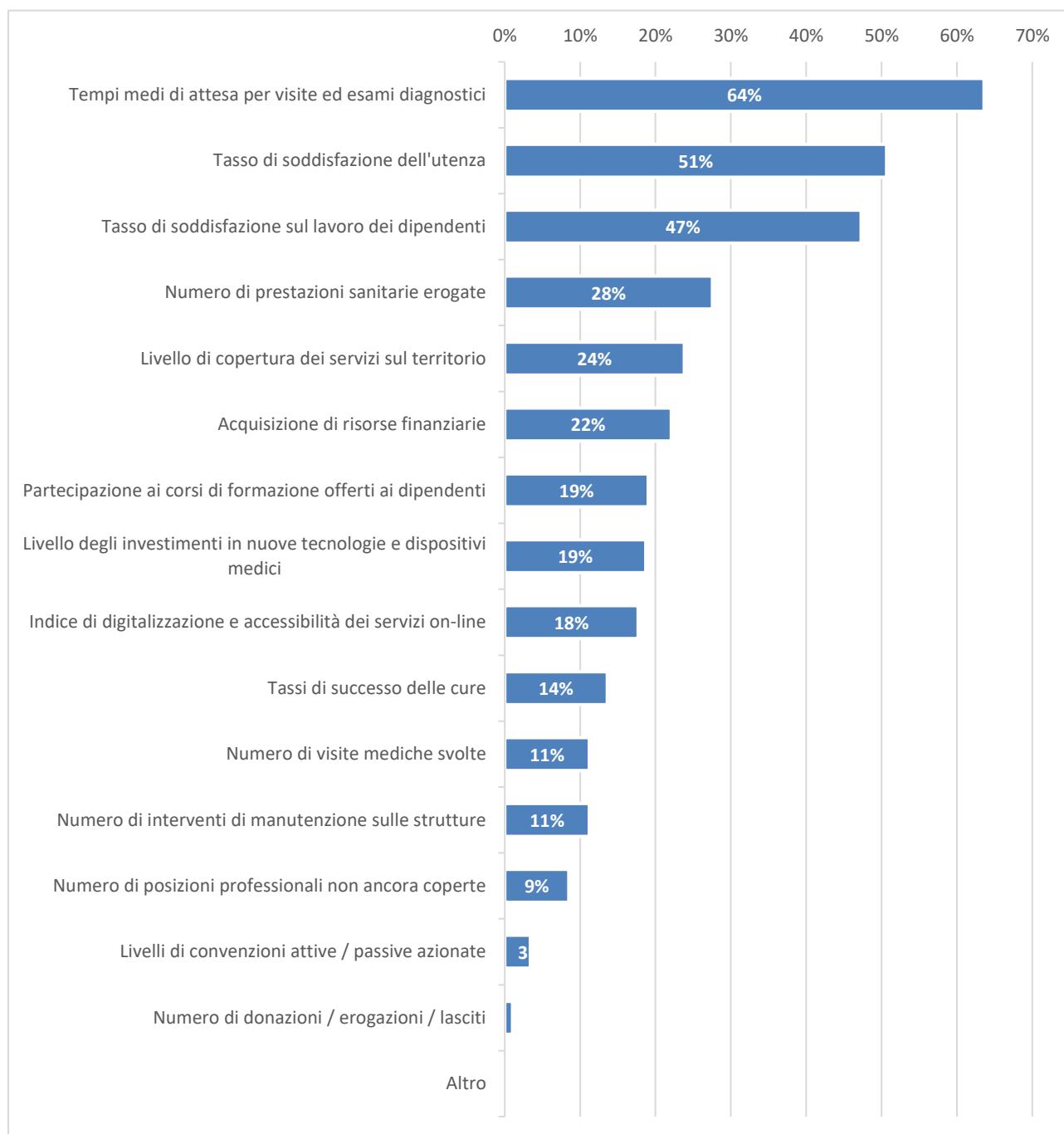
27. A suo avviso, quali sono i maggiori fattori che potrebbero ostacolare l'ente nel generare Valore Pubblico? (Al massimo 3 opzioni)



Di seguito sono riportate le risposte date alla voce "Altro" ritenute di rilievo:

Potere della dirigenza;

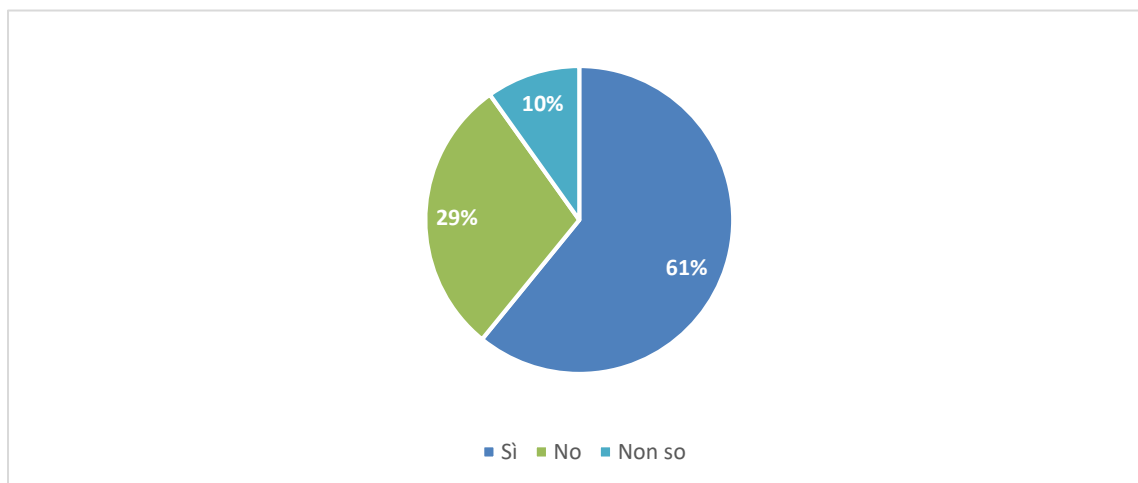
28. Secondo lei, quali dati potrebbero aiutare a quantificare il Valore Pubblico generato dall'ente?
(Al massimo 5 opzioni)



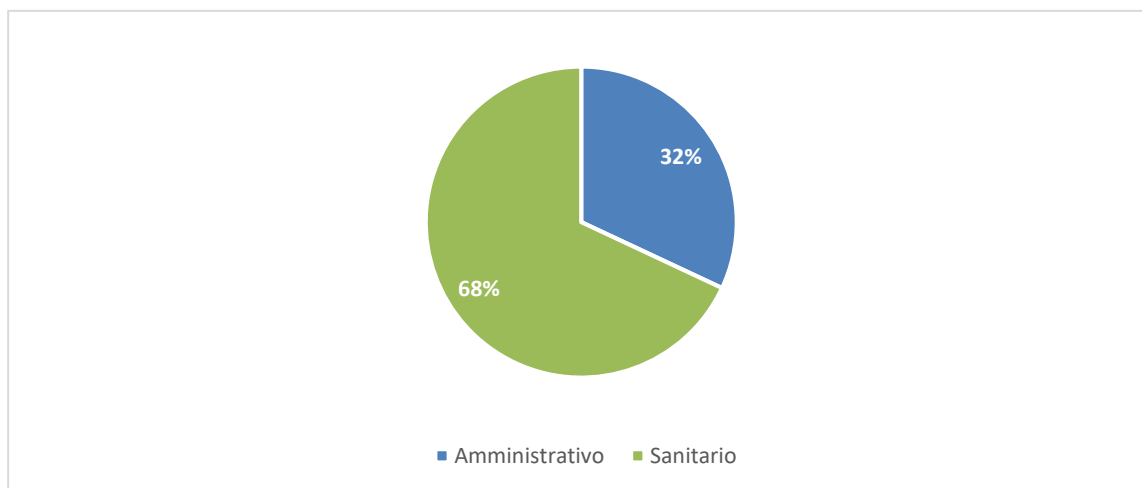
Di seguito sono riportate le risposte date alla voce "Altro" ritenute di rilievo:

Non saprei

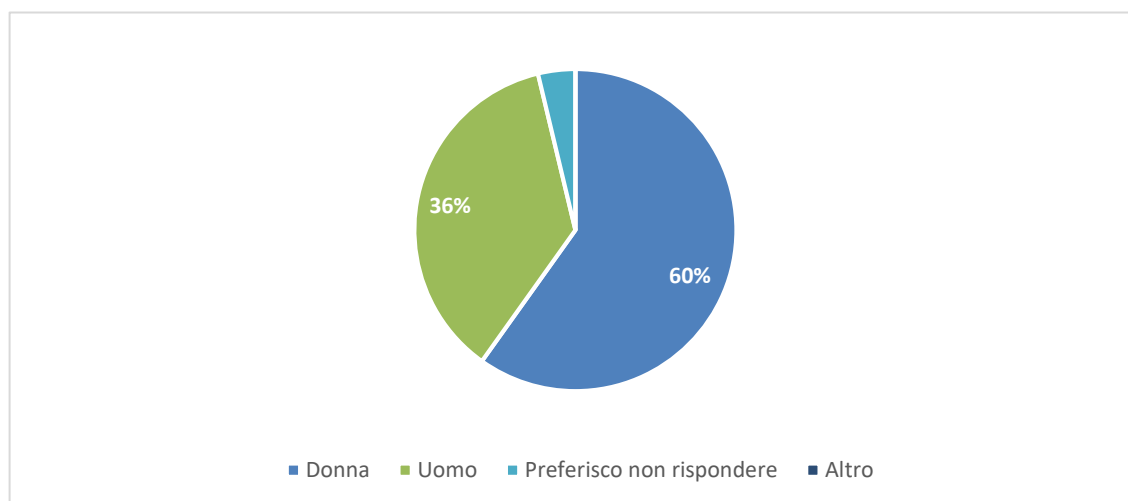
29. È la prima volta che risponde alla rilevazione tra i dipendenti del Forum per l'Integrità in Sanità?



30. Di quale comparto fa parte?



31. Lei è



b. La mappatura dei processi

La mappatura dei processi consiste nella individuazione ed analisi dei processi organizzativi aziendali, con l'obiettivo di esaminare gradualmente l'intera attività svolta per identificare le aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura di tutti i processi aziendali rappresenta uno degli obiettivi strategici della Direzione Aziendale. L'attività svolta da ciascuna struttura titolare dei processi e dei relativi rischi è stata classificata in un apposito elenco che contiene la descrizione del macro processo, dei processi, dei rischi specifici, delle misure adottate per il loro contenimento e del monitoraggio delle stesse.

A tal fine sono stati mappati i processi nell'ambito delle corrispondenti Aree di rischio mediante lo schema indicato.

AREA	
PROCESSO	
RESPONSABILE PROCESSO	
EVENTO CORRUTTIVO	

ATTIVITÀ	FATTORE ABILITANTE Elemento organizzativo, strutturale o di contesto che aumenta il rischio	MISURE GIÀ ATTUALE Azioni e dinamiche procedurali e organizzative che GIÀ neutralizzano i possibili eventi	MISURE NUOVE DA ATTUARE			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA Disposizioni ed azioni nuove appositamente previste per neutralizzare i possibili eventi	TEMPI DI ATTUAZIONE Scadenza temporale entro cui si prevede verosimilmente di riuscire ad applicare la misura	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	

Tutti i processi mappati sono l'ambito rispetto al quale è stata realizzata l'analisi dei rischi e saranno indicati al link <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/altri-contenuti-corruzione>.

c. *Corruzione in materia di appalti*

Nel corso dell'anno 2024 la ASL di BARI ha avviato un processo di revisione della governance dell'Area Gestione Tecnica, che nel medesimo anno è stata coinvolta in vicende di cronaca che hanno portato alle misure di custodia cautelare in carcere e arresti domiciliari a carico di alcuni dipendenti proprio dell'Area Gestione Tecnica per condotte di natura corruttiva connesse alla gestione di appalti pubblici.

Tale processo di revisione, in virtù di quanto ribadito dall'ANAC nella Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 di aggiornamento 2023 del Piano Nazionale Anticorruzione 2022, è stato avviato antecedentemente a quanto emerso dalle indagini dell'Autorità Giudiziaria.

Una prima misura di carattere organizzativo, mirata alla prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza tale da costituire una risposta calibrata rispetto ai rischi corruttivi è stata l'adozione della misura della rotazione degli incarichi dei Direttori dell'Area Gestione Tecnica e della Ingegneria Clinica (Delibera n. 117 del 19/01/2024) e, per effetto di detta rotazione, parimenti è stata disposta la rotazione degli incarichi di RUP degli interventi di realizzazione del nuovo ospedale del nord est barese Monopoli Fasano e gli altri incarichi precedentemente assegnati.

Contestualmente si è avviato un processo di rotazione ordinaria del personale interno all'Area Gestione Tecnica al fine di limitare dinamiche improprie nella gestione amministrativa conseguenti alla permanenza nel tempo di alcuni dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

E' stata prevista anche la rotazione del personale con il ruolo di referente di Ufficio Tecnico Periferico da oltre un triennio contemperando la necessità di non pregiudicare comunque il corretto funzionamento dell'attività di manutenzione degli immobili.

L'adozione di tale misura ha l'effetto di ridurre il rischio per il dipendente di essere sottoposto ad eventuali pressioni esterne o di instaurare rapporti potenzialmente inadeguati e collusivi tali da minarne l'imparzialità.

La misura è stata applicata dopo opportune valutazioni delle professionalità dei dipendenti, di elevato contenuto tecnico, al fine di garantire il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa.

Si è provveduto anche alla individuazione di altri due dirigenti responsabili rispettivamente per la U.O.S. "Manutenzione Immobili, Impianti e tecnologie" e, temporaneamente, per la UOS "Direzione Amministrativa AGT – HTA - UOASSI" quest'ultima istituita a supporto del Dipartimento Investimenti Acquisti e Tecnologie, e da esso dipendente, per le esigenze dell'Area Gestione Tecnica, Ingegneria Clinica e UOASSI anche con l'obiettivo di perpetrare, in sintonia con il RPCT, un controllo costante e ulteriore delle procedure e delle attività amministrative.

La ratio della Direzione Generale di istituire la unità operativa "Direzione Amministrativa AGT", a supporto del Dipartimento Investimenti Acquisti e Tecnologie, da collocare fisicamente nell'A.G.T. è stata motivata dalla volontà di rafforzare il monitoraggio del Direttore dell'Area con una presenza che vigilasse de visu le attività amministrative ed il comportamento dei singoli dipendenti.

Il Dirigente UOS Direzione Amministrativa AGT ha avuto, tra l'altro, nella sua duplice veste di RPCT e di Dirigente Amministrativo, il compito di monitorare costantemente le attività attuali oltre che le attività pregresse alla rotazione, con lo specifico compito di verificare quanto segnalato nelle denunce anonime pervenute all'Azienda in relazione a presunte condotte scorrette tenute all'interno della predetta Area.

Tale scelta non solo si è rivelata vincente nello scopo, tant'è che nelle intercettazioni che hanno portato all'emanazione delle misure di custodia cautelare in carcere ed agli arresti domiciliari, gli arrestati hanno sottolineato quanto la presenza del Dirigente della UOS Direzione Amministrativa fosse stata da intralcio al

loro operato e pertanto efficace al risultato prodotto, ma è stata ritenuta altresì legittima dall'ANAC, che con nota UVMAC/3410/2024/R.A. ha riconosciuto, a seguito dell'istruttoria di richiesta preliminare di informazioni ai sensi dell'art.12. co. 4 del Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione, l'assenza di incompatibilità sul doppio ruolo di RPCT e di Dirigente con incarico di Direzione Amministrativa AGT.

Il medesimo Dirigente/RPCT, tra le numerose circolari esplicative recanti previsioni comportamentali finalizzate ad evitare incertezze nelle procedure, ha emanato una circolare puntuale sul principio di rotazione stabilito dal Codice degli Appalti, art. 46, D.Lgs. 36/2023 (v. nota prot. n. 59465 del 23.08.2024), pubblicata in Amministrazione Trasparente/Disposizioni generali/Atti Generali e ritenuta di particolare importanza dal Collegio Sindacale Aziendale e dall'Autorità Giudiziaria inquirente.

Nel corso dell'anno 2025 la ASL BA In continuità con le attività avviate relative al processo di revisione della governance dell'Area Gestione Tecnica, la Direzione Strategica ha posto tra i suoi obiettivi strategici un monitoraggio costante affinché l'attività amministrativa sia improntata al rispetto del principio di legalità e di buona amministrazione ed imparzialità dell'azione amministrativa e di innescare eventuali processi di autocorrezione, miglioramento qualitativo, semplificazione e standardizzazione dell'attività; nonché, l'intensificazione delle azioni di prevenzione e monitoraggio delle attività relative alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Ai fini della mitigazione del rischio corruttivo, sono state poste in essere anche misure correttive circa l'acquisizione e fascicolazione di tutta la documentazione caratterizzante ogni tipologia di intervento, ed è stata sottolineata l'importanza dell'informatizzazione del flusso documentale finalizzato a limitare l'esercizio della discrezionalità nelle procedure di lavorazione e il controllo incrociato nelle lavorazioni stesse, al fine di prevenire eventuali possibili deviazioni rispetto alla corretta procedura di lavorazione. A tal fine la Direzione Strategica ha specificatamente fornito indicazioni operative sulla predisposizione delle proposte di deliberazioni del Direttore Generale e delle Determinazioni Dirigenziali invitando ad inserire sul sistema di Gestione dei Provvedimenti Amministrativi tutta la documentazione istruttoria per una maggiore trasparenza.

Difatti l'iter procedimentale delle operazioni in capo all'AGT, viene adesso gestito esclusivamente all'interno degli applicativi informatici in dotazione, consentendo così la standardizzazione e la tracciabilità di tutte le fasi del processo, evidenziando per ciascuna di esse le specifiche responsabilità. L'applicazione di tale misura correttiva rappresenta un efficace strumento di interazione e di monitoraggio ai fini della regolarità delle diverse fasi procedurali.

Facendo seguito a quanto avviato nel corso del 2024 quale ulteriore misura organizzativa, la Direzione Generale ASL BA ha previsto di porre in essere una attività di verifica e controllo (cd. Due diligence) da affidare ad un Gruppo di lavoro terzo, così come anche previsto in una occasione simile dalla Regione Puglia con DGR 811 del 24.5.2021, al fine di evidenziare le principali criticità riscontrate negli atti dirigenziali assoggettati a controllo per il periodo oggetto dell'indagine, indicando - ove possibile - soluzioni operative per orientare le singole Strutture ovvero individuando gli aspetti che necessitano di ulteriore riflessione o di apposita disciplina amministrativa a livello aziendale.

Tale attività è stata assunta con Delibera di indirizzo strategico DDG n. 755 del 11.4.2025, con la quale sono state altresì previste azioni straordinarie di rafforzamento del personale tecnico – amministrativo, ed ha portato altresì con DDG n.2044 del 17.10.2025 al conferimento di n.3 incarichi di collaborazione libero professionale, ex art.7 c.6 D.Lgs. 165/2001, per Ingegnere/Architetto di cui n.2 sottoscritti.

I professionisti individuati sono stati impegnati prioritariamente sulla verifica dei progetti etero-finanziati.

All'esito del lavoro avviato dai collaboratori individuati finalizzati alla verifica dell'attività tecnico professionale svolta nelle procedure dell'AGT nelle annualità 2021/2024, nonché su atti relativi ad altri periodi per i quali potrebbero ritenersi utili ulteriori approfondimenti, verrà redatta dai professionisti una relazione dettagliata sull'attività di verifica svolta e sulle risultanze della stessa, nella quale verrà specificata altresì la metodologia utilizzata con esaustiva illustrazione dei rilievi emersi in sede di verifica dell'attività di gestione posta in essere nelle procedure oggetto di valutazione.

Contestualmente a seguito di indizione dell'Avviso pubblico di mobilità volontaria tra enti pubblici del comparto sanità del S.S.N., per la copertura a tempo indeterminato di n.3 posti di Dirigente Amministrativo, espletate le procedure selettive, la Direzione Generale ha stabilito di assegnare all'Area Gestione Tecnica un nuovo Dirigente Amministrativo, anche con l'obiettivo di perpetrare, in sintonia con il RPCT, un controllo costante e ulteriore delle procedure e delle attività amministrative. Tale decisione è stata motivata dalla volontà di rafforzare il monitoraggio del Direttore dell'Area con una presenza che sovrintendesse le attività amministrative ed il comportamento dei singoli dipendenti.

Inoltre allo spirare del termine individuato nel provvedimento di nomina del RPCT quale Dirigente UOS Direzione Amministrativa, la Direzione Strategica ha disposto che il predetto Responsabile continuasse a garantire il supporto alle Aree afferenti al Dipartimento IAT per tutte le attività che saranno ritenute a valenza strategica, proseguendo con l'attività di monitoraggio e controllo e con l'individuazione di nuove misure che possano limitare il rischio di corruzione ed aumentare i livelli di trasparenza.

L'ulteriore misura posta in essere per arginare e contrastare il fenomeno corruttivo è stata l'azione straordinaria di rafforzamento dell'organico tecnico-amministrativo, atto a garantire l'adozione e l'attuazione delle misure di prevenzione e corruzione già previste nel P.I.A.O. 2025-2027, ed in particolare la rotazione del personale che svolge attività ad alto rischio corruttivo nell'Area Gestione Tecnica. La misura in questione è stata adottata, sulla base del presupposto che nelle Unità Operative afferenti al Dipartimento Investimenti Acquisti e Tecnologie, quali strutture aziendali che svolgono attività nelle aree più esposte a rischio corruttivo, l'alternanza di personale –nell'ambito dello stesso settore- riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

Proprio alla luce di tale rafforzamento di personale, di cui al Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2024/2026 approvato con D.D.G.n.2628 del 24/12/2025, è stato previsto l'implementazione di un nuovo modello organizzativo all'interno dell'Area Gestione tecnica e che sarà oggetto di apposito provvedimento di micro organizzazione. Il suddetto modello incrementerà l'organico di ulteriori Dirigenti Ingegneri e collaboratori tecnici professionali.

Un'altra misura organizzativa posta in essere è stata l'intensificazione della formazione del personale in materia di anticorruzione, integrità e altri temi inerenti al rischio corruttivo oltre che ad una formazione specifica e approfondita sul Codice dei Contratti pubblici. Tale formazione riduce il rischio di condotte o decisioni che possano discostarsi dal raggiungimento dell'interesse pubblico ed è volta alla promozione del valore della Pubblica Amministrazione. A tal fine l'Azienda ha previsto una formazione di base sul ciclo dei contratti pubblici, tenuta da docenti appartenenti alle Aree competenti in favore di nuovo personale assunto, ed una formazione avanzata, sotto forma di Master Executive, sui contratti pubblici per il personale afferente alle Aree del Dipartimento Investimenti, acquisti e tecnologie oltre che delle Direzioni Amministrative dei Presidi Ospedalieri.

Per migliorare il sistema di prevenzione dei rischi corruttivi, al fine di una ottimale messa a regime della struttura amministrativa, e di estendere i controlli rafforzati su tutte le attività dell'area tecnica, compresi i progetti finanziati dal PNRR, per il 2026 si può prevedere di attivare un servizio di supporto specialistico al fine del miglioramento delle procedure utili a contrastare eventuali rischi comportamentali riguardo agli adempimenti connessi ad alcuni finanziamenti PNRR, al miglioramento delle procedure finalizzate all'analisi e al potenziale azzeramento del rischio corruttivo, frode, conflitto di interessi e doppio finanziamento, rispettando ulteriormente quanto imposto dal d. lgs. 33/2013, compiti sempre più complessi in un settore ampio e in continua evoluzione come quello sanitario.

L'Area Gestione Tecnica si trova a gestire numerosi progetti PNRR che necessitano, ai sensi del REG UE 241/21, di considerare e valutare tutte le condizioni (fattori di rischio) che possono incidere sull'utilizzo del finanziamento, inclusi i rischi di frode e corruzione, nonché di assicurare l'adozione di misure adeguate volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria, in particolare in materia di prevenzione dei conflitti di interessi, delle frodi, della corruzione nonché del "doppio finanziamento", oltre al rispetto delle condizionalità viste nei bandi di finanziamento.

Inoltre la normativa vigente in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, in materia di contratti pubblici e relativa al PIAO richiede all'ente di dotarsi di sistemi di gestione del rischio e di selezione dei contraenti adeguati a prevenire e gestire correttamente tali rischi anche oltre il perimetro del PNRR.

Per far fronte ai già menzionati e specifici compiti di controllo e gestione dei rischi richiesti dal PNRR e dai più recenti aggiornamenti delle norme citate, sono necessarie competenze specialistiche allo stato non reperibili all'interno dell'azienda sanitaria.

Consip ha di recente pubblicato un capitolato tecnico in cui ha individuato i codici CPV che possono essere oggetto di procedure di acquisto per servizi da parte dei beneficiari di fondi PNRR, prevedendo in particolare servizi di assistenza tecnica (5.1.1.3), di supporto specialistico giuridico in ambito organizzativo, gestionale e amministrativo (5.1.4), di supporto specialistico in ambito organizzativo e gestionale (5.1.7), in materia di acquisti e appalti (5.1.9), e in materia di audit (5.1.10).

Si prevede, all'esito di ulteriori approfondimenti e valutazioni, 2026 di attivare un servizio di supporto specialistico giuridico e di assistenza tecnica in ambito organizzativo, gestionale e amministrativo per il controllo dei rischi di corruzione, frode, conflitto di interessi nell'attuazione di alcuni progetti specifici finanziati con i fondi del PNRR di competenza della Area Tecnica, a supporto del Dipartimento Investimenti Acquisti e Tecnologie, nonché per il supporto specialistico in ambito organizzativo e gestionale in materia di acquisti e appalti al fine di rafforzare le strategie di controllo interno di della azienda per la gestione dei rischi multipli di corruzione, frode, doppio finanziamento, conflitto di interessi, nonché di trasparenza, di competenza del RPCT.

Alla luce di quanto innanzi, appare chiara la volontà dell'Amministrazione di arginare in maniera incisiva e con diversi strumenti di prevenzione alla corruzione e controllo a tutela della legalità all'interno di ogni singolo contesto organizzativo di ciascun Ufficio, a seconda delle caratteristiche interne di organizzazione e funzionamento.

Obiettivo	Prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza
Azione da realizzare	1. Programmazione e avvio di tutte le procedure di gara relative alle manutenzioni da espletarsi entro i termini cui all'Allegato I.3 D.Lgs 36/2023; 2. Informatizzazione del flusso documentale; 3. Rafforzamento dell'organico tecnico-amministrativo; 4. Rotazione del personale tra le UO; 5. Formazione del personale in materia di anticorruzione e Codice dei contratti pubblici.

3.3. Valutazione di impatto di interno ed esterno

Sulla base delle informazioni sopra fornite nel corso dell'anno 2026 si continuerà con la revisione della mappatura dei processi, con una particolare attenzione ai processi legato alla gestione dei fondi del PNRR, che consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi aziendali, con l'obiettivo di riesaminare gradualmente l'intera attività svolta per identificare le aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino particolarmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura di tutti i processi aziendali rappresenta uno degli obiettivi strategici della Direzione Aziendale. L'attività svolta da ciascuna struttura titolare dei processi e dei relativi rischi è stata classificata in un apposito elenco che contiene la descrizione del macro processo, dei processi, dei rischi specifici, delle misure adottate per il loro contenimento e del monitoraggio delle stesse.

Nel corso del 2026 si proseguirà con l'aggiornamento della mappatura dei seguenti processi:

STRUTTURA	PROCESSO DA MAPPARE
FORMAZIONE	Formazione a distanza
STRUTTURA BUROCRATICO LEGALE	Conferimento incarico all'esterno per attività difensiva o per rilascio parere legale in fase giudiziale/stragiudiziale
PROFESSIONI SANITARIE	E' in corso di definizione l'individuazione del processo da mappare
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Gestione rapporti con il pubblico
AREA FARMACEUTICA TERRITORIALE	Ispezioni farmacie
DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE - DISTRETTI SOCIO SANITARI	Prestazioni sanitarie per assistiti in assistenza domiciliare
AREA GESTIONE RISORSE UMANE	Attività libero professionale
AREA GESTIONE TECNICA	Liquidazione incentivi funzioni tecniche art 45 c.4 D.Lgs 36/2023

STRUTTURA	PROCESSO DA MAPPARE
CDG/AGRF	Percorso attuativo certificabilità - procedure amministrativo contabili: contabilità analitica separata ALPI
AREA SERVIZIO SOCIO SANITARIO	Liquidazione fatture per prestazioni strutture socio sanitarie con determina
PRESIDI OSPEDALIERI (AREA NORD E AREA SUD)	Donazioni di apparecchiature tecnologiche finalizzate all'acquisizione di materiale di consumo senza le ordinarie procedure di gara e donazioni liberali avente ad oggetto somme di denaro.
DDP e DSM	Inserimento utenti in strutture private accreditate
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Rimborso cure termali e/o climatiche - legge regionale n. 9 del 12 aprile 2000
UFFICIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE	Studi clinici e osservazionali
MEDICINA DEL LAVORO, SORVEGLIANZA SANITARIA E RADIOPROTEZIONE MEDICA	Emissione giudizio di idoneità per paziente sottoposto a visita
OIV/STP	Premialità e valorizzazione del merito, partecipazione a progetti di performance
AFFARI GENERALI	Proposta di presa visione/prova
UOSE	E' in corso di approfondimento l'individuazione del processo da mappare
UVARP	Controlli su appropriatezza prestazioni erogate c/o C.d.C. e strutture private accreditate
UOGRC	Liquidazioni prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private accreditate
AGP	Procedure di acquisizione di beni – progettazione procedura di gara

La verifica sarà eseguita con la partecipazione attiva delle strutture titolari dei processi e dei relativi rischi, per condividere l'identificazione, la descrizione e la valutazione dei processi di rispettiva pertinenza, nonché la formulazione di proposte in merito alle misure di prevenzione da porre in essere ai fini della mitigazione del rischio corruttivo.

Tutta l'attività svolta dalle strutture sarà soggetta al coordinamento e alla validazione da parte del RPCT, che verificherà la completezza dei dati inseriti e l'appropriatezza delle valutazioni effettuate e delle misure proposte, avvalendosi del Gruppo di supporto RPCT e d'intesa con la Direzione Aziendale.

Sulla base delle informazioni sopra descritte, l'Azienda ha adottato le seguenti attenzioni:

Appalti: la Direzione del Dipartimento Investimenti Acquisti e Tecnologie in raccordo con i Direttori delle Aree afferenti e con il supporto del RPCT, al fine di prevenire possibili malfunzionamenti dell'attività amministrativa e incidere su eventuali comportamenti repressivi di potenziali eventi corruttivi o illeciti, effettua costantemente un monitoraggio periodico dei tempi e delle procedure, con lo scopo di individuare ove necessario idonee misure correttive di carattere organizzativo o amministrativo. Nella gestione delle problematiche specifiche derivanti dall'applicazione della normativa interna e nazionale in materia di affidamento di lavori extracontrattuali, al fine di agevolare la risoluzione delle stesse, è stato creato un elenco di operatori economici in possesso dei requisiti tecnico-professionali a cui ricorrere in casi di necessità e/o urgenza nel rispetto della normativa vigente e delle Linee Guida ANAC, dando particolare rilievo al principio

della rotazione e sono state redatte apposite linee guida nelle quali sono state riportate le indicazioni normative e operative da utilizzare per uniformare le procedure di affidamento dei lavori e stabiliti modelli standard di provvedimenti di determina.

Rapporti con gli operatori del privato accreditato: sono state 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. Si è provveduto, inoltre, ad aggiornare il catalogo degli obblighi di pubblicità e trasparenza, pubblicando tutti gli accordi contrattuali in essere con la ASL, come previsto con l'allegata tabella sub 2), ricognitiva degli obblighi di pubblicazione, ai sensi della delibera ANAC n. 1310/2016.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) l'azienda ha:

- 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;
- istituito un Gruppo PNRR ASL BA, così da consentire un maggior controllo e una più incisiva collegialità alle decisioni di rilievo per l'ente.

Obiettivo	Estensione della mappatura dei processi ed analisi dei rischi
Azione da realizzare	Completamento della mappatura dei processi sopra indicati

Parte II Le misure di prevenzione della corruzione

1. Valutazione dei rischi

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi, al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure organizzative correttive/preventive ai fini di garantire un adeguato trattamento del rischio.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO



Viene riportata di seguito la struttura della scheda di lavoro che l'ente utilizza per implementare la mappatura dei processi e l'analisi del rischio.

Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso)	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel PTPCT 2022/2024 (SI/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure 2023/2025	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/U.O. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi
--------------------	-------------------	--------------------	---------------------------------------	------------	---	---------------------------------	--	---	--------------------------------------	---	------------------------------	---------------------------

1.1 Identificazione dei rischi

L'oggetto di analisi per l'identificazione dei rischi specifici sono i singoli processi o attività in cui si compone un macro processo. I responsabili di ogni Struttura, avendo una conoscenza approfondita dell'organizzazione identificano in questa fase tutti gli eventi rischiosi che potrebbero ipoteticamente verificarsi e i relativi fattori abilitanti. Così come sottolineato dal PNA 2022, il RPCT e gli altri attori del sistema di gestione del rischio (dirigenti, dipendenti, OIV, organi di indirizzo), dopo aver identificato le attività a rischio devono mantenere un atteggiamento collaborativo e segnalare eventuali successivi e diversi rischi ad integrazione.

Per l'identificazione degli eventi rischiosi vengono adottate diverse tecniche con una prospettiva rivolta sia al passato che al futuro:

- ricerca e analisi di documentazione relativa al processo (mappature di processo, risultati dell'attività di monitoraggio di RPCT) o comunque al contesto interno e/o esterno (ad esempio casi giudiziari ed altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in altre Amministrazioni);
- *brainstorming* con il personale che opera all'interno del processo per vagliare i rischi attuali ed identificare altri eventuali rischi specifici di corruzione;
- eventuali incontri da parte di RPCT, con Responsabili di Struttura e/o con associazioni e portatori di interesse esterni, per verificare le attività di identificazione dei rischi specifici.

La fase di identificazione permette di compilare le prime colonne dell'Elenco dei processi. In questa fase, ogni rischio viene adeguatamente individuato, descritto ed associato ad un codice.

1.2 Analisi e ponderazione dei rischi

L'analisi del rischio ha il duplice obiettivo di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente e, dall'altro lato, di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. La ponderazione del rischio consente di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera.

Per stimare l'esposizione al rischio dei processi individuati si è scelto di adottare una metodologia di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

Nell'approccio qualitativo l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri previsti nel monitoraggio effettuato.

1.3 Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell'implementazione di misure generali e specifiche: le misure generali incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione agendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione; le misure specifiche, invece, operano in maniera puntuale su alcuni rischi specifici non neutralizzabili con il solo ricorso a misure generali. Di seguito sono indicate le misure, generali e specifiche, che l'Azienda Ulss 3 Serenissima adotta per il trattamento dei rischi.

a. Codice di comportamento dei dipendenti ASL BA

Il codice di comportamento aziendale vigente è stato adottato con DDG 470 del 21.3.2022 ed è pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Azienda, sarà oggetto di modifica a seguito dell'intervenuto DPR n. 81 del 13 giugno 2023.

Il codice 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.

Proseguirà l'attività di verifica e raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il rispetto del Codice.

Obiettivo 1	Aggiornamento del Codice di Comportamento
Azione da realizzare	Attività di predisposizione del nuovo Codice di Comportamento aggiornato al DPR 81/2023

Si rinvia al link del vigente **Codice di comportamento aziendale** <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/atti-general> e del **DPR 81/2023** <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/06/29/23G00092/sg>

Obiettivo 2	Applicazione del Codice di Comportamento
Azione da realizzare	Attività di verifica e raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il rispetto del Codice

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

La disciplina del conflitto di interessi, deriva 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. 470/2022) oggetto di revisione a seguito dell'intervenuto DPR 81/2023.

Per conflitto di interessi deve intendersi, su un piano generale e salvo quanto si dirà con specifico riferimento a talune posizioni dirigenziali, 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 primario¹. 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;
- all'atto del conferimento di incarico nell'ambito del medesimo rapporto di lavoro (di posizione organizzativa, di coordinamento infermieristico, professionale o gestionale);
- 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 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, il 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 al RPCT, l'intervenuto conflitto ostativo all'assegnazione stessa del dipendente all'ufficio, proponendo il trasferimento ad altra

¹ 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.

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.

Si procederà alla verifica delle dichiarazioni sul conflitto di interessi della dirigenza e dei soggetti esterni che collaborino o prestino consulenza in favore dell'Azienda. È il caso, per lo più, dei professionisti legali officianti 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, così come degli interpreti, incaricati in relazione alle necessità assistenziali di assistiti stranieri.

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

Viene riproposta 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* 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 2025, sono confermate le seguenti attività:

- l'obbligo di sottoscrizione, da parte del RUP nominato ai sensi del d. lgs. 36/2023, di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali alla specifica procedura di beni, servizi o lavori;
- l'obbligo di sottoscrizione di specifica dichiarazione circa l'assenza di interessi personali alla specifica procedura di approvvisionamento, da parte di tutti i dipendenti/professionisti che partecipino alla redazione dei capitolati di gara, alle commissioni valutatrici, seggi di gara, alla definizione del fabbisogno aziendale, agli incentivi per funzioni tecniche, ovvero che vengano individuati quali direttori dell'esecuzione dell'appalto, Direttori dei lavori, Collaudatori;
- 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) della vigente Sezione anticorruzione e trasparenza – 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 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.

Quanto alle ipotesi di emersione del conflitto di interessi più spiccatamente interessanti l'ambito sanitario di intervento aziendale, sono analogamente confermate le seguenti attività:

- 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 UUOCC 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.

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

Considerato che il tema del conflitto di interesse riveste una particolare importanza nelle attività proprie svolte dall'Amministrazione, il RPCT ha ritenuto necessario avviare dei tavoli di confronto interno cui prendono parte il gruppo di lavoro, unitamente ai referenti della rete RPCT ASL BA, aggiornato con DDG n.2180 del 30/10/2025.

Su impulso della referente RPCT individuata presso l'AGT, Avv. Silvia Siciliano, sono state condivise delle proposte migliorative il cui fine è la promozione attraverso l'adozione di una Policy interna aziendale, della consapevolezza in merito ai conflitti di interesse, alla gestione del rischio e all'importanza di una cultura aziendale aperta e trasparente.

Difatti proprio a seguito del suddetto confronto e a fronte dell'analisi effettuata di processi interni alle Macrostrutture afferenti il Dipartimento Investimenti, Acquisti e Tecnologie ed in considerazione di quanto previsto dal vigente Regolamento Aziendale per la disciplina delle procedure di acquisto di beni, servizi e lavori sotto soglia comunitaria, ai sensi dell'art. 50 e ss. Del D.Lgs. 36/2023, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale nr. 125 del 21.10.2025, sono state condivise le seguenti proposte, che verranno recepite con il presente atto ed adottate con provvedimenti successivi (Regolamenti aziendali, DDG, etc) anche al fine di responsabilizzare tutti gli attori coinvolti nei procedimenti.

1) Adozione di una Policy interna di gestione del conflitto di interesse.

Invero la policy è un documento di portata generale, che deve essere adottato alle specificità della singola amministrazione. E' uno strumento tecnico ed operativo, che descrive il sistema di responsabilità e il processo di gestione dei conflitti di interesse all'interno delle amministrazioni. La policy ha l'obiettivo di garantire un approccio strutturato e trasparente alla prevenzione e al trattamento delle situazioni di conflitto, contribuendo così a consolidare l'integrità dell'azione amministrativa e la fiducia dei cittadini nelle istituzioni pubbliche. In particolare, la policy persegue i seguenti obiettivi fondamentali:

- identificazione tempestiva e gestione efficace dei conflitti di interesse, affinché possano essere affrontati prima che compromettano l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa.
- tutela e responsabilizzazione degli agenti pubblici, fornendo loro criteri chiari per riconoscere e dichiarare eventuali situazioni di conflitto, nonché per adottare le misure appropriate a prevenire qualsiasi compromissione dell'interesse pubblico.
- prevenzione di danni, inclusi quelli reputazionali, che potrebbero derivare dalla mancata gestione delle situazioni di conflitto, con conseguente erosione della credibilità dell'ente e della fiducia della collettività.

Mediante tale misura si potrebbe realizzare una sensibilizzazione uniforme sulla tematica da parte del personale dipendente e la conformità del trattamento delle misure di mitigazione del rischio di conflitto di interesse.

Deve rilevarsi al riguardo che è essenziale stabilire meccanismi di segnalazione chiari anche mediante una policy che fornisca indicazioni esplicite su come i dipendenti possono presentare le proprie informative.

Particolare attenzione merita la materia degli appalti e delle procedure PNRR. In particolare, gli uffici regionali che svolgono ruolo di stazione appaltante, sono tenuti a raccogliere, per ogni affidamento, le dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interesse del responsabile unico del progetto, degli eventuali responsabili delle fasi procedurali e di ogni altro soggetto che intervenga fattivamente alla predisposizione del bando e degli atti di gara all'esecuzione del contratto.

Queste dichiarazioni dovranno essere protocollate all'atto dell'accettazione dell'incarico e conservate dalla stazione appaltante, che dovrà provvedere a controllarne a campione la veridicità. In presenza di potenziali conflitti di interesse, ossia di circostanze sopraggiunte che determinino l'insorgenza di un potenziale conflitto di interesse, i soggetti di cui al precedente capoverso sono tenuti tanto ad astenersi dallo svolgimento di qualsiasi attività relativa alla specifica procedura e all'esecuzione del contratto, quanto a darne tempestiva comunicazione al superiore gerarchico, aggiornando se presente, la dichiarazione sul conflitto di interesse che dovrà essere nuovamente protocollata. In questo modo, una volta emerso il conflitto di interesse, anche solo potenziale, la stazione appaltante dovrà valutare la specifica situazione e adottare le misure più idonee, tenuto conto del singolo caso concreto e delle peculiarità della specifica struttura organizzativa, per scongiurare che il perseguimento del primario interesse pubblico possa essere compromesso dall'operato del dipendente in conflitto di interesse.

2) Istituzione e tenuta di un Registro delle dichiarazioni di assenza di cause di conflitto di interesse.

Stabilire un unico luogo di archiviazione ed aggiornamento delle dichiarazioni sostitutive sul Protocollo informatico garantisce certezza giuridica alle stesse e migliore fruizione per eventuali controlli e rendicontazioni. Invero si registra una generale difficoltà di raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni rese dai dipendenti, soprattutto ove assunti da lungo tempo, senza considerare la necessità di cristallizzare con data certa dichiarazioni da parte di chi non dispone di firma digitale. Un approccio centralizzato potrebbe garantire ai responsabili un accesso immediato alle informazioni critiche ed un più efficace controllo incrociato dei dati e delle informazioni acquisite, nel rispetto delle vigenti disposizioni UE in materia di privacy e riservatezza.

Il Registro da realizzarsi sul sistema informativo del Protocollo istituzionale potrebbe essere suddiviso per tipologia di dichiarazione (personale dipendente, medici, operai, operatori socio sanitari, collaboratore, RUP, commissario di gara, commissario di concorso, DL, collaudatore, etc) e fornire da base per la campionatura delle dichiarazioni rese.

3) Aggiornamento straordinario di tutte le dichiarazioni da parte del personale incardinato presso le Aree ad alto rischio corruttivo nel primo semestre del 2026, al fine di livellare lo standard delle dichiarazioni da parte dell'intero organico, sia esso di recente assunzione o di prossimo pensionamento. Tale misura si reputa fondamentale per istituire il Registro, possibilmente accompagnata da un percorso formativo o anche meramente descrittivo in un semplice compendio delle regole di base sul conflitto di interesse.

4) Trasmissione di un breve compendio, di semplice lettura, accompagnato da immagini che diano evidenza dei casi pratici di conflitto di interesse e di frode sulla falsa riga degli indicatori formulati dalla Commissione europea.

5) Controllo a campione sulle dichiarazioni rese sull'assenza di conflitto di interesse.

I controlli devono essere effettuati, di norma, ai sensi dell'art.43 del DPR 445/2000, consultando direttamente gli archivi dell'amministrazione certificante oppure richiedendo alla medesima specifici certificati. Per esigenza di tutela dei dati personali, sono da prediligere verifiche circostanziate e limitate alle dichiarazioni prodotte raccomandando, altresì, al fine di non appesantire il procedimento, di tenere conto della durata legale dei certificati acquisiti per fattispecie analoghe riferite alla medesima persona fisica. Le verifiche dovranno essere centralizzate sotto la Direzione che conferisce l'incarico, effettuate a campione o specifiche qualora ci sia un sospetto di conflitto, mediante l'utilizzo delle banche dati pubbliche sotto descritte o nella maniera più ritenuta idonea dal Dirigente.

Il RPCT potrà prevedere un controllo sulla veridicità delle dichiarazioni acquisite in materia di conflitto di interesse, con cadenza annuale, a cura del Dirigente della Struttura interessata su un campione variabile tra il 10% e il 30% delle dichiarazioni acquisite. Per la valutazione della veridicità delle dichiarazioni campionate può essere istituita un'apposita commissione composta dai referenti della rete RPCT, presieduta dal Dirigente referente del RPCT. A conclusione dell'attività di controllo, deve essere redatto apposito "Verbale di conclusione del controllo", contenente la dichiarazione in ordine all'esito delle verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni sottoposte a controllo. Il "Verbale di estrazione del campione" ed il "Verbale di conclusione del controllo" dovranno essere custoditi presso l'Area competente e trasmessi annualmente al RPCT.

A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo si elencano le principali banche dati, ove previste per la ASL, da consultare per le verifiche sulle autodichiarazioni:

- PERLAPA – Anagrafe delle prestazioni;
- TELEMACO – Sportello Telematico per l'accesso al registro imprese;
- PUNTO FISCO SIATEL – Agenzia delle entrate;
- OPENCUP;
- ANAGRAFE DEGLI ELETTI – BANCHE DATI CARICHE ELETTIVE;
- CASELLARIO GIUDIZIALE;
- CASELLARIO NAZIONALE DEI CARICHI PENDENTI;
- ELIGENDO;
- SISTER;
- ANPR.

6) Adozione ed adeguamento di moduli tipo.

Si reputa fondamentale aggiornare i formulari aziendali rispetto alle diverse fattispecie di rapporto interno ed esterno, per la gestione del conflitto di interesse anche in linea con l'ultimo aggiornamento regionale di cui alla DGR 7 ottobre 2025 n.1399, pubblicato sul BURP 84 del 24.10.2025.

Obiettivo	Gestire efficacemente eventuali situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali
Azione da realizzare	1. Corretta acquisizione, conservazione e verifica delle dichiarazioni e dei successivi dovuti aggiornamenti. 2. Aggiornamento modulistica conflitto di interesse mediante atto deliberativo. 3. Definizione di una policy aziendale. 4. Aggiornamento straordinario di tutte le dichiarazioni da parte del personale incardinato presso le Aree ad alto rischio corruttivo 5. Istituzione e tenuta di un Registro delle dichiarazioni di assenza di cause di conflitto di interesse. 6. Controllo a campione sulle dichiarazioni rese sull'assenza di conflitto di interesse.

c. *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*

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 di vertice, attribuendo direttamente all'ANAC – coadiuvata dal 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 scarsa 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 primis, si richiama la specifica disciplina per gli incarichi di direzione nelle Aziende Sanitarie Locali di cui all'art. 8 del D.Lgs. n. 39/2013 che sembra limitare l'applicabilità della normativa in tema di inconferibilità e incompatibilità esclusivamente agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario.

Secondo i più risalenti pareri ANAC sul tema (delibera ANAC n. 58/13) il D.Lgs. n. 39/2013 si applica anche alla dirigenza medica e sanitaria; tuttavia tali pareri vengono subito dopo smentiti (delibera ANAC n. 149/2014) a seguito della pronuncia del Consiglio di Stato n. 5583/2014, limitando l'applicazione solo al Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo.

In seguito, l'Autorità ha distinto tra la dirigenza PTA e la dirigenza medica/sanitaria, ritenendo applicabile la citata normativa esclusivamente alla dirigenza amministrativa, tecnica e professionale incardinata presso

le Aziende Sanitarie (Delibera ANAC n. 1146/2019), escludendo la dirigenza medica/sanitaria in ragione della peculiarità del ruolo e dell'inquadramento alla stessa riservata.

In altre occasioni, l'Autorità sembra pronunciarsi per l'applicabilità del D.Lgs n. 39/2013 ai soli dirigenti di U.O.C. e U.O.S.V.D. (Delibera ANAC n. 1201/2019) o, comunque, a dirigenti che esercitino poteri gestionali, senza chiarire se intenda riferirsi ai soli incarichi PTA.

Pur nel variegato panorama interpretativo, emerge che il d.lgs. 39/2013 non si applica ai dirigenti titolari di incarichi di studio/ricerca/consulenza o, comunque, ai dirigenti di UOS in quanto non apicali, sia medici/sanitari/veterinari sia PTA.

Quanto ai direttori apicali (UOSVD/UOC), l'Anac nelle sue delibere valorizza la titolarità di competenze di amministrazione e gestione, estendendo il campo di applicazione del d.lgs. 39/2013 al di fuori del suo perimetro normativo e avallando, al contempo, una ingiustificata disparità di trattamento tra dirigenti tecnico-amministrativi e dirigenti medici e sanitari (si pensi, ad esempio, ai medici che curano la direzione UOC Dipartimento di Prevenzione, in ragione dei compiti di vigilanza, verifica ed ispezione agli stessi normativamente attribuiti, alla 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), alla Direzione Medica di P.O., in ragione dei compiti di gestione agli stessi attribuiti, alla Direzione DSS, in ragione dei compiti di gestione agli stessi attribuiti dalla legge.

Trattandosi di una norma con effetti negativi per il destinatario e mancando una certezza sul suo campo di applicazione, pare più opportuno alla ASL BA delimitare il campo di applicazione alla sola triade (dg, ds, da) ed evitare interpretazioni analogiche o estensive; conseguentemente, gli uffici competenti si limiteranno ad acquisire le informazioni rilevanti ai sensi del d.lgs. 39/2013 soltanto da parte della triade e, per prudenza, soltanto da parte dei dirigenti apicali di UOC/UOSVD sia PTA sia Medici e sanitari, senza però pubblicare alcunché sul sito istituzionale, con riserva, ove si verificasse qualche caso di apparente applicazione ai detti dirigenti apicali di ipotesi di inconferibilità o incompatibilità, di analizzare la fattispecie concreta.

Strettamente connessa alla disciplina dettata, in tema di inconferibilità, si pone 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 il d.lgs. 39 alla platea sopra descritta e 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).

Ad ogni buon conto, ove tali situazioni di conflitto di interesse 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.

Si procederà alla richiesta delle dichiarazioni art. 35 bis, dunque, a tutti i dirigenti medici, sanitari e veterinari e amministrativi, tecnici e professionali incaricati di strutture semplici, semplici a valenza dipartimentale e complesse, 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 e PTA non di struttura 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.

A seguito della ricezione delle dichiarazioni rilasciate l'AGRU o la struttura competente, proseguirà, d'intesa con il RPCT e la Direzione Strategica, alla verifica, anche con modalità a campione, delle dichiarazioni pervenute.

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.

Obiettivo	Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi
Azione da realizzare	1. <i>Acquisire correttamente le dichiarazioni di incompatibilità</i> 2. <i>Puntuale pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità.</i>

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

Restano confermate specifiche azioni in tema di *pantouflage* (di cui all'art.53, c.16-ter, d.lgs. 165/2001).

Negli atti di gara, a cura di tutte le Macrostrutture delegate ai sensi della disciplina aziendale, 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.

La norma in tema di *pantouflage* viene riportata anche successivamente all'affidamento/aggiudicazione, nel testo contrattuale sottoscritto dai contraenti privati. Pertanto sia i concorrenti che gli appaltatori assumono tale obbligo prescrittivo.

L'Area Gestione Risorse Umane (AGRU) ha previsto tale clausola nei contratti di lavoro.

È previsto il divieto anche all'ambito dei rapporti contrattuali con il settore privato accreditato (art. 8-quinquies, d. lgs. 502/1992) prevedendo l'inserimento di specifica clausola contenente il divieto di *pantouflage*.

Per il 2026, l'AGRU continuerà a inserire nei provvedimenti di cessazione dal rapporto di lavoro anche le previsioni normative relative al *pantouflage*.

Le Macrostrutture interessate dall'attuazione delle misure in tema di *pantouflage* proseguiranno – anche con modalità a campione e previa individuazione dei criteri di selezione del campione – controlli 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.

Obiettivo	Promuovere la diffusione del divieto di pantouflage
Azione da realizzare	1. <i>Inserire apposite clausole nei documenti di gara</i> 2. <i>Inserire apposite clausole nei contratti di lavoro</i> 3. <i>Inserimento nei provvedimenti dei richiami normativi al pantouflage</i> 4. <i>Controlli delle Macrostrutture 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</i>

e. Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali

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. 753/2022 del 22.4.2022.

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.

Il modello di comunicazione/richiesta di autorizzazione, prevede anche 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.

È istituito altresì 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 è un ausilio conoscitivo utile in sede di nomina delle commissioni giudicatrici di gare di appalto.

Obiettivo	Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali
Azione da realizzare	1. <i>Acquisire la documentazione relativa alle richieste per lo svolgimento di incarichi ed attività extra istituzionali secondo le modalità e le tempistiche previste dal regolamento aziendale.</i> 2. <i>Autorizzare tali richieste sulla base dei criteri oggettivi individuati.</i>

f. Rotazione del personale

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 procederà alla verifica delle condizioni relative all'applicazione della misura in oggetto.

La rotazione ordinaria del personale in materia di prevenzione e repressione della corruzione costituisce una misura preventiva cruciale e, pertanto, rappresenta - ove possibile - uno strumento di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane.

Tuttavia, sebbene a partire dal PNA 2013 e da ultimo con il PNA 2019/2021 il ricorso al predetto strumento sia stato estremamente valorizzato, la stessa ANAC - nell'approfondimento di cui all'allegato n. 2 del PNA 2019/2021 - ha precisato che il ricorso alla rotazione ordinaria incontra limiti soggettivi ed oggettivi, rispettivamente volti ad evitare che la misura di prevenzione *de qua* si risolva nella lesione di eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati, nonché ad assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa oltre alla qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione, infatti, vi è quello della infungibilità delle funzioni derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità caratterizzate da particolari competenze tecniche.

Con particolare riferimento all'ambito sanitario, poi, già con l'approfondimento tematico di cui alla parte speciale del PNA 2016, l'Autorità ha sottolineato come il ricorso alla rotazione ordinaria incontri peculiari criticità correlate alla specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali nel settore in esame, in quanto:

- il settore sanitario-medico-clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità;
- gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.).

Pertanto, anche in considerazione di quanto sopra richiamato, tenuto conto dell'impatto che la rotazione ha sull'intera struttura organizzativa, la stessa sarà programmata secondo un criterio di gradualità per mitigare l'eventuale rallentamento dell'attività ordinaria.

Ciò premesso, tenuto conto altresì dei principi generali stabiliti dalle norme in materia di anticorruzione, di norma la Direzione Strategica procederà, a scadenza degli incarichi di U.O.C., U.O.S.V.D., U.O.S.A.V.S. e U.O.S., ad effettuare la rotazione ordinaria tenendo generalmente conto dei seguenti criteri

- a. criterio funzionale: in base al quale al dipendente soggetto a rotazione ordinaria vengono affidate competenze differenti all'interno della medesima articolazione aziendale ovvero viene attribuita la Responsabilità/Direzione di altra U.O. afferente alla medesima Macrostruttura e, in subordine, ai Servizi in staff (con dislocazione fisica, ove possibile, presso la medesima struttura aziendale, così da assicurare al medesimo tempo efficacia alla rotazione ordinaria, valorizzazione delle competenze specialistiche all'interno della medesima Macrostruttura di provenienza e minimizzazione degli eventuali disagi connessi al trasferimento);

b. criterio territoriale: in base al quale, ove risulti impraticabile il ricorso al criterio funzionale, il dipendente soggetto a rotazione ordinaria viene assegnato ad un ambito territoriale differente all'interno della medesima articolazione aziendale ovvero il dirigente viene preposto ad altra U.O. avente ambito territoriale diverso da quella di provenienza ed afferente alla medesima Macrostruttura (con dislocazione fisica, ove possibile, presso la struttura aziendale territorialmente più vicina a quella precedentemente ricoperta o alla residenza, così da minimizzare gli eventuali disagi connessi al trasferimento pur garantendo la preminente e necessaria rotazione);

c. criterio funzionale e territoriale (in combinazione): in base al quale, ove risulti impraticabile il ricorso ai precedenti criteri, il dipendente soggetto a rotazione ordinaria viene assegnato ovvero preposto (nel caso di dipendenti di qualifica dirigenziale) a competenze differenti in Macrostrutture aziendali differenti rispetto al passato (afferenti, ove possibile, al medesimo Dipartimento), anche fisicamente dislocate in strutture aziendali diverse da quella di provenienza.

In ogni caso, per motivazioni organizzative funzionali al perseguimento di obiettivi strategici, la Direzione Strategica potrà non procedere alla rotazione ordinaria del dirigente riconfermandolo, alla scadenza, per una sola volta, nello stesso incarico. Eventualmente, per casi eccezionali e straordinari, la Direzione Strategica potrà procedere al secondo e/o a successivi rinnovi nello stesso incarico a seguito di valutazioni particolarmente approfondite.

Inoltre, quale misura alternativa alla rotazione ordinaria, potrà essere introdotta anche la riorganizzazione dei compiti e delle competenze assegnate alla unità operativa cui corrisponde l'incarico.

Obiettivo	Garantire la rotazione del personale nelle aree ad elevato rischio corruttivo
Azione da realizzare	<i>Programmare la rotazione (o le eventuali misure alternative), valutandone l'impatto sull'intera struttura.</i>

Rotazione straordinaria

Anche per il triennio 2026-2028, il 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, la presente Sezione:

1. conferma l'assegnazione alla SBL di specifica misura anticorruzione, avente ad oggetto la comunicazione al 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

dependenti 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.

Obiettivo	Garantire la rotazione del personale nelle aree ad elevato rischio corruzione
Azione da realizzare	<i>Applicare la rotazione straordinaria come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi</i>

g. Tutela del whistleblower

Quale principale misura di tutela del *whistleblower*, l'Azienda ha aderito alla piattaforma *WhistlerblowingPA* 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 e 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.whistlerblowing.it/#/>) presente sulla home page del sito web aziendale ed in particolare nell'apposita Sezione dell'Amministrazione Trasparente.

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, il RPCT ed il gruppo di lavoro hanno definito una procedura interna 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; l'unica indicazione numerica richiamata nel testo è il n. di acquisizione progressivo annuale delle segnalazioni al registro tenuto dal 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.

È attivo 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.

In attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, è stato emanato il d.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 riguardante "la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali".

A seguito di tale intervento normativo è prevista la predisposizione di un regolamento interno sulla gestione delle segnalazioni Wistleblowing, secondo i seguenti elementi indicati a titolo esemplificativo:

Comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato e che consistono in: illeciti amministrativi, contabili, civili o penali; condotte

illecite rilevanti ai sensi del decreto legislativo 231/2001, o violazioni dei modelli di organizzazione e gestione ivi previsti; illeciti relativi ai seguenti settori: appalti pubblici; servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; sicurezza e conformità dei prodotti; sicurezza dei trasporti; tutela dell'ambiente; radioprotezione e sicurezza nucleare; sicurezza degli alimenti e dei mangimi e salute e benessere degli animali; salute pubblica; protezione dei consumatori; tutela della vita privata e protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi.

Obiettivo	Garantire la tutela dei dipendenti che segnalano illeciti
Azione da realizzare	<i>Verificare l'allineamento della procedura interna con le nuove linee guida dell'ANAC.</i>

Si rinvia alla piattaforma aziendale *Whistleblowing*PA <https://aslbari.whistleblowing.it/#/>

h. Formazione sui temi dell'integrità e della trasparenza

FORMAZIONE PER RPCT

Nel corso del 2026 proseguirà il percorso di alta formazione, composto da almeno 4 incontri, del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e del gruppo di lavoro a supporto, finalizzato a raccogliere competenze e conoscenze di alto livello in tema di metodologie di analisi del rischio integrato, mappatura unica, programmazione strategica, trasparenza e gestione del conflitto di interessi.

Nell'ambito del Forum per l'Integrità in Sanità saranno altresì svolti 2 webinar di alta formazione, con la docenza di esperti del settore e sui temi scelti con il RPCT.

Il RPCT e il gruppo di lavoro prenderanno parte allo sportello anticorruzione: uno spazio dinamico formativo di confronto tra il RPCT e gli esperti del Forum sui principali adempimenti, sulle problematiche e sulle opportunità della normativa e pratiche anticorruzione per gli enti sanitari.

FORMAZIONE PER IL PERSONALE/REFERENTI ANTICORRUZIONE

Saranno previsti 2 incontri di formazione frontale, a distanza, e da 1h e mezza, diretti a neoassunti e personale sanitario, finalizzati ad aggiornare i dipendenti sulle più recenti novità normative, accrescere le competenze sui rischi e sulle più importanti misure anticorruzione e sul loro ruolo nella strategia di prevenzione.

Sarà prevista una formazione a distanza (FAD) sui seguenti temi:

- Conflitto di interessi, come gestirlo.
- Trasparenza nella PA.

Obiettivo	Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza
Azione da realizzare	<i>Formazione e aggiornamento del personale che opera nei settori a rischio di corruzione, differenziandolo in relazione alla tipologia di attività svolta.</i>

i. PNRR – attuazione Missione 6 “Salute”

Con l’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 ASL BARI su indicazione della Regione Puglia, chiamata a coordinare gli interventi regionali relativi alla Missione 6 “Salute”, ha individuato il dirigente amministrativo responsabile della UOS Affari Generali (il quale ricopre, al medesimo tempo, l’incarico di RPCT), in staff alla Direzione Strategica aziendale, quale componente per la ASL BA del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l’attuazione del PNRR – Missione 6 “Salute” nonché referente aziendale.

È attualmente costituito un 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 dai:

- *Direttore Distretto Socio Sanitario n.° 1, al quale sono attribuite funzioni di coordinamento operativo aziendale*
- *Direttore Dipartimento Investimenti, Acquisti e tecnologie*
- *Direttore Dipartimento Assistenza Territoriale*
- *Direttore Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero*
- *Direttore Area Gestione Risorse Finanziarie*
- *Direttore U.O.C. Analisi e Sviluppo Sistema Informativo*
- *Direttore Area Gestione Tecnica*
- *Direttore Area Gestione Patrimonio*
- *Direttore U.O.C. Ingegneria clinica ed HTA*
- *Direttore U.O.C. Controllo di Gestione*
- *Direttore U.O.C. Programmazione Innovazione e Continuità Ospedale-Territorio,*
- *Dirigente Analista Responsabile U.O.S. Controllo Strategico, Controlli interni ed Organi collegiali*
- *Direttore del Dipartimento di Prevenzione*
- *Dirigenti medici della Direzione sanitaria aziendale*

Così garantendo – al medesimo tempo – interdisciplinarietà agli interventi posti in essere dall’azienda e collegialità, anche quale presidio anticorruzione.

Obiettivo	Rafforzamento dell’analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi del PNRR
Azione da realizzare	Controllo e monitoraggio preventivo nella esecuzione degli appalti di lavori, servizi e forniture

j. Ulteriori misure trasversali: rapporti con società controllate e partecipate

Il PNA ha, altresì, sistematizzato 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 determinazione n. 1134/2017, recante *"Nuove Linee Guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici"*.

Quest'ultima chiarisce che gli artt. 1, c. 2-bis, l. 190/2012 e l'art. 2-bis, d. lgs. 33/2013 estendono l'ambito soggettivo di applicazione sia delle misure in tema di prevenzione della corruzione sia delle misure di trasparenza (questi ultimi succintamente richiamati, altresì, dalle *"Linee Guida in materia di organizzazione e gestione delle Società in house delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale"*, di cui alla D.G.R. n. 951/2020, al par. 12, non inciso dalle recenti modifiche disposte con D.G.R. n. 590/2022) ed accesso civico alle società in controllo pubblico, nel rispetto del principio di compatibilità. Tale vaglio di compatibilità è attuato dalla stessa Autorità, rinviando alla tabella allegata alla citata determinazione n. 1134/2017, sia con riferimento alla prevenzione della corruzione che agli obblighi di trasparenza ed accesso civico. La determinazione ANAC n. 1134/2017, sul punto, precisa che *"tra le attività esposte al rischio di corruzione vanno considerate in prima istanza quelle generali"*.

Al medesimo tempo, il PNA prevede – 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 alla Sezione Anticorruzione e Trasparenza dell'amministrazione controllante la previsione delle *"azioni concrete e verificabili relative ai predetti compiti"*.

Per l'effetto, già per gli anni precedenti, 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 ha 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.

Nell'ambito della collaborazione già in essere tra il RPCT ASL BA e la Sanitaservice, l'Amministratore unico ha già stabilito la nomina del RPCT societario e la adozione del PTPCT societario per il triennio 2024-2026.

In tali premesse la Direzione Strategica, con la D.D.G.n.1766 del 30/08/2024, ha, tra gli altri, recepito e ratificato il protocollo operativo per il controllo analogo su Sanitaservice ASL BA s.r.l. in materia di anticorruzione e trasparenza (prot.n.58984 del 20/08/2024).

Sulla base di tale protocollo, l'Amministratore unico, anche per il tramite del RPCT societario, assicurerà:

- a. l'adozione PTPCT societario, entro i termini previsti dalle norme, con assoggettamento al successivo aggiornamento annuale, previsto dalla l. 190/2012, proposto dall'RPCT societario, nel rispetto delle indicazioni fornite dal PNA nonché al par. 3.1.1 della determinazione ANAC n. 1134/2017. Si riconosce quali modalità parimenti percorribili ed alternative:
 - l'integrazione del modello di organizzazione, gestione e controllo di cui agli artt. 6 e 7, d. lgs. 231/2001, con misure idonee a prevenire anche i fenomeni di corruzione e di illegalità, in

coerenza con le finalità perseguite dalla l. 190/2012, nonché ad assicurare la corretta pubblicazione di dati/documenti/informazioni di cui al d. lgs 33/2013;

- la redazione e la approvazione di un autonomo documento, il Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, avente i contenuti di cui alla medesima l. 190/2012 ed idoneo ad assicurare la corretta pubblicazione di dati/documenti informazioni di cui al d. lgs 33/2013.
- b. la corretta ed aggiornata implementazione dei dati/documenti/informazioni pubblicate sul sito societario, sezione Società Trasparente, nel rispetto delle indicazioni fornite dall'ANAC.

Il controllo sulla correttezza delle pubblicazioni nella sottosezione Società Trasparente del sito istituzionale della società in-house verrà assicurato dalle Macrostrutture aziendali competenti per materia che relazioneranno all'RPCT ASL BA entro i primi dieci giorni dell'anno di competenza, al fine delle necessarie comunicazioni da fornire all'ANAC con la Relazione annuale RPCT.

Il particolare, entro tale data, il primo monitoraggio verrà assicurato come di seguito indicato:

- RPCT ASL BA in relazione alla pubblicazione del nominativo e degli estremi dell'atto di nomina dell'RPCT societario, nonché degli ulteriori dati/documenti/informazioni la cui pubblicazione è prevista come obbligatoria dalla tabella allegata alla determinazione ANAC n. 1134/2017, nella sezione Società Trasparente/Altri Contenuti, sottosezioni Prevenzione della Corruzione ed Accesso Civico;
 - AGRU ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in tema di reclutamento e gestione del personale, nella sezione Società Trasparente/Personale;
 - SBL ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in tema di conferimento di incarichi di patrocinio legale, nella sezione Società Trasparente/Consulenti e collaboratori;
 - AGP ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in tema di appalti, nella sezione Società Trasparente/Bandi di gara e Contratti;
 - AGRF ASL BA (tramite il relativo Referente RPCT), in relazione alle pubblicazioni obbligatorie in tema di bilanci e pagamenti, nella sezione Società Trasparente/Bilanci e Società Trasparente/Pagamenti.
- c. relativamente all'istituto dell'accesso civico viene estesa alla società in-house l'applicazione del vigente regolamento aziendale disciplinante le richieste di accesso civico semplice e generalizzato, di cui all'art. 5, d. lgs. 33/2013, adottato con deliberazione del Direttore Generale n.869 del 09/05/2022. L'amministratore unico coordinerà l'adozione di autonoma regolamentazione societaria in tema di accesso civico.

Obiettivo	Adozione delle misure di prevenzione da parte degli enti di diritto privato in controllo pubblico
Azione da realizzare	<i>Controllo e monitoraggio del rispetto della normativa Anticorruzione e Trasparenza</i>

k. La formazione

La legge 190/2022, ha conferito alle amministrazioni tutti gli strumenti necessari per costruire e realizzare il sistema anticorruzione, dando anche centralità alla formazione. Le amministrazioni devono orientare la propria scelta formativa verso una rilevazione dei fabbisogni riferita al proprio contesto strutturale ed organizzativo.

La formazione garantisce l'innovazione, il miglioramento delle competenze e della qualità dei servizi, ed è un efficace strumento di prevenzione della corruzione. Ha il delicato compito di ridurre le resistenze interne al cambiamento che rappresentano un fattore di ostilità verso l'innovazione e la digitalizzazione che, invece, favoriscono, anche tramite la trasparenza e gli obblighi di pubblicazione, un valido supporto alla prevenzione della corruzione.

Per la ASL di BARI, la formazione rappresenta un elemento cruciale per migliorare le competenze dei dipendenti all'erogazione dei servizi sempre in continua evoluzione, competitivi e diversificati.

Nell'ambito della prevenzione della corruzione, sono molteplici gli interventi che la ASL di BARI considera al fine di prevenire la c.d. mala-administration.

La formazione come prevenzione della corruzione.

La formazione garantisce una maggiore consapevolezza dei dipendenti pubblici del fenomeno corruttivo e, pertanto, aiuta a contrastarlo, o meglio prevenirlo. In secondo luogo, la formazione improntata su logiche di etica pubblica e legalità garantisce quella base di conoscenze che favorisce, da una parte, l'individuazione di quei rischi che possono portare a fenomeni corruttivi e, dall'altra, il trattamento di tali rischi. La formazione, inoltre, aiuta a diffondere le *best practices*, nonché crea le basi culturali per la concreta attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, sia esse generali che specifiche.

Pertanto, è compito della ASL di BARI individuare i giusti interventi formativi e avere la capacità di adottare un approccio differenziato in relazione anche ai soggetti coinvolti nella realizzazione del sistema anti-corruttivo. Sarà necessario differenziare l'individuazione dei fabbisogni rispetto sia al grado di coinvolgimento dei dipendenti, sia alla loro professionalità richiesta.

L'importanza di delineare idonei interventi formativi.

L'attuale sistema prevede una formazione obbligatoria svincolata da rigidità normative che potrebbero sfociare in un puro adempimento, in un dovere normativo, in un approccio solamente formalistico e, pertanto, rendere inutile lo specifico intervento normativo, oltre che dispendioso di tempo e risorse pubbliche.

La ASL di BARI ad oggi ha individuato almeno tre tipologie di percorsi formativi al fine di far crescere la consapevolezza dei dipendenti e di fronteggiare il fenomeno della corruzione.

Primo intervento formativo. Formazione di carattere generale rivolta a tutto il personale al fine di diffondere la cultura della legalità nell'amministrazione e di sensibilizzare i destinatari dell'intervento formativo anche sul tema anticorruzione. Tale formazione deve coinvolgere tutto il personale, ovviamente con un grado differente in base alle responsabilità affidate.

Secondo intervento formativo. Formazione mirata verso profili più specialistici della gestione del rischio corruttivo, al fine di accrescere le loro competenze tecniche.

Terzo intervento formativo. Formazione diretta a coloro che operano nei settori più a rischio corruzione, al fine di far acquisire loro competenze nella gestione di tali rischi.

La formazione così delineata evidentemente deve riguardare materie trasversali e va intesa non solo per la gestione del rischio corruttivo. Infatti, gli interventi formativi programmati sono orientati verso temi come i contratti pubblici, accesso e trasparenza, nonché altre materie che arricchiscono la capacità formativa dei dipendenti e la competenza al fine di ridurre al limite interventi corruttivi.

Obiettivo	Realizzazione di percorsi formativi trasversali suddivisi per aree di competenza
Azione da realizzare	<i>Monitoraggio sulla realizzazione dei percorsi formativi</i>

1. Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio

Il PNA 2022 ribadisce che l'art. 10, comma 3, del d.lgs. n. 231/2007, richiede di mappare i processi interni in modo da individuare e presidiare le aree di attività maggiormente esposte al rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, valutando le caratteristiche soggettive, i comportamenti e le attività dei soggetti interessati ai procedimenti amministrativi.

Con delibera n. 103/2022, in considerazione della centralità dell'Area Gestione Risorse Finanziarie, nella gestione dei flussi finanziari, la Direzione Strategica ha individuato nel Direttore dell'Area Gestione Risorse Finanziarie quale gestore aziendale antiriciclaggio e, considerati i procedimenti/procedure di cui all'art.10, D.Lgs. 90/2017, ha individuato 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).

La Direzione strategica in condivisione con il RPCT ritiene di confermare quanto già stabilito con delibera n. 103/2022.

Nel corso del 2026 sarà necessario effettuare un approfondimento sul tema che sarà oggetto di apposito gruppo di lavoro.

Obiettivo	Segnalazione delle cd. operazioni sospette di riciclaggio e/o finanziamento al terrorismo internazionale
Azione da realizzare	<i>Monitoraggio e valutazione circa il ricorrere degli indici di anomalia elencati dalle Istruzioni UIF (Unità di Informazione finanziaria per l'Italia)</i>

2. Risultati monitoraggio misure

I risultati del monitoraggio circa l'attuazione delle misure hanno visto un più attivo coinvolgimento partecipativo delle Macrostrutture e confermato il tendenziale sufficiente grado di attuazione da parte degli Uffici. 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 2026 aggiungono nuove e differenti misure, per lo più limitatamente agli ambiti legati alla gestione 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). Con riferimento alle misure già programmate per

il 2025, ove dal monitoraggio circa la loro attuazione si siano rilevate criticità, la programmazione 2026 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 2022, per tutte le misure previste dalla presente Sezione, 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 del RPCT.

3. Una prospettiva futura. PNRR e altri programmi. Digitalizzazione e Artificial Intelligence (AI).

Pianificazione, semplificazione e integrazione sono ormai diventati i leitmotiv delle attuali riforme amministrative e delle azioni collegate all'esecuzione dei piani nazionali di ripresa e resilienza, che a loro volta recepiscono e attuano il Next Generation EU (Recovery Fund). Le possibili ragioni che hanno portato all'emergere di questi nuovi "paradigmi riformistici" sono da individuare nella crisi economico- finanziaria ormai sempre più costante, nell'inadeguata gestione dei fondi pubblici, nei bassi livelli di erogazione dei servizi pubblici, in particolare di quelli finalizzati alla soddisfazione dei diritti sociali, e nell'inadeguatezza delle pubbliche amministrazioni nel far fronte ai processi in atto nel settore pubblico (la digitalizzazione su tutti).

Le riforme amministrative italiane degli ultimi trent'anni, caratterizzate dalla mancanza di una visione strategica a lungo termine, hanno tentato, con esigui risultati, di affrontare e risolvere i maggiori problemi che affliggono le pubbliche amministrazioni.

Attualmente, uno degli ambiti che sta subendo le trasformazioni più significative è quello delle politiche di lotta e prevenzione della corruzione e, più in generale, di promozione della buona governance nel settore pubblico.

Difatti, le regole e le misure preventive non riguardano solo il mero svolgimento dell'azione amministrativa, ma, più in generale, l'organizzazione amministrativa nel suo complesso.

La soluzione dell'integrazione è dunque finalizzata al duplice obiettivo di 1) rendere concreta l'implementazione delle misure anticorruzione e 2) non sacrificare gli obiettivi di semplificazione, efficienza ed efficacia amministrativa, ma far coesistere le garanzie di imparzialità con quelle di buon andamento.

Nell'ordinamento italiano, questi indirizzi sono stati recepiti con l'adozione di due importanti documenti: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO). Il primo definisce l'anticorruzione come un ambito da semplificare, soprattutto attraverso l'eliminazione di alcuni adempimenti organizzativi e di regole. Questo indirizzo rappresenta un unicum nel panorama europeo, in quanto molti piani nazionali prevedono l'adozione di misure ed interventi nel campo dell'anticorruzione, mentre gli altri, a differenza di quanto fa l'Italia, si limitano a non voler ridimensionare al ribasso l'impianto di queste politiche.

Le pubbliche amministrazioni, efficienti e integre, rappresentano una componente essenziale per il raggiungimento degli obiettivi della transizione ecologica e della digitalizzazione del settore pubblico. A tale

proposito, l'Italia ha adottato varie misure e pianificazioni, tra cui il Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione per il periodo 2024-2026.

Tuttavia, da questi piani non emerge alcun riferimento che sancisca in modo espresso la necessità e l'obbligo di coordinare tali misure con quelle di prevenzione della corruzione. Alcuni codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni prescrivono regole di condotta sia in merito all'utilizzo degli strumenti digitali che al rispetto dell'ambiente e al risparmio delle risorse energetiche.

L'Unione Europea ha adottato alcuni documenti e avviato una serie di iniziative in questa prospettiva e anche l'ONU, con l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, ha adottato un piano d'azione. La lotta alla corruzione rientra nell'obiettivo 16.5 e prevede esplicitamente di "ridurre sensibilmente la corruzione e gli abusi di potere in tutte le loro forme".

La corruzione è dunque considerata un fattore di rischio per il conseguimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile e, proprio per questo motivo, deve essere necessariamente collegata alle misure, alle azioni e ai programmi adottati per il raggiungimento degli altri traguardi. In tale contesto, le politiche di lotta alla corruzione devono essere coordinate con gli obiettivi in materia energetica e ambientale, nonché con quelli relativi all'efficientamento tecnologico e alla digitalizzazione.

Il collegamento tra il sistema di prevenzione della corruzione e la rivoluzione digitale è legittimato dal ruolo costituzionale dell'amministrazione e dalla funzione che essa è chiamata a svolgere a cospetto della odierna complessità.

Un altro elemento che conferma la tesi di un coordinamento tra l'anticorruzione e le altre politiche è rappresentato dagli investimenti per le competenze del personale previsti nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (Investimento 2.3). Se, infatti, il rafforzamento delle competenze del personale è considerato un investimento organizzativo necessario che non prevede solo l'acquisizione di nuove competenze, ma anche e soprattutto una sinergica integrazione tra di esse, ne consegue che le competenze in materia di integrità contribuiscono anche a sviluppare meglio quelle digitali e quelle per la tutela ambientale.

Il collegamento tra gli strumenti digitali (in particolare l'Intelligenza Artificiale) e il campo della prevenzione della corruzione è un argomento ampiamente discusso in chiave interdisciplinare, in cui si considerano i rischi e i benefici derivanti da quelli che potrebbero essere definiti come i "*new anti-corruption tools*". Questo nesso è persino visto nella prospettiva di un nuovo fenomeno burocratico, dato che la digitalizzazione propone un'inedita concezione dello spazio amministrativo e contribuisce a una maggiore apertura e trasparenza, in particolare attraverso la transizione digitale.

Dal punto di vista del diritto positivo, non vi è un chiaro riferimento normativo dal quale si possa evincere questa integrazione, ma senz'altro si possono ricavare alcuni elementi ponendo in relazione i due principali riferimenti: l'*Artificial Intelligence Act (Ai Act)* e la succitata proposta di direttiva europea.

L'*AI Act* si limita a un rapido riferimento alla buona amministrazione (*good administration*), senza affrontare il potenziale impiego di questi strumenti nel campo della corruzione. Il riferimento al concetto di buona amministrazione, già di per sé molto ampio e complesso, è limitato all'utilizzo dei sistemi IA nel settore della migrazione, dell'asilo e della gestione delle frontiere, con le possibili problematiche che ne derivano.

Si può pertanto affermare che in questo nuovo contesto emerge un orientamento che, ad oggi, sembra escludere, o quantomeno non considerare in modo esplicito, l'esercizio del potere digitale nell'ambito dell'integrità organizzativa delle pubbliche amministrazioni. Il reclutamento e la formazione del cosiddetto «personale pubblico digitale» già in atto in quasi tutti gli ordinamenti nazionali, non include, né nella formazione né nelle singole dinamiche relative all'esercizio dell'attività amministrativa, tecniche e strumenti IA (e ICT più in generale) con le misure e le regole di prevenzione della corruzione.

Anche il Piano triennale per l'informatica nella Pubblica amministrazione, che traccia la strategia italiana verso il "decennio digitale 2030", non prevede alcun collegamento con la politica di prevenzione della corruzione, sebbene in questo documento si sostenga l'importante raccordo tra il suddetto piano e i soggetti operanti nel sistema anticorruzione e in particolare con il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT). Lo stesso indirizzo si evince dal Piano Nazionale Anticorruzione 2024-26 e dal suo ultimo aggiornamento, i cui unici riferimenti alla digitalizzazione riguardano il settore degli appalti pubblici. Nonostante ciò, in alcuni piani di attività e organizzazione sono presenti alcune misure concrete, come la digitalizzazione delle comunicazioni con il RPCT e gli strumenti di supporto.

Un contributo di primo piano verso l'integrazione è stato svolto dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), che ha spesso auspicato, attraverso gli atti di sua competenza, l'effettivo collegamento tra le due politiche. Tra le varie cose, è anche merito dell'ANAC aver proposto una serie di suggerimenti sul tema della digitalizzazione nel passaggio dal vecchio codice degli appalti (d.lgs. n. 50/2016) al nuovo (d.lgs. n. 36/2023). Il ruolo dell'autorità non si limita alla gestione della piattaforma dei Contratti pubblici, ma comprende anche un'attività di assistenza. Infatti, l'autorità si è occupata della risoluzione dei problemi emersi nei primi mesi dall'avvio del processo di digitalizzazione, che ha portato alla diffusione di nuove funzionalità per agevolare il lavoro delle stazioni appaltanti.

Sempre nell'ordinamento italiano, il d.P.R. n. 81/2023 ha introdotto alcune novità al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (d.P.R. n. 62/2013), che riguardano proprio l'utilizzo delle tecnologie informatiche (art. 11-bis) e dei mezzi di informazione e dei social media (art. 11-ter). Questo cambiamento, definito controverso in dottrina per le sue molteplici ricadute, non ha un impatto diretto sul tema dell'integrazione. Le nuove disposizioni prescrivono al personale come utilizzare gli strumenti informatici e gestire i social (propri e dell'amministrazione), ma non vi sono regole che riguardano l'impiego del digitale per finalità di prevenzione. In buona sostanza, le norme in questione vietano comportamenti che, se messi in atto, devierebbero dall'interesse generale, ma al tempo stesso, non promuovono comportamenti positivi che potrebbero favorire l'integrità attraverso il corretto utilizzo del digitale.

Attualmente, l'unico caso in cui lo strumento digitale viene espressamente previsto è quello relativo a uno dei settori più esposti alla corruzione, ovvero quello del *procurement* pubblico. Ciò è vero sebbene sia ormai evidente una certa riduzione dell'influenza dell'anticorruzione sulla nuova normativa degli appalti. Infatti, il codice del 2023 ha segnato il passaggio, evidenziato in dottrina, dal codice dell'anticorruzione al codice del risultato e della fiducia.

La digitalizzazione è considerata una delle misure di prevenzione della corruzione più efficaci, poiché favorisce trasparenza, tracciabilità e partecipazione e, più in generale, la legalità delle procedure di questo settore.

La digitalizzazione dell'intero ciclo di vita degli appalti pubblici (programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione) è quindi l'esempio più tangibile dell'integrazione tra i due settori, sancita a livello legislativo. L'attuazione di questo processo digitalizzato è essenziale non solo per garantire l'integrità e la trasparenza di queste procedure, ma anche per migliorare l'efficacia dell'intero ciclo. Inoltre, il collegamento tra le due politiche potrebbe essere esteso a tanti altri campi, dove in particolare l'IA contribuirebbe a perfezionare la contrattualistica pubblica. Si pensi alle cd. *red flags*, ma più in generale alla scelta delle misure oggettive di prevenzione della corruzione ed alla misurazione stessa di questo fenomeno, che è già stata migliorata grazie alla *big data analytics*.

L'integrazione tra la prevenzione della corruzione e l'ampio campo del digitale permette di raggiungere molteplici obiettivi che diversamente non potrebbero essere conseguiti o che potrebbero non essere soddisfatti allo stesso modo.

Parte III Programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D.Lgs 33/2013

Premessa

La presente Sezione è stata redatta tenendo conto della disciplina nazionale in tema di trasparenza ed integrità, dall'entrata in vigore del d. lgs. 97/2016, dalla successiva delibera ANAC n. 1310/2016 e dal PNA 2022 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.

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 Piani.

La Direzione Strategica e il RPCT, in particolare, anche alla luce dei risultati estremamente positivi conseguiti in materia di rispetto degli obblighi di trasparenza ed integrità 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 indicano gare o effettuano affidamenti, ai sensi del d. lgs. 36/2023; 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"*).

Si precisa che, nel PNA 2022 – precisamente nell'allegato 9 - l'ANAC ha suggerito, al fine di consentire una migliore comprensione dello svolgimento delle procedure contrattuali, una nuova impostazione della sottosezione "Bandi di Gara e Contratti" di Amministrazione Trasparente a cui ci si sta progressivamente adeguando.

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 dal 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

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 al 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.

Con la [delibera n. 601 del 19 dicembre 2023](#), l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha aggiornato e integrato la [delibera n. 264 del 20 giugno 2023](#) riguardante la trasparenza dei contratti pubblici.

L'allegata tabella 2) Obblighi di pubblicazione, così come integrate dalle delibere sopra citate, 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 del RPCT, 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 il 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 del 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. 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 è stato definito il Regolamento aziendale sull'accesso civico semplice e generalizzato emanato con DDG n. 869 del 22.5.2022 al quale si fa riferimento.

Presso l'Ufficio del 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 del 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.

Parte IV Valutazione degli strumenti di bilanciamento tra privacy e trasparenza

Il bilanciamento tra le esigenze di tutela dei dati personali e gli obblighi di trasparenza amministrativa costituisce uno degli snodi centrali della governance aziendale della ASL di Bari e si colloca, in modo strutturale, nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028, quale strumento di programmazione unitaria volto a garantire legalità, integrità, qualità dell'azione amministrativa e tutela dei diritti fondamentali.

In tale prospettiva, la gestione dei flussi informativi e delle pubblicazioni istituzionali deve perseguire un equilibrio effettivo tra il diritto dei cittadini alla conoscibilità dell'azione amministrativa, sancito dal d.lgs. 33/2013 e s.m.i., e il diritto alla protezione dei dati personali, tutelato dal Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR). Tale equilibrio rappresenta un obiettivo trasversale del PIAO 2026-2028, con ricadute dirette sia sulla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", sia sulla sezione "Organizzazione e capitale umano", sia, infine, sulla dimensione della digitalizzazione e dei processi.

Elemento cardine di tale bilanciamento è l'applicazione rigorosa del principio di minimizzazione dei dati, di cui all'art. 5, par. 1, lett. c) del GDPR, che impone che i dati personali oggetto di trattamento e, in particolare, di diffusione mediante pubblicazione online, siano adeguati, pertinenti e limitati a quanto strettamente necessario rispetto alle finalità perseguite.

Nel contesto delle pubblicazioni sull'Albo Pretorio online e nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale aziendale, il principio di minimizzazione si traduce in una preventiva e puntuale valutazione del contenuto degli atti, finalizzata a garantire che siano rese pubbliche esclusivamente le informazioni richieste dalla normativa vigente o comunque indispensabili ai fini della trasparenza amministrativa.

La ASL di Bari, in coerenza con gli indirizzi del PIAO 2026-2028, ha adottato strumenti organizzativi e linee operative, che sta progressivamente consolidando, finalizzate a garantire la conformità delle pubblicazioni ai principi del GDPR. In particolare, per gli atti contenenti riferimenti a persone fisiche, è prevista una fase di revisione preliminare volta a individuare e rimuovere, ove possibile, i dati personali non necessari, anche mediante il ricorso a soluzioni alternative quali l'indicazione del numero di protocollo, l'utilizzo di codici identificativi o l'inserimento di specifici allegati privacy. Tali prassi, attualmente in fase di perfezionamento, sono supportate dall'adozione di procedure di de-indicizzazione e di rimozione automatica dei documenti al termine dei periodi di pubblicazione obbligatoria.

L'attenzione al principio di minimizzazione non risponde esclusivamente a un'esigenza di *compliance* normativa, ma si inserisce pienamente negli obiettivi di valore pubblico delineati dal PIAO, in quanto contribuisce a ridurre i rischi di trattamenti illeciti, accessi non autorizzati o utilizzi impropri delle informazioni, rafforzando al contempo la fiducia dei cittadini nei confronti dell'azione amministrativa.

Il PIAO prevede l'attuazione di un piano di intervento triennale che include percorsi formativi mirati, rivolti ai referenti delle macro-aree aziendali, con un taglio operativo e personalizzato. Particolare rilievo è attribuito a momenti formativi specialistici e a sessioni di affiancamento one-to-one, finalizzate alla

risoluzione di problematiche concrete connesse alla gestione dei dati personali e alle pubblicazioni obbligatorie.

Parallelamente, è programmata l'introduzione di soluzioni tecnologiche orientate al monitoraggio e all'automazione dei processi di pubblicazione, in un'ottica di maggiore efficienza, standardizzazione e riduzione del rischio, assicurando al contempo il rispetto delle misure di sicurezza e dei principi di protezione dei dati personali.

L'Azienda intende inoltre rafforzare la sensibilizzazione sui temi della privacy e della trasparenza, sia sul piano interno, mediante l'aggiornamento delle *policy* e la standardizzazione delle procedure, sia sul piano esterno, attraverso una comunicazione istituzionale chiara, accessibile e coerente con i principi di *accountability*.

La ASL di Bari, in ossequio ai principi di cui all'art. 5 del GDPR e in coerenza con il PIAO 2026-2028, intende garantire che i dati pubblicati in "Amministrazione Trasparente" rispettino i requisiti di integrità, completezza, tempestività, aggiornamento, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, accessibilità, riutilizzabilità, conformità agli originali, indicazione della provenienza e riservatezza.

L'insieme di tali interventi, integrati nella programmazione triennale del PIAO, contribuisce a rafforzare in modo strutturale la capacità aziendale di governare il rapporto tra trasparenza e protezione dei dati personali, in un'ottica di miglioramento continuo, responsabilizzazione organizzativa e piena tutela dei diritti dei cittadini.

Parte V Gli obiettivi strategici dell'anticorruzione e trasparenza

Nell'ambito degli obiettivi operativi di *budget* per l'anno 2026, approvati unitamente al P.I.A.O., si conferma la previsione specifica di un obiettivo in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza (*"Attuazione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO"*), oltre alla presenza di alcuni 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 P.I.A.O..

L'obiettivo specifico citato 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 dalla Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO, 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 dalla Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO e di cui all'allegata tabella sub 2) alla presente Sezione.

Si segnala che oltre alla bipartizione 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 macrorrganizzazione dell'Ente;
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.

Nel contesto del ciclo della performance e, più precipuamente, della valutazione della performance relativa all'anno 2026, 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.

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 del RPCT alla Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV (STP), disposta con la DDG n. 2007 del 17/10/2019.

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.

Di seguito è allegato un report riepilogativo delle UU.OO. alle quali è assegnato l'obiettivo specifico "Attuazione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza".

Per quanto compatibile, la presente sezione del PIAO si applica al plesso pediatrico Ospedale Giovanni XIII il cui trasferimento è stato stabilito in via transitoria con Legge Regionale n. 42/2024 del 31.12.2024, art.6..

Descrizione Obiettivo	Indicatore	Target	Note	Descrizione UU.OO.
Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO"	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT	Controllo di Gestione
				Struttura Burocratico Legale
				U.V.A.R.P.
				Medicina del Lavoro e Sorveglianza Sanitaria
				Medicina Forense, Gestione Rischio clinico, Sistema Qualità e Formazione
				Ingegneria clinica e H.T.A.
				Sistemi Informativi
				Area Gestione Risorse Umane
				Area Gestione Risorse Finanziarie
				Area Gestione Tecnica
				Area Gestione Patrimonio
				Area Servizio Socio-Sanitario
				Farmacia Territoriale
				Dipartimento Dipendenze Patologiche - Direzione Dipartimento
				Dipartimento Salute Mentale - Direzione Dipartimento
				Dipartimento Prevenzione - Direzione Dipartimento
				D. PREV. - SISP - Area Metropolitana
				D. PREV. - SISP - Area Nord
				D. PREV. - SISP - Area Sud
				D. PREV. - SPESAL - Area Metropolitana
				D. PREV. - SPESAL - Area Nord
				D. PREV. - SPESAL - Area Sud
				D. PREV. - SIAN - Area Metropolitana
				D. PREV. - SIAN - Area Nord
				D. PREV. - SIAN - Area Sud
				D. PREV. - SIAV-A - Area Metropolitana
				D. PREV. - SIAV-A - Area Nord
				D. PREV. - SIAV-A - Area Sud
				D. PREV. - SIAV-B - Area Metropolitana
				D. PREV. - SIAV-B - Area Nord
				D. PREV. - SIAV-B - Area Sud
				D. PREV. - SIAV-C - Area Metropolitana
				D. PREV. - SIAV-C - Area Nord
				D. PREV. - SIAV-C - Area Sud
				S.E.T. - 118
				Direzione Sanitaria Osp. San Paolo
				Direzione Amministrativa Osp. San Paolo-Molfetta-Corato-Terlizzi-Murgia
				Direzione Sanitaria Osp. Di Venere-Triggiano
				Direzione Amministrativa Osp. Di Venere-Triggiano-Monopoli-Putignano
				Direzione Sanitaria Osp. della Murgia
				Direzione Sanitaria Osp. Monopoli
				Direzione Sanitaria Osp. Putignano
				Distretto S.S. n. 1
				Distretto S.S. n. 2
				Distretto S.S. n. 3
				Distretto S.S. n. 4
				Distretto S.S. n. 5
				Distretto S.S. Unico - Bari
				Distretto S.S. n. 9
				Distretto S.S. n. 10
				Distretto S.S. n. 11
				Distretto S.S. n. 12
				Distretto S.S. n. 13
				Distretto S.S. n. 14
				D. PREV. - Randagismo
				Direzione Amministrativa Dipartimento Assistenza Territoriale
				Direzione Sanitaria Osp. Molfetta
				Direzione Sanitaria Osp. Corato
				Gestione Amministrativa Rapporti Convenzionali con il Privato Accreditato
				Cyber Sicurezza
	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009	Controllo di Gestione
				Struttura Burocratico Legale
				U.V.A.R.P.
				Medicina Forense, Gestione Rischio clinico, Sistema Qualità e Formazione
				Ingegneria clinica e H.T.A.
				Sistemi Informativi
				Area Gestione Risorse Umane
				Area Gestione Risorse Finanziarie
				Area Gestione Tecnica
				Area Gestione Patrimonio
				Area Servizio Socio-Sanitario
				Farmacia Territoriale
				Dipartimento Dipendenze Patologiche - Direzione Dipartimento
				Dipartimento Salute Mentale - Direzione Dipartimento
				Dipartimento Prevenzione - Direzione Dipartimento
				D. PREV. - SISP - Area Metropolitana
				D. PREV. - SISP - Area Nord
				D. PREV. - SISP - Area Sud
				D. PREV. - SPESAL - Area Metropolitana
				D. PREV. - SPESAL - Area Nord
				D. PREV. - SPESAL - Area Sud
				D. PREV. - SIAN - Area Metropolitana
				D. PREV. - SIAN - Area Nord
				D. PREV. - SIAN - Area Sud
				D. PREV. - SIAV-A - Area Metropolitana
				D. PREV. - SIAV-A - Area Nord
				D. PREV. - SIAV-A - Area Sud
				D. PREV. - SIAV-B - Area Metropolitana
				D. PREV. - SIAV-B - Area Nord
				D. PREV. - SIAV-B - Area Sud
				D. PREV. - SIAV-C - Area Metropolitana
				D. PREV. - SIAV-C - Area Nord
				D. PREV. - SIAV-C - Area Sud
				S.E.T. - 118
				Direzione Amministrativa Osp. San Paolo-Molfetta-Corato-Terlizzi-Murgia
				Direzione Amministrativa Osp. Di Venere-Triggiano-Monopoli-Putignano
				Distretto S.S. n. 1
				Distretto S.S. n. 2
				Distretto S.S. n. 3
				Distretto S.S. n. 4
				Distretto S.S. n. 5
				Distretto S.S. Unico - Bari
				Distretto S.S. n. 9
				Distretto S.S. n. 10
				Distretto S.S. n. 11
				Distretto S.S. n. 12
				Distretto S.S. n. 13
				Distretto S.S. n. 14
				D. PREV. - Randagismo
				Direzione Amministrativa Dipartimento Assistenza Territoriale
				Gestione Amministrativa Rapporti Convenzionali con il Privato Accreditato
				Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale
				Cyber Sicurezza

Sezione III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

1 Struttura organizzativa

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.7 Ospedali a gestione diretta;
- n.2 Plessi di Post Acuzie (P.P.A.)
- 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”
- il privato accreditato.

Giusta D.D.G.n.446 del 28/02/2024, la Direzione Aziendale della ASL Bari opera avvalendosi di una struttura organizzativa composta delle seguenti Unità Operative di staff:

- Unità Operativa Controllo di Gestione
- Struttura Burocratico-Legale
- Servizio delle Professioni Sanitarie Ospedaliero-Territoriali
- U.O. Affari generali
- Cyber Sicurezza

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

- Dipartimento Amministrativo
- Dipartimento Sicurezza e qualità
- Dipartimento investimenti, acquisti e tecnologie
- Dipartimento Governo della domanda e offerta sanitaria

L'organizzazione sanitaria, aggiornata con la citata D.D.G. n.446/2024, si articola nei seguenti Dipartimenti Ospedalieri o misti:

- Dipartimento di Area Chirurgica
- Dipartimento Nefro-Urologico
- Dipartimento di Ortopedia
- Dipartimento di Area Medica
- Dipartimento di Area Medica Specialistica
- Dipartimento Cardiovascolare
- Dipartimento Neuro-Vascolare
- Dipartimento Neurosensoriale
- Dipartimento Medicina dell'età evolutiva
- 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 Assistenza Territoriale, al quale afferiscono, tra le altre UU.OO.CC., i n.12 Distretti Socio Sanitari
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Riabilitazione.

2 Organizzazione del lavoro agile

Il lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende o Enti, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non modifica la natura del rapporto di lavoro in atto. Fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti e gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza, ivi incluso il diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime attribuzioni esclusivamente all'interno dell'Azienda o Ente. Inoltre, l'Azienda o Ente garantisce al personale in lavoro agile le stesse opportunità rispetto alle progressioni di carriera, alle progressioni economiche, alla incentivazione della performance e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza, fermo restando quanto disposto dai vigenti CCNL di categoria a cui si rinvia.

Ai sensi del nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Sanità Periodo 2022-2024 sottoscritto in data 27/10/2025, sono oggetto di confronto con i soggetti sindacali i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto; sono oggetto di contrattazione integrativa i criteri di priorità per l'accesso al lavoro agile ed al lavoro da remoto e i casi in cui è possibile estendere il numero delle giornate di prestazione rese in modalità agile o da remoto.

2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile in ASL Bari

L'esperienza del Lavoro Agile nell'ASL Bari, durante il periodo gennaio 2025 - dicembre 2025, ha fatto registrare i seguenti risultati sulla base dei dati elaborati dal Controllo di Gestione e dall'U.O.A.S.S.I. e riguardanti i dipendenti dell'Azienda rilevati nell'anno 2025:

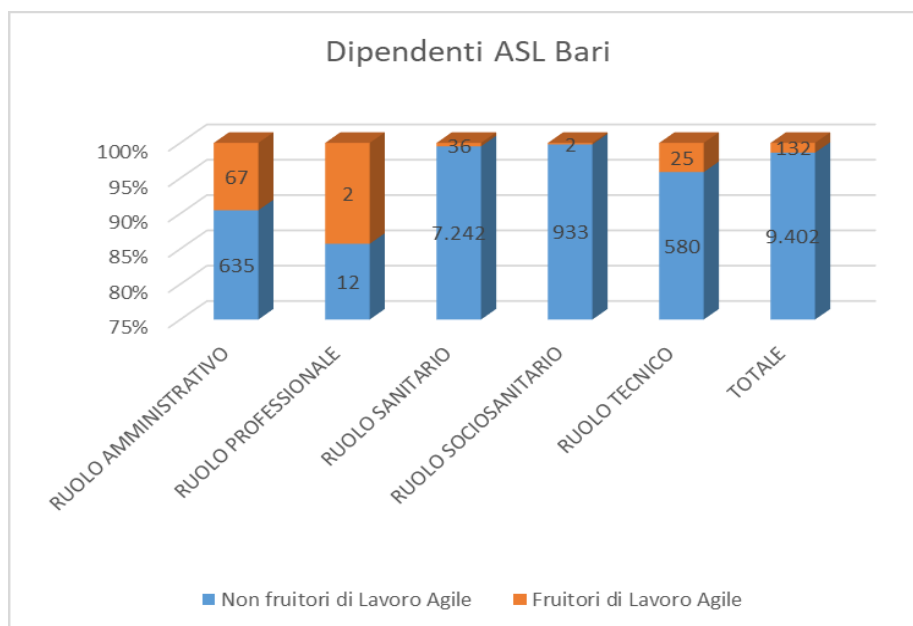
2025																				
RUOLO		Comparto - Dirigenza	n. Dipendenti ASL Ba			n. Dipendenti ASL Ba in Lavoro Agile			% n. Dipendenti in Lavoro Agile			Tot. Giornate lavorative dei Dipendenti che hanno effettuato Lavoro Agile			Giornate lavorative effettive in Lavoro Agile			% Giornate lavorative in LA/Giornate lavorative		
			F	M	Tot.	F	M	Tot.	F	M	Tot.	F	M	Tot.	F	M	Tot.	F	M	Tot.
RUOLO AMMINISTRATIVO	COMPARTO		356	250	606	39	21	60	11%	8%	9,9%	9.789	5.271	15.060	1.945	789	2.734	20%	15%	18%
	DIRIGENZA		15	14	29	6	1	7	40%	7%	24,1%	1.506	251	1.757	97	5	102	6%	2%	6%
	Tot. Parz		371	264	635	45	22	67	12%	8%	10,6%	11.295	5.522	16.817	2.042	794	2.836	18%	14%	17%
RUOLO PROFESSIONALE	COMPARTO		1	1	2	1	1	2	100%	100%	100,0%	251	251	502	118	130	248	47%	52%	49%
	DIRIGENZA		2	8	10	0	0	0	0%	0%	0,0%	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
	Tot. Parz		3	9	12	1	1	2	33%	11%	16,7%	251	251	502	118	130	248	47%	52%	49%
RUOLO SANITARIO	COMPARTO		3.693	1.467	5.160	16	3	19	0,4%	0,2%	0,4%	4.016	753	4.769	654	78	732	16%	10%	15%
	DIRIGENZA		1.243	839	2.082	13	4	17	1,0%	0,5%	0,8%	3.263	1.004	4.267	478	104	582	15%	0%	14%
	Tot. Parz		4.936	2.306	7.242	29	7	36	0,6%	0,3%	0,5%	7.279	1.757	9.036	1.132	182	1.314	16%	10%	15%
RUOLO SOCIO SANITARIO	COMPARTO		655	278	933	2	0	2	0,3%	0%	0,2%	502	0	502	65	0	65	13%	0%	13%
	DIRIGENZA		0	0	0	0	0	0	0%	0%	0,0%	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
	Tot. Parz		655	278	933	2	0	2	0%	0%	0,2%	502	0	502	65	0	65	13%	0%	13%
RUOLO TECNICO	COMPARTO		182	390	572	12	10	22	7%	3%	3,8%	3.012	2.510	5.522	620	563	1.183	21%	22%	21%
	DIRIGENZA		2	6	8	2	1	3	100%	17%	37,5%	502	251	753	39	1	40	8%	0%	5%
	Tot. Parz		184	396	580	14	11	25	8%	3%	4,3%	3.514	2.761	6.275	659	564	1.223	19%	20%	19%
Totale Complessivo			6.149	3.253	9.402	91	41	132	1%	1%	1,4%	22.841	10.291	33.132	3.951	1.670	5.621	17%	16%	17%

Fonte: Controllo di Gestione

Dall'analisi del report su indicato, si evince che:

- Complessivamente la percentuale di personale che ha usufruito del lavoro agile è stata pari al **1,4%** del numero complessivo dei dipendenti ASL Bari. Più precisamente il personale che ha fatto più ricorso al lavoro agile è stato quello di sesso femminile rispetto a quello maschile (91 vs 41). Il ricorso a tale modalità di lavoro ha riguardato il 17% del totale delle giornate lavorative, garantendo la disposizione della prevalenza del lavoro presso la sede lavorativa.
- In riferimento alla colonna “% n. Dipendenti in lavoro agile”, la tipologia di personale maggiormente coinvolta nell'espletamento del lavoro agile è quella relativa al Ruolo Amministrativo (10,6% del totale del numero dei dipendenti di riferimento), e, anche se con una bassa incidenza relativamente al numero assoluto di dipendenti, quello Professionale (Comparto 100% del totale dei numeri di dipendenti di riferimento) nonché alla Dirigenza Tecnica (37,5% 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 2025. Nel dettaglio, i dipendenti del comparto sanitario e i dirigenti dell'area sanità che hanno svolto la propria attività in regime di lavoro agile sono risultati inferiori all'1% del totale del numero dei dipendenti di riferimento. La differenza di percentuale del personale dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico 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.

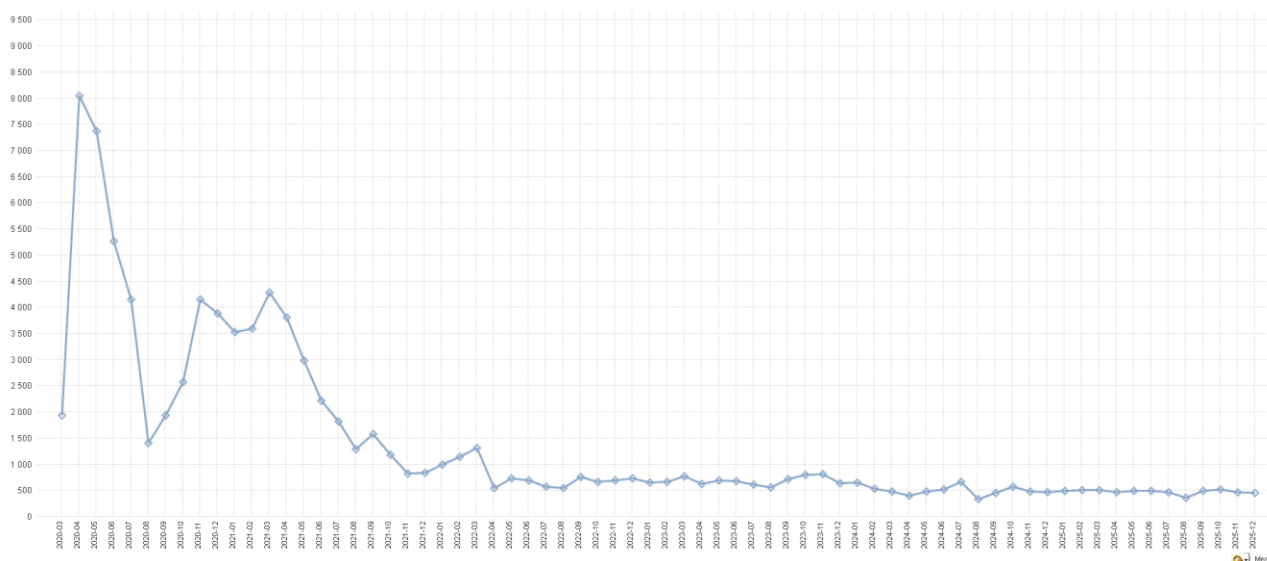


Fonte: Controllo di Gestione

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 (12% rispetto all'8% di quello maschile); anche nel ruolo sanitario, professionale e tecnico sono le lavoratrici ad aver usufruito della modalità in lavoro agile in una percentuale maggiore rispetto a quella dei dipendenti di sesso maschile.

Per quanto attiene la colonna "% Giornate lavorative Dip. Autorizzati in LA/ Giornate lavorative", emerge che sono state svolte in lavoro agile rispettivamente il 17% delle giornate lavorative dovute dal personale amministrativo, il 49% da quello professionale, il 19% dal personale del ruolo tecnico e il 15% dal personale del ruolo sanitario e il 13% da quello sociosanitario.

Di seguito è illustrato l'andamento delle giornate lavorative in Lavoro Agile per gli anni dal 2020 al 2025:



Fonte: Controllo di Gestione

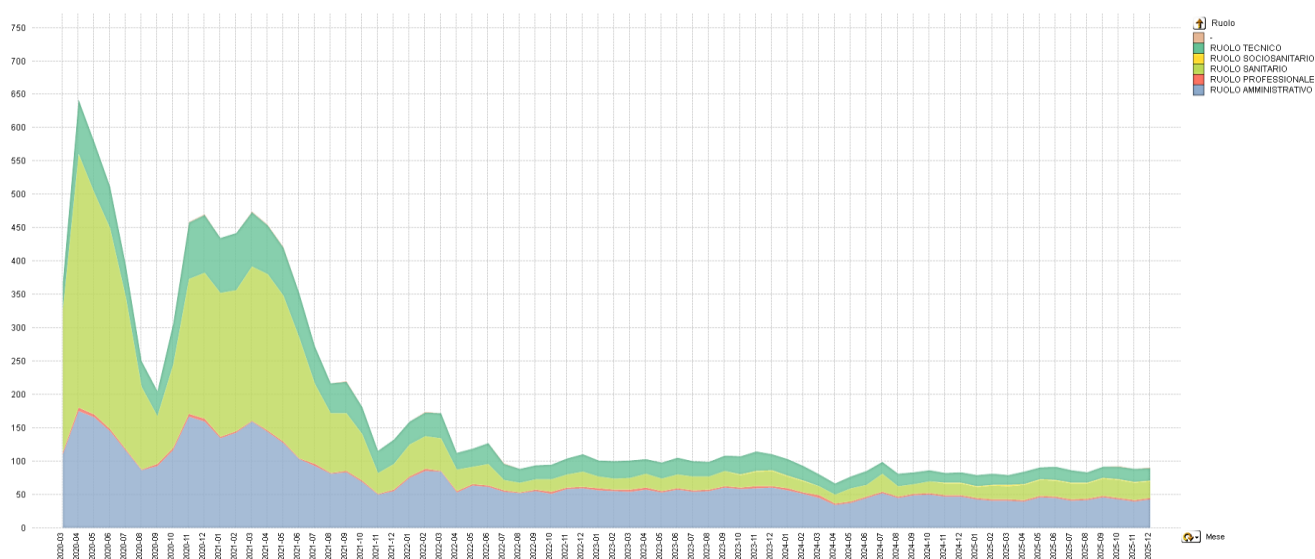
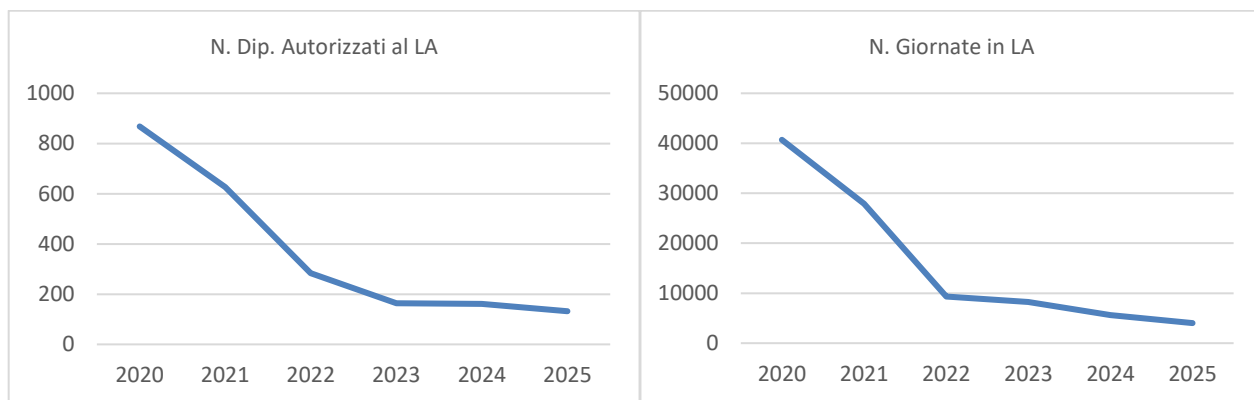
Dal grafico si evince come il numero di giornate lavorative effettuate in LA si sia sostanzialmente stabilizzato ottenendo un andamento stabile dal 2022 in poi. Rispetto al 2020, infatti, il ricorso alla

prestazione di lavoro in modalità agile è nettamente diminuito allontanandosi dal picco avutosi in riferimento ai mesi marzo - maggio 2020 coincidenti con il periodo emergenziale legato alla pandemia di Covid19.

Allo stesso modo, come visibile dalla tabella di seguito rappresentata, anche il numero dei dipendenti fruitori del lavoro agile si è ridotto progressivamente negli anni stabilizzandosi dal 2023 e il 2024. Le giornate di lavoro in modalità agile, invece, sono nettamente diminuite riducendosi del 90% tra il 2020 e il 2025.

Anno	N. Dip. Autorizzati al LA	N. Giornate in LA
2020	868	40697
2021	626	27910
2022	283	9359
2023	164	8214
2024	161	5607
2025	132	4016

Fonte: Controllo di Gestione



Andamento per ruolo
Fonte: Controllo di Gestione

2.2 Condizionalità e fattori abilitanti

a. Misure Organizzative, soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

SOGGETTI	PROCESSI	STRUMENTI
DIREZIONE STRATEGICA	Definizione strategia e le linee guida per l'attuazione del lavoro agile	Adozione P.I.A.O.
DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA	Mappatura dei processi e delle attività effettuabili 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	
	Monitoraggio e controllo delle performance di lavoro agile	Di comunicazione e di standardizzazione dei processi
	Promozione di percorsi informativi e formativi	
AGRU	Coordinamento del processo evolutivo e di approccio al lavoro agile	Emanazione direttive, regolamenti e circolari/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 lavoro agile
RTD (Responsabile della transizione al digitale)	Evoluzione organizzativa e adeguamento tecnologico necessario	Definizione <i>maturity model</i> per il lavoro agile
U.O. Formazione	Sviluppo delle competenze digitali e della formazione in tema di lavoro agile	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 eseguibili in modalità agile. 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*).

L'Azienda, con il supporto del Comitato Unico di Garanzia, in riferimento alla mappatura dei processi e delle attività effettuabili in modalità agile, avviava già nel 2021 una ricognizione¹ che, in base alla dimensione organizzativa e funzionale, individuava le attività che potevano essere svolte con modalità agile coinvolgendo tutti i Direttori di Macrostruttura, Area, Distretto e Dipartimento.

¹ Riferimento P.O.L.A. ASL BA, adottato giusta DDG.n.1945/2022

Si riportano di seguito i processi di cui alla citata mappatura:

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

b. Destinatari, articolazione, autorizzazione, accordo, monitoraggio

Destinatari: L'articolo 28 del CCNL Comparto Sanità del 27.10.2025¹ disciplina l'accesso al lavoro agile, stabilendo che l'adesione a questa modalità è sempre volontaria e frutto di consenso tra le parti. Possono usufruirne tutti i lavoratori, sia a tempo pieno che parziale, e indipendentemente dal tipo di contratto, che sia a tempo determinato o indeterminato. L'Azienda, dopo il confronto con i soggetti sindacali, ha il compito di individuare le attività compatibili con il lavoro agile, escludendo quelle che si svolgono su turni o che richiedono strumenti e documentazione non remotizzabili.

L'obiettivo dell'Azienda è trovare un equilibrio tra il benessere e la flessibilità dei dipendenti e gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, tenendo conto delle esigenze tecniche delle attività. I lavoratori,

¹ L'articolo sostituisce e annulla il precedente art. 77 del CCNL del 02.11.2022

anche in modalità agile, sono tenuti a garantire gli stessi livelli di prestazione previsti per il lavoro in presenza. Inoltre, attraverso la contrattazione collettiva integrativa, l'Azienda deve favorire l'accesso al lavoro agile per chi si trova in condizioni di particolare necessità non coperte da altre misure. Tra queste rientrano i lavoratori con problemi di salute documentati, chi assiste familiari con disabilità grave ai sensi della legge 104/1992, chi beneficia delle misure di sostegno alla genitorialità previste dal d.lgs. 151/2001 e altre situazioni definite in sede di contrattazione. Per tali categorie, l'accordo individuale consente di aumentare il numero di giorni in modalità agile rispetto agli altri dipendenti.

Articolazione: In merito all'articolazione della prestazione di lavoro agile¹, la stessa può essere suddivisa in due fasce: la fascia di contattabilità, durante la quale il lavoratore deve essere reperibile tramite telefono, email o altri strumenti, e che non può superare l'orario medio giornaliero di lavoro; e la fascia di inoperabilità, in cui non è consentito svolgere alcuna attività lavorativa. Quest'ultima include le 11 ore di riposo consecutivo previste dall'articolo 27 e il periodo di lavoro notturno tra le 22:00 e le 6:00.

Durante la fascia di contattabilità, il dipendente può usufruire dei permessi orari previsti dalla normativa e dai contratti collettivi, come quelli per motivi personali o familiari, sindacali, per assemblee o per assistenza a persone con disabilità. In tali casi, per la durata del permesso, il lavoratore è esonerato dagli obblighi di reperibilità.

Nelle giornate di lavoro agile il dipendente non può maturare credito orario, essere autorizzato ad effettuare ore di lavoro straordinario, attività lavorativa in pronta disponibilità, progetto obiettivo o, comunque, qualsivoglia altra attività che esuli dall'ordinario orario lavorativo giornaliero, indipendentemente dalla modalità di timbratura effettuata dallo stesso².

Se si verificano problemi tecnici che impediscono o rallentano l'attività a distanza, il dipendente deve informare tempestivamente il dirigente, che può richiamarlo in presenza. In tal caso, il lavoratore completa la giornata secondo il proprio orario ordinario. Per esigenze di servizio, il dipendente può essere richiamato in sede con un preavviso di almeno un giorno, senza diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

Al di fuori della fascia di contattabilità, non è richiesto alcun contatto con colleghi o dirigenti, né la lettura di email, risposte a telefonate o accesso ai sistemi informativi dell'Ente (diritto alla disconnessione).

Autorizzazione: al fine dell'autorizzazione della prestazione in modalità di lavoro agile, il Direttore/responsabile deve accertare la sussistenza dei seguenti requisiti:

- a) possibilità di delocalizzare, almeno in parte, le attività allo stesso assegnate, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- b) possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- c) possibilità di monitorare e valutare i risultati conseguiti;
- d) possibilità per il dipendente di godere di autonomia operativa nell'espletare i compiti affidatigli dal dirigente di riferimento e della possibilità di organizzare l'esecuzione della propria prestazione lavorativa.

¹ L'art. 29 CCNL Comparto Sanità del 27.10.2025 che sostituisce e annulla il precedente art. 79 del CCNL del 02.11.2025

² Nota prot. n.88658 del 19/11/2025

Accordo: l'esercizio della prestazione in "modalità agile" è subordinato alla stipula di un accordo individuale, secondo lo schema tipo già diffuso dall'ASL BA con nota prot. 66260/2022, che dovrà indicare i seguenti dati:

- a) durata dell'accordo, modalità di svolgimento dell'attività in lavoro agile, di recesso d'iniziativa del dipendente e di revoca da parte dell'Amministrazione;
- b) individuazione delle giornate di lavoro agile;
- c) fasce di contattabilità;
- d) strumenti di lavoro agile;
- e) programmazione dell'attività individuale e monitoraggio da parte del Direttore/Responsabile e periodicità della rendicontazione al dirigente;
- f) trattamento giuridico ed economico;
- g) obblighi di custodia e riservatezza;
- h) indicazione in materia di sicurezza sul lavoro.
- i) modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni, salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
- l) ipotesi di giustificato motivo di recesso.

Monitoraggio: il Direttore/Responsabile dovrà vigilare sulla modalità di esecuzione della prestazione lavorativa svolta dal dipendente in "modalità agile", richiedendo apposita rendicontazione con la modalità e la cadenza che riterrà più opportuna.

c. Il lavoro da remoto

Per quanto riguarda il **lavoro da remoto**, esso si definisce come una modalità di prestazione lavorativa svolta con vincolo di tempo e nel rispetto delle regole sull'orario di lavoro, ma in un luogo diverso dalla sede dell'ufficio, purché idoneo. Questa modalità si realizza con l'ausilio di dispositivi tecnologici forniti dall'Azienda e può assumere forme diverse, come il telelavoro domiciliare o altre soluzioni di lavoro a distanza, ad esempio *coworking* o centri decentrati.

Il lavoro da remoto comporta per il dipendente gli stessi obblighi previsti per il lavoro in sede, soprattutto in materia di orario, e garantisce tutti i diritti legali e contrattuali, inclusi riposi, pause, permessi e trattamento economico. L'Azienda può adottare questa modalità, previo consenso del lavoratore e di norma in alternanza con il lavoro in presenza, per attività che richiedono un presidio costante e per le quali siano disponibili strumenti tecnologici che assicurino operatività continua, accesso alle procedure e controlli automatizzati sul rispetto dell'orario.

Analogamente a quanto previsto per il lavoro agile, è possibile estendere il numero di giorni di lavoro da remoto per i dipendenti con particolari esigenze di salute, per chi assiste familiari con disabilità grave o beneficia delle misure di sostegno alla genitorialità, nonché per altre situazioni definite dalla contrattazione integrativa, tramite accordo individuale. L'Azienda concorda con il lavoratore il luogo di svolgimento dell'attività e ne verifica l'idoneità, anche ai fini della sicurezza, sia all'avvio sia con controlli periodici almeno semestrali. Nel caso di telelavoro domiciliare, devono essere stabiliti tempi e modalità di accesso al domicilio per tali verifiche.

Infine, al lavoro da remoto si applicano le disposizioni sul lavoro agile previste dal CCNL, con alcune eccezioni relative alla disconnessione, alla formazione e ad altri aspetti specifici.

d. Piattaforme tecnologiche

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 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, previa autorizzazione da parte del Direttore/Responsabile e successiva sottoscrizione di apposito accordo individuale, su base volontaria, con il dipendente.

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: MoSS, Paghe e Presenze, EDOTTO e tutte le applicazioni regionali che sono raggiungibili solo attraverso la rete RUPAR.

Ovviamente non necessita di VPN la lettura sia della Posta Elettronica Ordinaria (PEO), individuale e/o di struttura, che della Posta Elettronica Certificata (PEC), nonché del Sistema Documentale Aziendale.

Per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il dipendente utilizzerà gli strumenti tecnologici di sua proprietà o comunque nella propria disponibilità, senza diritto a rimborsi o indennità, garantendo una buona connettività nel luogo ove svolge la prestazione lavorativa. Tutte le spese correlate all'utilizzo della detta dotazione informatica, ivi compresi i consumi elettrici e le eventuali spese di manutenzione, sono a carico del dipendente, il quale si impegna altresì a rispettare le relative norme di sicurezza¹.

2.3 Obiettivi

L'introduzione del lavoro agile risponde alle seguenti finalità:

1. Introdurre nuove soluzioni organizzative volte allo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, ad un incremento della produttività;
2. Razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro, favorendo l'accrescimento delle competenze digitali dei dipendenti e, pertanto, l'utilizzo delle tecnologie, realizzando economie di gestione e razionalizzazione del lavoro, volte ad implementare la semplificazione delle attività e dei procedimenti amministrativi e a rafforzare l'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa;
3. Rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e, pertanto:
 - ridurre il tasso di assenteismo;
 - migliorare il benessere organizzativo;
 - promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze, anche in considerazione delle linee tracciate dalla DDG.n.1185/2022 e, successiva, DDG.n.30/2023.

L'Azienda, al fine di perseguire le suddette finalità, si prefigge quale obiettivo la definizione di indicatori di efficienza, efficacia ed economicità per valutare l'impatto del lavoro agile sia sulla performance organizzativa che su quella individuale.

¹ Si veda art. 5 dell'accordo individuale di lavoro agile accluso alla nota prot. 66260/2022.

Nello specifico, intende monitorare le seguenti dimensioni:

DIMENSIONI		INDICATORI di performance organizzativa
EFFICIENZA	Produttiva	Diminuzione assenze : $[(\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X} - \text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1}) / \text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1}]$ Aumento produttività : <i>quantità di pratiche ordinarie lavorate/servizi erogati per ufficio, unità organizzativa</i>
	Economica	Riduzione di costi : <i>utenze/anno; stampe/anno; trattamenti accessori/anno; ecc.)</i>
	Temporale	Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie
EFFICACIA	Quantitativa	Quantità erogata : <i>n. pratiche, n. processi, n. servizi;</i> Quantità fruita : <i>n. utenti serviti</i>
	Qualitativa	Qualità erogata : <i>standard di qualità dei servizi erogati in modalità agile</i> Qualità percepita : <i>% feedback positivi di utenti serviti da dipendenti in lavoro agile</i>
ECONOMICITÀ	Riflesso economico	Riduzione di costi : <i>utenze/anno; stampe/anno; trattamenti accessori/anno;</i>
	Riflesso patrimoniale	Minor consumo di patrimonio a seguito della razionalizzazione degli spazi: <i>minori ammortamenti e quindi minore perdita di valore del patrimonio</i>

In relazione alla performance individuale, le componenti della misurazione e della valutazione della performance devono fare riferimento a risultati e comportamenti e, di conseguenza, l'Azienda definisce gli indicatori che i Direttori/responsabili devono monitorare:

DIMENSIONI	INDICATORI di performance individuale
EFFICACIA Quantitativa	n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di <i>task</i> portati a termine; n. di pratiche in lavoro agile/n. pratiche totali, n. utenti serviti in lavoro agile/n. utenti serviti, n. <i>task</i> portati a termine in lavoro agile/n. <i>task</i> totali.
EFFICACIA Qualitativa	qualità del lavoro effettuato tramite la valutazione da parte del Direttore/responsabile o rilevazioni di <i>customer satisfaction</i> sia esterne che interne
EFFICIENZA Temporale	tempi di completamento pratiche/servizi/procedimenti, rispetto scadenze;

Si specifica, inoltre, che il "Sistema di misurazione e valutazione delle performance" dell'ASL Bari di cui alla D.D.G. n.179/2024 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.

3 Risorse umane nel triennio 2023-2025

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 2024 è stato pari a n.9.211 unità e nel corso del 2025 è stato pari a n.9.402 unità.

Per l'anno 2025 vanno aggiunti n.799 Medici di Medicina Generale (MMG), n.144 Pediatri di libera scelta (PLS), n.238 medici specialisti ambulatoriali interni, n.160 medici di continuità assistenziale, n.30 psicologi convenzionati, n.29 veterinari convenzionati, n.74 medici del Servizio di Emergenza Territoriale e n.8 medici della Medicina dei Servizi.

Il totale degli operatori aziendali nel 2025 è stato quindi pari a n.10.884.

	2023						2024						2025*					
Area/Liv.Assist.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	Ruolo Socios	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	Ruolo Socios	TOT.	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	Ruolo Socios	TOT.
Direzione e Aree di Gest.	121	173	11	215	8	528	127	161	10	207	9	514	127	152	11	206	10	506
Prevenzione	476	27	1	64	2	570	491	26	1	58	2	579	507	27	1	55	2	592
Assistenza Ospedaliera	3.869	280	-	157	657	4.963	3.957	253	-	146	637	4.993	4.095	217	-	139	696	5.147
Assistenza Territoriale	2.449	214	-	258	214	3.136	2.461	201	-	249	215	3.125	2.513	184	-	235	225	3.157
TOTALE AZIENDA	6.916	693	12	694	882	9.197	7.036	641	11	660	863	9.211	7.242	580	12	635	933	9.402

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno

Fonte: Controllo di gestione - * dato in fase di consolidamento

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

	2023				2024				2025*			
Livello di assistenza	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.	Medici	Veterinari	Psicologi	TOT.
Prevenzione	248	832	-	1.080	247	873	-	1.120	224	1.032	-	1.256
Assistenza Ospedaliera	250	-	38	288	259	-	44	303	285	-	22	307
Assistenza Territoriale	6.197	-	577	6.774	6.390	-	660	7.050	6.450	-	772	7.222
TOTALE AZIENDA	6.695	832	615	8.142	6.896	873	704	8.473	6.959	1.032	794	8.785

*** dato in fase di consolidamento**

Riepilogo per Sesso

Rispetto all'analisi per genere del personale dipendente per l'anno 2025, come dato da confermare, si evidenzia un ulteriore incremento del personale di sesso femminile in valore assoluto ed in percentuale.

Anno	2023		2024		2025*	
Sesso	N	%	N	%	N	%
Donne	5.900	64,2%	5.961	64,7%	6.149	65,4%
Uomini	3.297	35,8%	3.250	35,3%	3.253	34,6%
Totale	9.197	100,0%	9.211	100,0%	9.402	100,0%

Fonte: Controllo di gestione - * dato in fase di consolidamento

Riepilogo per età

Rispetto all'analisi per età del personale dipendente, di seguito rappresentata, si rileva che la classe di età maggiormente popolata nel 2025 è quella dai 50 ai 59 anni con una percentuale pari a quasi il 31% del totale.

Il personale dipendente appartenente alla fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2025 è pari al 50%, di cui oltre il 19% al di sopra dei 60 anni.

Anno	2023		2024		2025*	
Decade	N	%	N	%	N	%
20-29	482	5,2%	465	5,0%	460	4,9%
30-39	1.988	21,6%	2.054	22,3%	2.173	23,1%
40-49	2.154	23,4%	2.086	22,6%	2.055	21,9%
50-59	2.938	32,0%	2.879	31,3%	2.882	30,7%
>60	1.634	17,8%	1.727	18,7%	1.832	19,5%
Totale	9.197	100,0%	9.211	100,0%	9.402	100,0%

Fonte: Controllo di gestione - * dato in fase di consolidamento

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 sanitario e sociosanitario tra il 2024 ed il 2025.

	2023			2024			2025*		
Qualifica	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale
Dirigenti Medici	89	1.610	1.699	69	1.650	1.719	78	1.727	1.805
Dirigenti Sanitari non Medici	9	261	270	7	267	274	16	261	277
Pers. Comparto Infermieri	120	3.527	3.647	113	3.604	3.717	137	3.670	3.807
Pers. Tecnico Sanitario	28	343	371	10	367	377	5	378	383
Altro Pers. Di comparto	1	929	930	18	931	949	28	942	970
Totale Ruolo Sanitario	246	6.670	6.916	217	6.819	7.036	264	6.978	7.242
Dirigenti Tecnici		8	8	-	6	6	-	8	8
Personale di Comparto Tecnico	3	683	686	3	632	635	3	569	572
Totale Ruolo Tecnico	3	691	693	3	638	641	3	577	580
Dirigenti Prof.li		10	10	-	9	9	-	10	10
Personale di Comparto Prof.le	1	1	2	-	2	2	-	2	2
Totale Ruolo Professionale	1	11	12	-	11	11	-	12	12
Dirigenti Amm.vi		34	34	-	31	31	-	29	29
Personale di Comparto Amm.vo	34	626	660	-	629	629	-	606	606
Totale Ruolo Amministrativo	34	660	694	0	660	660	0	635	635
Personale di Comparto Sociosanit.		882	882	3	860	863	59	874	933
Totale Ruolo Sociosanit.	0	882	882	3	860	863	59	874	933
TOTALE AZIENDA	284	8.913	9.197	223	8.988	9.211	326	9.076	9.402

Numero medio di personale in servizio nel corso dell'anno

Fonte: Controllo di gestione - * dato in fase di consolidamento

4 La formazione del personale

L'ASL Bari definisce di prioritaria importanza il potenziamento delle conoscenze e delle competenze del personale dipendente intendendone promuovere a tal fine la formazione che assume, quindi, un valore determinante per diffondere e radicare la cultura della tutela della salute, nonché per assicurare all'utenza servizi sanitari appropriati e di qualità.

In quest'ottica - con DDG n. 1622/2022 – è stato adottato il “Regolamento per la Formazione”, così come elaborato e proposto dall'UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, attualmente in fase di aggiornamento. In considerazione di quanto previsto dal suddetto Regolamento, anche per il 2026 è in corso di elaborazione, da parte della UOS Formazione con la collaborazione del Comitato Tecnico Scientifico, il Piano formativo Aziendale, che conterrà iniziative formative in linea con:

- le direttive e la programmazione nazionale/regionale;
- gli obiettivi strategici aziendali;
- i bisogni formativi rilevati e trasmessi dai vari Direttori di Dipartimento.

Le suddette iniziative formative, inserite nel P.A.F. 2026, sono rivolte a tutte le professionalità presenti nell'ASL Bari, comprese quelle escluse dagli obblighi ECM.

Nell'attuazione del P.A.F. si prevede l'ampio utilizzo dei docenti interni, iscritti all'Albo dei formatori interni, approvato con la DDG n.2261/2024, che comprende un elenco di professionisti, dipendenti dell'ASL, con specifica esperienza nelle seguenti aree tematiche:

SEZ.	AREA - DESCRIZIONE
1	Tecnico professionale: clinica (scienze cliniche mediche, farmaceutiche, nursing, riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche) e percorsi organizzativi (cronicità, ospedale-territorio, accessibilità, reti H&S)
2	Emergenza/Urgenza
3	Gestione del rischio, governo clinico, medicina legale
4	Sicurezza sul lavoro
5	Sanità pubblica, Sanità veterinaria
6	Giuridica e amministrativa (Privacy, anticorruzione, normative, procedure, etc.)
7	Innovazione tecnologica di area medica e/o tecnologie dell'informazione
8	Sviluppo competenze relazionali (gestione persone-gruppi, comunicazione interna-esterna)
9	Multiculturalità/medicina di genere e cultura dell'accoglienza nelle cure sanitarie
10	Miglioramento continuo/Qualità/Accreditamento
11	Ricerca (bibliografia, epidemiologia, promozione della salute e prevenzione, statistica)
12	Management, programmazione e valutazione
13	Informatica, linguistica

Il conferimento degli incarichi di docenza a formatori interni ha come obiettivi:

- valorizzare le risorse umane aziendali e le competenze da loro acquisite;
- contestualizzare meglio gli interventi, favorendo il trasferimento efficace dei contenuti del corso alla realtà operativa dei partecipanti;
- fornire una formazione migliore ai discenti grazie ad una selezione mirata dei docenti che rispondano sempre di più a livelli qualitativi elevati per specializzazione e competenza;
- contenere i costi della formazione.

Oltre ai corsi formativi aziendali, l'ASL Bari riserva ai propri dipendenti altre possibilità di formazione:

- al personale sanitario, fornendo il libero accesso ad alcune importanti banche dati online attraverso cui consultare articoli/riviste scientifiche di carattere anche internazionale (ClinicalKey);
- al personale del comparto per il quale è stata indetta – con DDG n.2617 del 23.12.2025 – la procedura di selezione per l'accesso al beneficio delle "150 ore individuali" di diritto allo studio da fruire nell'anno solare 2026, giusto art. 62 del CCNL relativo al Personale del Comparto Sanità del 02.11.2022;
- favorendo l'accesso alle borse di studio INPS per Master di I e II livello e a corsi di formazione professionale ValorePA;

Considerato, infine, che la Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione del 23.3.2023, avente ad oggetto "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa, promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", ha previsto che entro il 2025 le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di fornire attività di formazione sulle competenze digitali ad almeno il 75% del personale, l'ASL Bari, per il tramite dell'U.O.S. Formazione, ha aderito alla piattaforma "Syllabus. Nuove competenze per le pubbliche amministrazioni" del Dipartimento della Funzione Pubblica, pianificando la formazione per tutti i dipendenti in servizio.

La piattaforma Syllabus offre ai dipendenti pubblici una formazione personalizzata, in modalità e-learning, a partire da una rilevazione strutturata e omogenea dei fabbisogni formativi, al fine di rafforzare le conoscenze e la capacità digitale nelle amministrazioni.

Nel 2023 sono stati avviati ai corsi di formazione Syllabus sulle competenze digitali n.2047 dipendenti, tutti afferenti ai DD.SS.SS. aziendali. Nel 2024 sono stati avviati ai corsi Syllabus n.4740 dipendenti, tutti afferenti ai PP.OO. aziendali. Nel 2025 sono stati avviati ulteriori n. 1914 dipendenti afferenti a tutte le altre strutture aziendali rimanenti, per un totale complessivo di 8701 unità registrate.

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione ha adottato, da ultimo, una direttiva in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano emanata in data 16 gennaio 2025. Il documento si inserisce nel solco dei precedenti atti di indirizzo sul rafforzamento delle competenze (23 marzo 2023) e sulla misurazione e valutazione della performance (28 novembre 2023). *"Con questo nuovo atto di indirizzo vengono ribaditi i principi cardine della formazione, che costituisce una leva strategica per la crescita delle nostre persone e per le Amministrazioni pubbliche"*. Ciascun dirigente ha l'obbligo di assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti, con una quota non inferiore alle 40 ore di formazione annua pro-capite.

Inoltre - tramite il Centro di formazione per l'emergenza /urgenza di Noicattaro, afferente al Dipartimento delle Emergenze - sono assicurati corsi specifici quali, BLSD Basic Life Support & Defibrillation I.R.C., BLSD Pediatric Basic Life Support & Defibrillation Pediatric I.R.C., ILS Immediate Life Support I.R.C., ALS Advanced Life Support I.R.C., PALS Pediatric Advanced Life Support A.H.A, Gestione intraospedaliera del Trauma Maggiore: modello ATLS, Corso teorico pratico sulla gestione in emergenza della cannula tracheostomica e della sonda Peg nei pazienti ad elevata complessità a domicilio, Pre-hospital Trauma Care - PTC modulo base I.R.C., Pre-hospital Trauma Care - PTC modulo Avanzato I.R.C., Corso di TRIAGE Intraospedaliero, GAVA Gestione Avanzata Vie Aeree, La Gestione del paziente con Ictus Acuto (MeCAU e Neurologia), Ecografia in Emergenza/Urgenza, sedazione ed Analgesia in E/U, Corso di formazione guida sicura dei veicoli di emergenza sanitaria.

In osservanza al D. Lgs n.81/2008 sono, altresì, garantiti – d'intesa con il SPPA - tutti i corsi sulla sicurezza sul lavoro, sia base che per rischi specifici, oltre che anti-incendio.

Si segnalano, infine, gli eventi previsti dal PNRR e da Fondi Europei, che saranno svolti nel corso del 2026, relativi a “Le infezioni correlate all’assistenza - ICA”, al “Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE”, al “Piano Nazionale Equità della Salute – PNES”, all’Health Technology Assessment (HTA).

Nell’ambito del rinnovamento tecnologico, si inserisce anche l’implementazione di una nuova piattaforma aziendale per la formazione, che sarà attivata a partire da gennaio 2026.

Si riassumono, di seguito, i dati riferiti ai fabbisogni formativi aziendali 2026, suddivisi per macroaree tematiche:

N.	AREA - DESCRIZIONE	TOTALE CORSI	TOTALE EDIZIONI
1	ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CURE	15	11
2	CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA.	55	103
3	PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE	14	6
4	INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZIONALE	16	11
5	APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA	14	8
6	SICUREZZA ALIMENTARE E/O PATOLOGIE CORRELATE	11	29
7	APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)	14	29
8	FARMACO EPIDEMIOLOGIA, FARMACOECONOMIA, FARMACOVIGILANZA	3	21
9	DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA	45	110
10	SANITÀ VETERINARIA	6	6
11	SICUREZZA NEGLI AMBIENTI E NEI LUOGHI DI LAVORO E PATOLOGIE CORRELATE, RADIOPROTEZIONE	30	134
12	FRAGILITÀ (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI	16	38
13	LA COMUNICAZIONE EFFICACE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE. LA PRIVACY ED IL CONSENSO INFORMATO	3	4
14	IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA E DELLA SICUREZZA IN MATERIA DI DONAZIONE TRAPIANTO	2	5
15	LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE	14	35
16	ARGOMENTI DI CARATTERE GENERALE: INFORMATICA E LINGUA INGLESE SCIENTIFICA DI LIVELLO AVANZATO. NORMATIVA IN MATERIA SANITARIA : I PRINCIPI ETICI E CIVILI DEL SSN	7	9
17	EMERGENZA/URGENZA	27	132
18	GESTIONE DEL RISCHIO, GOVERNO CLINICO, MEDICINA LEGALE	4	22
19	NORMATIVE, PROCEDURE GIURIDICO/AMMINISTRATIVE	54	67
20	MEDICINA DI GENERE	2	2
21	MANAGEMENT E PROGRAMMAZIONE	4	8
22	PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	4	4
23	VIOLENZA SULLE DONNE E SUGLI OPERATORI SANITARI	2	2
24	BENESSERE ORGANIZZATIVO	8	12
	TOTALE	370	808

Di seguito si riportano alcuni dati relativi all’attività di formazione del personale dipendente precisando che la riduzione del numero dei corsi del 2020, del 2021 e del 2022 è da attribuirsi al già citato stato di emergenza sanitaria pandemica.

Ai sottostanti dati bisognerà aggiungere, come indicato in precedenza, i percorsi formativi Syllabus per le competenze digitali per i quali al 31.12.2025 sono stati registrati n. 8701 dipendenti direttamente sulla piattaforma nazionale <https://www.syllabus.gov.it/>.

Da registrare, inoltre, la FAD dal titolo “Prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza” – obiettivo PNRR della Regione Puglia, svolta da 4.309 dipendenti sulla piattaforma dell'Istituto Superiore di Sanità – ISS.

ANNO	N. corsi	N. edizioni	N. partecipanti
2018	177	355	10.276
2019	133	405	9.478
2020	40	64	1.763
2021	37	234	4.246
2022	59	215	4.498
2023	153	366	10.024
2024	187	406	11.103
2025*	221	630	14.870

* dato in fase di consolidamento

Fonte: U.O. Formazione

5 Piano triennale dei fabbisogni del personale

L'art.6 del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. prevede che *“Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, [...]. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente”*.

Con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, è stato adottato il D.M. 24.06.2022 che, unitamente al D.P.R. n. 81 del 24.06.2022, recante *“Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione”*, pubblicato in G.U. n. 151 del 30.06.2022, completa il quadro normativo necessario per la piena operatività del PIAO, Piano Integrato di Attività e Organizzazione, previsto dall'art. 6 del D.L. 80/2021, che ha introdotto lo strumento.

In particolare, l'art. 1 del D.P.R. 81/2022 abroga, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO, gli adempimenti inerenti al piano del fabbisogno, al piano della performance, al piano per la prevenzione della corruzione, al piano organizzativo del lavoro agile e al piano delle azioni positive. Pertanto, il documento previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 165/2001 confluisce nel PIAO.

Tuttavia, la programmazione dei fabbisogni del personale della Asl di Bari, come indicato dalla Regione Puglia, verte ancora sul triennio 2024/2026, da ultimo adottato, in via preliminare, con D.D.G. 2628 del 24.12.20245.

La programmazione dei fabbisogni della Asl di Bari, per quanto espressione dell'autonomia aziendale, è assoggettata all'approvazione regionale e non può che adeguarsi alle direttive regionali in materia, anche in ragione della caratterizzazione regionale dei vincoli di spesa del personale.

Infatti, nella D.G.R. 1579/2025 di approvazione del PTFP 2023/2025, la Regione Puglia ha indicato alcune prescrizioni/raccomandazioni che hanno trovato attuazione nel PTFP 2024/2026, per il quale si è in attesa di approvazione regionale.

Il PTFP 2024/2026 redatto dalla Asl di Bari, giusta D.D.G. 2628/2025, è coerente con la normativa in materia e, in particolare, con:

- le linee guida di cui al decreto 8 maggio 2018 del Ministero per la PA, pubblicate sulla G.U. n. 173 del 27.07.2018;
- l'art. 35, comma 4, del D.Lgs. 165/2001;
- l'art. 36, comma 1, del D.Lgs. 165/2001;
- il D.Lgs. 75/2017 e il D.L. 35/2019;
- la L. 234/2021;
- il D.L. 80/2021;

- il D.L. 36/2022;
- le circolari del Ministero della semplificazione e della pubblica amministrazione n.3/2017 e n.1/2018;
- le *“Linee guida regionali per l’adozione dei Piani triennali del Fabbisogno di personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt. 6 e 6 ter del D.Lgs. 165/2001 e delle linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. 08/05/2018”*, approvate con D.G.R. 2416 del 21.12.2018 e conseguenti integrazioni di cui alla D.G.R. 2452/2019 e D.G.R. 261/2023;
- la D.G.R. 1492/2022, recante oggetto *“Relazione in materia di gestione del personale del S.S.R. e di Sanitaservice - Ricognizione - Presa d’atto Documento Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 22/154/CR7a/C7”*;
- la D.G.R. 1818/2022, recante oggetto *“Avvio procedure di stabilizzazione del personale del S.S.R. ai sensi dell’art. 20, comma 1, D.Lgs. 75/2017 e art.1, comma 268, lett. B), primo periodo, L. 234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della D.G.R. 1896/2021”*;

Esso rispetta, inoltre, il quadro normativo vigente in materia di vincoli di finanza pubblica in tema di assunzioni ed in particolare:

- il comma 71, art. 2 della legge n. 191/2009 e ss.mm.ii., che dispone che la spesa complessiva del personale per ciascuno degli anni successivi al 2004, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all’anno 2004, non può superare quella del 2004 ridotta del 1,4%;
- l’art. 11, comma 1, D.L. 35/2019 convertito in Legge n. 60/2019, la quale conferma il limite sopra esposto;
- l’art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010, convertito con modificazioni nella Legge n. 122/2010, che dispone, a decorrere dall’anno 2011, che le Aziende Sanitarie possono avvalersi di personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, o con convenzioni ovvero con contratto di collaborazione coordinata e continuata, nel limite del 50% della spesa sostenuta per la stessa finalità nell’anno 2009;
- la D.G.R. 1818 del 12.12.2022, con cui, a parziale modifica e integrazione della D.G.R. 1896/2021, la Regione Puglia ha indicato il tetto annuale per la spesa del personale ai fini del rispetto del vincolo di spesa di cui all’art. 2, comma 71, della Legge 191/2009 e s.m.i., a livello regionale e 11, comma 1, D.L. 35/2019, ridefinendo per il deliberato PTFP 2021/2023, in € 450.226.571, il tetto di spesa della Asl di Bari;

Il Piano è articolato distintamente per unità operative ed è espresso secondo la metodologia dell’unità di personale a tempo pieno equivalente di cui al citato D.M. 08.05.2018.

Esso risulta, per l’ambito ospedaliero, rispettoso dei valori di FTE minimi e massimi stabiliti in sede di Tavolo Tecnico ministeriale per la verifica degli adempimenti regionali.

Esso è coerente con l’organizzazione degli Uffici e dei Servizi dell’Ente di cui alla D.D.G. 446/2024, attualmente vigente, nel rispetto del piano di riordino ospedaliero di cui alla D.G.R. 1384/2024 e del numero massimo di strutture complesse di cui alla D.G.R. 418/2025, recante *“Revoca DGR n. 1603 del 13/09/2018.*

Determinazione parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici, strutture complesse e incarichi destinati al personale del Comparto delle Aziende ed Enti del S.S.R."

Esso contiene:

- la previsione delle progressioni verticali come da norme vigenti, che ai fini dell'impatto economico finanziario del piano triennale 2024/2026 sono sostenibili, come da allegato n. 1) alla D.D.G. 2628/2025, in quanto, una volta definite le procedure in questione, le stesse risulteranno perlopiù finanziate attraverso il passaggio da una categoria all'altra;
- le informazioni relative alle assunzioni delle categorie protette previste ai sensi della legge 68/89.

Si riporta, di seguito, il riepilogo per profilo professionale dell'ultimo PTFP 2024/2026, approvato con D.D.G. 2628 del 24.12.2025, alla quale si rinvia per l'analisi più dettagliata dello stesso.

PROFILI	ANNO 2024	ANNO 2025	ANNO 2026
Assistente Amministrativo	273	375	375
Assistente Informatico	6	10	10
Assistente Religioso	0	4	4
Assistente Sanitario	75	67	67
Assistente Sanitario - Esperto	0	1	1
Assistente Sociale	157	163	167
Assistente Sociale - Esperto	4	4	4
Assistente Tecnico	16	34	34
Ausiliario Specializzato	308	201	201
Coadiutore Amministrativo	98	114	114
Coadiutore Amministrativo Esperto	64	153	153
Collaboratore Amm.Vo Prof.Le	126	190	190
Collaboratore Amm.Vo Prof.Le - Esperto	37	30	30
Collaboratore Amm.Vo Prof.Le - Giornalista Pubblico	2	2	2
Collaboratore Prof.Le Sanit. - Massaggiatore/Massofisioterapista (D)	1	1	1
Collaboratore Prof.Le Sanit. - Tecnico Apparecchiature Emodialisi	6	6	6
Collaboratore Tecnico Professionale	17	40	40
Collaboratore Tecnico Professionale - Chimico	1	2	2
Collaboratore Tecnico Professionale - Fisico	1	1	1
Collaboratore Tecnico Professionale - Ingegnere	0	16	16
Commeso	51	49	49
Dietista	18	20	20
Educatore Professionale Socio - Sanitario	95	101	101
Fisioterapista	465	469	469
Fisioterapista - Esperto	2	2	2
Infermiere	3.391	3.435	3.436
Infermiere - Esperto	52	56	56

PROFILI	ANNO 2024	ANNO 2025	ANNO 2026
Infermiere Generico Esperto (*)	7	0	0
Infermiere Pediatrico	0	5	5
Logopedista	116	123	123
Massaggiatore/Massofisioterapista (Bs)	1	1	1
Massaggiatore/Massofisioterapista Esperto (C)	1	1	1
Operatore Socio Sanitario	763	827	827
Operatore Tecnico	61	55	55
Operatore Tecnico - Autista	0	9	9
Operatore Tecnico - Autista - Spec.To	7	24	24
Operatore Tecnico - Autista - Spec.To - Esperto (*)	1	5	5
Operatore Tecnico - Autista Ambulanza - Spec.To	81	74	74
Operatore Tecnico - Autista Ambulanza - Spec.To - Esperto (*)	58	45	45
Operatore Tecnico - Centralinista	15	15	15
Operatore Tecnico - Centralinista - Spec.To (*)	12	13	13
Operatore Tecnico - Centralinista Non Vedente	11	11	11
Operatore Tecnico - Conduttore Caldaie - Spec.To	26	19	19
Operatore Tecnico - Conduttore Caldaie - Spec.To Esperto	0	4	4
Operatore Tecnico - Cuoco - Spec.To (*)	8	2	2
Operatore Tecnico - Cuoco - Spec.To Esperto	0	5	5
Operatore Tecnico - Specializzato	17	14	12
Operatore Tecnico - Specializzato Esperto	0	2	2
Operatore Tecnico - Specializzato Esperto Imp. Idraulici	0	1	1
Operatore Tecnico - Specializzato Imp. Elettrici	0	10	10
Operatore Tecnico - Specializzato Imp. Idraulici	0	5	5
Operatore Tecnico (Ced)	28	34	34
Operatore Tecnico Addetto All'assistenza	6	1	1
Ortottista	14	24	24
Ostetrica	185	201	201
Personale Di Elevata Qualificazione	0	3	3
Puericultrice Esperta	11	8	8
Tecnico Audiometrista	6	9	9
Tecnico Della Fisiopatologia Cardiocircolatoria E Perfusioni Cardiovascolari	4	5	5
Tecnico Della Prevenzione Nell'ambiente E Nei Luoghi Di Lavoro	152	161	161
Tecnico Della Prevenzione Nell'ambiente E Nei Luoghi Di Lavoro - Esperto	10	10	10
Tecnico Di Neurofisiopatologia	11	12	12
Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	55	58	58
Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico	163	200	200
Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico - Esperto	2	2	2
Tecnico Sanitario Radiologia Medica	199	212	212
Tecnico Sociologo	0	4	4

PROFILI	ANNO 2024	ANNO 2025	ANNO 2026
Tecnico Statistico	0	1	1
Tecnico Tecnologo Alimentare	0	1	1
Terapista Della Neuro E Psicomotricita' Dell'eta' Evolutiva	35	40	40
Terapista Occupazionale	3	3	3
Dirigente - Amministrativo	35	35	35
Dirigente - Analista	7	7	7
Dirigente - Avvocato	5	5	5
Dirigente - Biologo	54	65	65
Dirigente - Farmacista	67	74	74
Dirigente - Fisica Sanitaria	4	5	5
Dirigente - Ingegnere	6	5	6
Dirigente - Medico	1.840	1.990	1.990
Dirigente - Pedagogista (*)	3	1	1
Dirigente - Professionale	1	1	1
Dirigente - Psicologo	149	156	159
Dirigente - Sociologo	2	1	1
Dirigente - Veterinario	81	83	83
Dirigente Assistente Sociale	0	1	1
Dirigente Delle Professioni Sanitarie - Area Della Riabilitazione	1	1	1
Dirigente Delle Professioni Sanitarie - Area Infermieristica/Ostetrica	5	5	5
Dirigente Delle Professioni Sanitarie - Area Prevenzione	2	2	2
Totale Complessivo	9.597	10.242	10.249

Programmazione delle facoltà assunzionali – Trattenimento in servizio ai sensi dell'art. 1, comma 165, L.n.207/2024

In linea con le previsioni dell'art. 1, comma 165, della Legge 30/12/2024, n.207, l'Ente individua la necessità di procedere al trattenimento in servizio sia di personale con profilo di coordinamento amministrativo e monitoraggio dei flussi informativi sanitari, la cui valutazione è motivata dalle seguenti esigenze strategiche:

- **continuità operativa PNRR:** la necessità di garantire il raggiungimento dei target legati alla sanità digitale impone il mantenimento di figure con consolidata esperienza nel raccordo tra strutture territoriali (Distretti e Presidi) ed enti centrali
- **presidio dei sistemi informativi:** il profilo in oggetto garantisce la corretta alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali, attività critica per la prevenzione di sanzioni o perdite di finanziamenti legati alla qualità del dato sanitario
- **supporto metodologico e trasferimento di competenze:** il trattenimento oltre i limiti ordinari di vecchiaia è finalizzato a fornire assistenza tecnica e normativa costante ai medici e ai

farmacisti, nonché a facilitare il trasferimento di know-how metodologico al personale amministrativo di nuova assunzione

- **coordinamento mobilità sanitaria:** si rende necessario assicurare la stabilità nei processi di gestione della Mobilità Sanitaria Infra-regionale, Interregionale e Internazionale, ambito che richiede un'elevata qualificazione normativa e l'uso di specifici Sistemi Applicativi Ministeriali.

sia di personale addetto all'assistenza e di personale destinato alla conduzione di ambulanze. Tale ulteriore valutazione si rende necessaria per garantire la resilienza del sistema sanitario aziendale sulla base delle seguenti esigenze strategiche:

- **continuità dell'Emergenza-Urgenza:** il trattenimento di autisti di ambulanza esperti assicura il mantenimento dei livelli di efficienza del servizio 118, minimizzando i rischi legati alla carenza di personale abilitato alla guida in emergenza e con profonda conoscenza della rete stradale e dei protocolli di soccorso territoriale
- **contrasto alla carenza di personale assistenziale:** in un contesto di cronica carenza di figure di supporto, il trattenimento degli OTA permette di presidiare i flussi di assistenza diretta ai pazienti nei Presidi Ospedalieri e nelle strutture territoriali, garantendo il rispetto dei parametri assistenziali previsti dalla normativa regionale
- **affiancamento e formazione sul campo:** le figure trattenute svolgeranno funzioni di "tutoraggio operativo" per il personale di nuova assunzione, trasferendo competenze pratiche fondamentali sulla gestione dei presidi sanitari, sulla sicurezza nel trasporto dei pazienti e sull'interazione con il personale medico e infermieristico
- **ottimizzazione dei flussi operativi:** l'esperienza consolidata di tali profili nel raccordo tra le diverse articolazioni aziendali (Distretti e Ospedali) facilita la gestione dei flussi logistici e assistenziali, riducendo i tempi di attesa e migliorando l'efficienza complessiva dei servizi di supporto.

Sono, inoltre, fatti salvi trattenimenti per profili diversi da quelli sopra elencati ove sussistano particolari esigenze organizzative vagliate dalla Direzione Strategica.

Come previsto dalla normativa di cui trattasi, i trattenimenti in servizio

- avvengono previo consenso espresso del dipendente interessato
- rispettano il limite del 10% delle facoltà assunzionali autorizzate per l'anno di riferimento
- sono coerenti con gli obiettivi di performance organizzativa legati alla transizione digitale e al monitoraggio degli obblighi informativi aziendali
- sono strettamente connesse alla necessità di evitare interruzioni di pubblico servizio in ambiti assistenziali critici
- prevedono una durata commisurata sia alle esigenze organizzative di natura funzionale sia a quelle relative all'attività di tutoraggio e/o affiancamento ai neoassunti.

6 Piano delle azioni positive

Le azioni positive debbono 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 intraprese, per procedere ad eventuali correzioni/integrazioni delle stesse.

Gli obiettivi che il C.U.G. ASL Bari intende perseguire nel triennio in questione sono di seguito rappresentati:

1. QUALITÀ DELLA VITA DELLE DONNE E DEGLI UOMINI

Obiettivo: liberare il tempo delle donne dall'obbligo del lavoro di cura intra-familiare, quando questo costituisce un ostacolo al dispiegarsi delle opportunità per l'accesso al lavoro e alla piena affermazione sociale ed economica, incrementando un welfare aziendale sempre propositivo, 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 senza dimenticare quegli spazi utili per la salute e la socializzazione.

4. PER UN LAVORO DI QUALITÀ

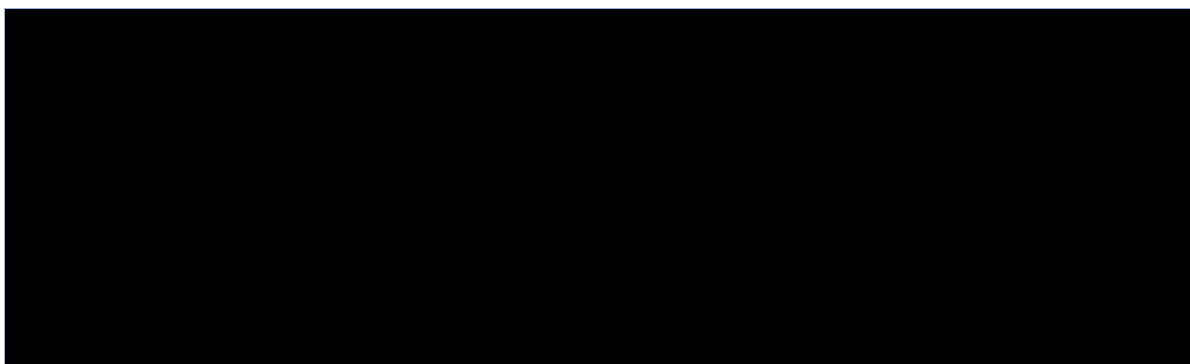
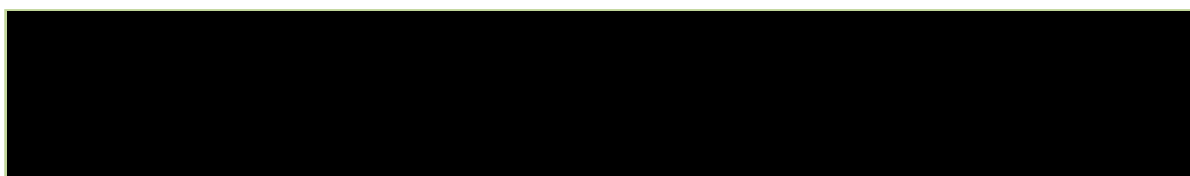
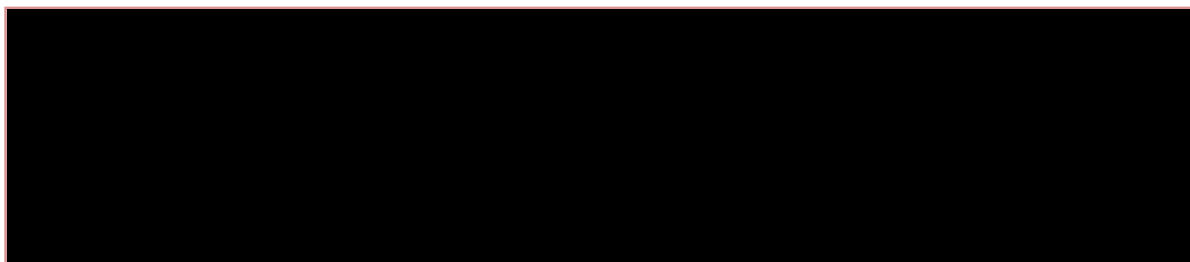
Obiettivo: promuovere, contemporaneamente, flessibilità e sicurezza (cd. *flexsecurity*), per venire incontro alle esigenze dei datori di lavoro, ma anche dei lavoratori e delle lavoratrici in particolar modo ed adottare strategie che rendano possibile e duraturo l'accesso delle donne nei luoghi e nei ruoli decisionali. Sostenere i percorsi di carriera e 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 subito 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 o il mancato rinnovo del contratto a termine in quanto lavoratrice LGBTIQ: la Cass. n.31071/21 lo individua come diritto antidiscriminatorio del lavoro.

Il Comitato Unico di Garanzia dell'ASL Bari, nell'ambito delle specifiche e peculiari funzioni di garanzia propone, per il triennio 2026-2028, un Piano delle Azioni Positive segmentato in obiettivi, azioni, responsabili e indicatori di risultato, per le tre Aree d'intervento:



6.1 Finalità 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, dal POLA e dal Bilancio di genere; la promozione, in tutte le strutture della ASL BA, l'effettiva realizzazione degli obiettivi di parità e pari opportunità, la prevenzione e rimozione di qualunque forma di discriminazione. La finalità del Piano è valorizzare le politiche di genere e di conciliazione, tutela della sicurezza e della salute del personale, di promuovere benessere organizzativo ed inclusivo nell'ambito del 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 P.A. 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.

Sono previsti interventi di 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 consolidare le competenze di base e di rinforzare quelle trasversali e professionali. A tutto ciò si deve affiancare un programma di formazione continua di tutto il personale, anche attraverso esperienze in altre amministrazioni per un confronto volto al migliorare le procedure, nell'ottica di una possibile generale armonizzazione dei procedimenti amministrativi, da intendersi come un potenziale e reciproco arricchimento 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 ed una concreta attuazione del bene comune, attraverso l'implementazione della qualità dei servizi, la vicinanza alle persone, la garanzia delle competenze e del merito.

Il Comitato della ASL BA, nell'ambito delle proprie funzioni propositive, consultive e di verifica, finalizzate alla promozione 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 ed inclusione, così come si evince negli obiettivi 5 e 10 dall'agenda 2030 dell'ONU, con il presente P.A.P. considera gli obiettivi, di seguito precisati:

- l'informazione e la sensibilizzazione ai temi d'interesse del Comitato, di tutto il personale, area comparto 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 Consiglieria di Parità, Ambiti Sociali e 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., 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 introdotto già dall’art. 2087 c.c., che è diventato un filo conduttore della giurisprudenza, al punto di richiamare l’attenzione degli esperti nel corso dell’attuale dibattito sulle molestie e sulla violenza nei luoghi di lavoro, ricorda che *“I datori di lavoro sono tenuti, ai sensi dell’articolo 2087 del codice civile, ad assicurare condizioni di lavoro tali da garantire l’integrità fisica e morale e la dignità dei lavoratori, anche concordando con le organizzazioni sindacali dei lavoratori le iniziative, di natura informativa e formativa, più opportune al fine di prevenire il fenomeno delle molestie sessuali nei luoghi di lavoro. Le imprese, i sindacati, i datori di lavoro e i lavoratori e le lavoratrici si impegnano ad assicurare il mantenimento nei luoghi di lavoro di un ambiente di lavoro in cui sia rispettata la dignità di ognuno e siano favorite le relazioni interpersonali, basate su principi di eguaglianza e di reciproca correttezza.”* (art.26, c.3-ter del Codice delle Pari Opportunità – D-Lgs.n.198/2006).

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”*.

6.2 Pari opportunità

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 1° comma di tale articolo detta, infatti, 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, interventi questi che non possono esaurirsi solo con la costruzione di un “diritto diseguale” all’interno del rapporto di lavoro e nel confronto con gli altri soggetti di diritto, ma che si estendono anche all’interno della classe dei lavoratori dipendenti, istituendo relazioni di disuguaglianza 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.

La base del ragionamento sulle discriminazioni indica che:

- non ogni differenza di trattamento è discriminatoria
- ogni atto di gestione delle risorse umane, ogni comportamento, ogni regola, può essere discriminatoria
- perché un atto sia discriminatorio occorre comprendere i limiti fissati dalle regole (fattori di rischio, trattamento peggiore in un giudizio di comparazione, verifica delle giustificazioni ammesse dell’ordinamento che variano in ragione del fattore di rischio: nessuna giustificazione per le discriminazioni di sesso o genere, giustificazioni ammesse per l’età ad esempio)
- le discriminazioni sono vietate; gli atti sono nulli; le discriminazioni devono essere prevenute all’interno dei luoghi di lavoro.

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 l’incontro 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 delle 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.

6.3 Valorizzazione del benessere

Il termine benessere sul luogo di lavoro risale al 1981 (The International Labour Organization (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 della performance 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 da parte sua 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-laurea 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:

- sensibilizzazione del personale ai temi del benessere organizzativo, della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- realizzazione di concrete azioni positive volte all'incremento del livello di benessere percepito;
- ottimizzazione degli strumenti di flessibilità lavorativa (L.A., Telelavoro, S.W.);
- promozione della salute e della sicurezza del personale in modalità agile;
- previsione di strumenti di flessibilità che rispondano alla necessità di conciliare vita familiare e vita lavorativa;
- informazione su istituti contrattuali (ferie solidali, banca delle ore, art. 39 Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, relativo al personale del comparto sanità triennio 2026-2028, ecc.);
- ottimizzazione del capitale umano, organizzativo e tecnologica, al fine di raggiungere incremento dell'efficienza;
- favorire forme di partecipazione organizzativa, la costituzione di gruppi di lavoro trasversali, la condivisione delle competenze, possono rappresentare utili meccanismi di incentivazione organizzativa;
- 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;
- individuazione di forme di relazione diretta con i lavoratori integrando comunicazione interna ed esterna e individuando modalità per valorizzare il lavoro, renderlo visibile agli occhi dei colleghi e dei cittadini;
- 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.

6.4 Il contrasto alle discriminazioni

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 RIDL, 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, poiché 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 ad alcune persone rispetto ad altre: il divieto colpisce, dunque, una disparità di trattamento, fondata sulla diversità di genere (qualificandola come discriminazione illecita).

Altro tema la dimensione delle caratteristiche 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 nei suoi confronti e delle istanze che la caratterizzano. La popolazione LGBTQIA+ è protagonista di una crescente rilevanza nel dibattito pubblico e politico, con l'acquisizione e il consolidamento di una più articolata consapevolezza nei suoi confronti e 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 LGBTQIA+, ossia lesbiche, gay, bisessuali, trans/non binarie, intersessuali e queer, con il + si intendono includere altre identità per un riconoscimento di tutte le diversità di genere e sessuali, quali elementi attinenti propriamente alla sfera del rispetto e della tutela dei diritti umani.

Non più questioni marginali, dunque, ma nelle agende politiche, in particolare nell'Unione Europea e di conseguenza negli Stati Membri che ne fanno parte, 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: 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 LGBTQIA+ – Unione dell'uguaglianza: strategia per l'uguaglianza LGBTQIA+ 2020. 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 LGBTQIA+, 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, in particolare nell'ambito lavorativo dove una consistente gamma di istituti e diritti è legata allo status familiare, infatti l'evoluzione del diritto antidiscriminatorio oggi si è pronunciato in Cass.28646 (orientamento sessuale); la discriminazione linguistica e prevede il risarcimento del danno.

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:

- sensibilizzazione sui temi specifici delle discriminazioni e della violenza nei luoghi di lavoro;
- promozione della informazione sulla normativa antidiscriminatoria;
- sviluppo nella gestione del personal della cultura di genere, della valorizzazione della diversità, della prevenzione e contrasto ad ogni forma di discriminazione;
- garanzia dei diritti delle persone LGBTQIA+ nella organizzazione;
- 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.

Obiettivo 1

Avviare il " Sistema di Certificazione della parità di genere" così come previsto dal PNRR a titolarità del Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri, volto ad accompagnare ed incentivare le imprese ad adottare policy adeguate a ridurre il divario di genere seguendo la prassi di riferimento UNI/PdR 125:2022 pubblicata in data 16-3-2022.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Predisposizione deliberazione e gestione fasi del progetto sulle 6 aree di valutazione Affidamento Servizio	2026– 2028	CUG – SPPA Direzione Strategica Controllo di Gestione	numero lavoratori coinvolti / U.O. Pubblicazione deliberazione D.G. (affidamento servizio (indicatore triennale))

Obiettivo 2

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	31/12/2026	Direzione Strategica - CUG – (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 (indicatore annuale)

Obiettivo 3

Predisposizione del 6° 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 disuguaglianze 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	31.12.2026	Area Gestione Risorse Finanziarie CUG Direzione Strategica	Pubblicazione 6 ° Bilancio di genere (indicatore annuale)

Obiettivo 4

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 con partecipazione Assemblea e Gruppi di Lavoro Rete Nazionale CUG	2026 - 2028	CUG - Direzione Strategica U.O. anzidette	n. di partecipanti / n. di incontri (indicatore annuale)

Obiettivo 5

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 avviare la procedura di incarico per l'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	2026 - 2028	AGRU - Direzione Strategica CUG – URP - UPD	Pubblicazione Regolamento Codice di Condotta Conferimento incarico Consigliere/a di fiducia (indicatori triennali)

Obiettivo 6

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. 2/2019 Presidenza del Consiglio dei Ministri, al fine di garantire un'efficace integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità, 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
Pubblicazione Bando interno per acquisire manifestazioni d'interesse. Prevedere un iter dedicato per il rientro guidato, nei luoghi di lavoro, del personale con problemi familiari e/o di salute, riprogettando le attività necessarie ad accompagnare la ripresa lavorativa anche mediante modalità flessibili di orario	2026– 2028	Direzione Strategica -CUG – AGRU	Pubblicazione del provvedimento (indicatore triennale) n. processi di accompagnamento moduli formativi realizzati per i Direttori S.C. e Dirigenti S.S. (indicatore triennale)

Obiettivo 7

Verifica la corretta applicazione delle indicazioni previste dalla Direttiva n. 2/19- Sulle Pari Opportunità – Rimozione delle discriminazioni.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Verificare l'assenza di discriminazioni in ambito lavorativo; nei bandi di concorso per il reclutamento del personale e l'applicazione delle pari opportunità; verificare che nel conferimento degli incarichi o nella partecipazione a commissioni i fattori che ostacolano le pari opportunità. Verificare che nell'assegnazione dei corsi gratuiti da parte di Enti esterni (Inail/Inps) non vi siano comportamenti discriminatori e i criteri di assegnazione.	2026-2028	Direzione Strategica AGRU - CUG Direttori S.C.	Monitorare l'albo pretorio (indicatore triennale)

Obiettivo 8

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 funzioni 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/amministrativo all'attività del CUG	2026 - 2028	Direzione Strategica - CUG	n. di incontri con Direzione Strategica e Strutture Interne (indicatore triennale)

Obiettivo 9

Sviluppare nella gestione del personale 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 nei corsi di aggiornamento, nei programmi formativi a qualsiasi livello di responsabilità e tra le materie di esame dei concorsi, per il personale del comparto e della dirigenza. 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	2026- 2028	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, n. due Corsi organizzati dal CUG da parte dei Direttore S.C. e Dirigenti S.S./numero totale Corsi obbligatori aziendali (indicatori triennali)

Obiettivo 10

Definizione dei criteri di partecipazione ai Corsi di formazione obbligatori aziendali anche a distanza/webinar al fine di proporre una integrazione al Regolamento Aziendale per la Formazione.
Diffusione attraverso la formazione aziendale, anche a distanza, delle competenze digitali a favore di tutti i lavoratori/lavoratrici affinché possano partecipare alla attivamente alla trasformazione digitale della P.A.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione di una proposta di integrazione al Regolamento Aziendale per la Formazione. Valutazione delle criticità relative all'utilizzo della piattaforma aziendale per la formazione a distanza.	2026 - 2028	CUG -Direzione Strategica CTS Formazione UOS Formazione UOASSI	Pubblicazione del nuovo Regolamento Aziendale per la Formazione a distanza (indicatore triennale)

Obiettivo 11

Prevedere di introdurre nel proprio sistema di Misurazione e Valutazione della Performance nuovi metodi di valutazione che prevedono il coinvolgimento di ulteriori soggetti valutatori. In particolare, oltre alla valutazione effettuata dal superiore gerarchico, che attualmente rappresenta il modello largamente prevalente, utilizzare la valutazione dal basso (nella quale sono i collaboratori che esprimono un giudizio sul proprio superiore)

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Elaborazione di una proposta di Integrazione al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.	2026-2028	CUG -Direzione Strategica AGRU	Recepimento di un nuovo Regolamento Aziendale relativo al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (indicatore triennale)

Obiettivo 12

Orientare la raccolta ed elaborazione statistica dei dati relativi al Personale (Format 1 – Direttiva n.2/2019) in merito alla distribuzione degli incarichi, progressioni di carriera, fruizione di istituti contrattuali riferiti alla conciliazione di vita/lavoro e mobilità. Implementare il Portale Nazionale 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 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/	2026-2028	Direzione Strategica - CUG – AGRU – Controllo di Gestione	Individuazione U.O. e/o funzionario delegato (indicatore triennale) aggiornamento e monitoraggio degli indicatori statistici e banca dati tempestività ed inoltro al CUG di dati e informazioni per il loro più efficace e produttivo (indicatori triennali)

Obiettivo 13

Monitorare lo stato del benessere dei dipendenti attraverso Ricerca-Azione (focus group/questionari) potenziando gli spazi interni alla ASL BA per ricavare un'area per palestre, 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	2026 - 2028	CUG -Direzione Strategica – Area Tecnica - OIV – AGRU e Strutture Aziendali	n. di spazi comfort/ n. di spazi complessivi, elaborazione Report documento di definizione delle aree di intervento e delle azioni positive, predisposizione di linee guida/istruzioni operative (indicatore triennale)

Obiettivo 14

Iniziative per incrementare il welfare aziendale prevedendo studi di fattibilità per richiedere la stipula di convenzioni assicurative aziendali per tutti i dipendenti e convenzioni con i comuni per la gratuità di parcheggio per i lavoratori dediti all'assistenza domiciliare. Attivare la convenzione per lo SPID dei dipendenti pubblici.

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Stipula di convenzioni assicurative aziendali per tutti i dipendenti, convenzioni con i comuni per la gratuità di parcheggio per i lavoratori dediti all'assistenza domiciliare. Attivare la convenzione per lo spid dei dipendenti pubblici.	2026-2028	CUG -Direzione strategica	Identificare linee guida operative

Obiettivo 15

Prevenire e contrastare le discriminazioni nel mondo del lavoro basate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere, incrementando la conoscenza e la consapevolezza dell'opinione pubblica sul tema dell'inclusione socio-lavorativa delle persone LGBTQIA+ e promozione di attività di sensibilizzazione e di in-formative per contrastare l'omo-bi-lesbo-trans-intersex-fobia e favorire lo sviluppo di una cultura delle differenze nella organizzazione. Superare le condizioni con effetti di pregiudizio, nelle procedure di mobilità ovvero nel trattamento economico (partecipazione progetti obiettivo, lavoro straordinario, ecc.);

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Favorire politiche di diversity management per dare visibilità alle persone LGBTQIA+ e alle politiche gay friendly Effettuare studi e monitoraggi per conoscere le dimensioni le caratteristiche reali della discriminazione basata sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere a livello aziendale, -mediante la rilevazione e raccolta sistematica, analisi ed elaborazione, rappresentazione dei dati, con un particolare focus sulle persone transessuali e transgender. Monitorare l'applicazione della normativa antidiscriminatoria vigente, anche con riferimento alle pronunce giurisdizionali Monitoraggio delle segnalazioni acquisite agli atti dal CUG.	2026 - 2028	CUG - Direzione Strategica-URP – AGRU	n. studi effettuati/x anno n. corsi di in-formazione/ n. partecipanti n. segnalazioni al Nucleo di Ascolto/x anno (indicatori triennali)

Obiettivo 16

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.
Sottoscrizione della Carta della Conciliazione e convenzioni con Ambiti/Comuni per beneficiare di tariffe agevolate- iscrizioni minori asili nido- personale della ASL BA.
Riconoscimento dei bisogni del personale connesse alla cura dei 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
Prevedere iniziative di prevenzione dei tumori, realizzando eventi di informazione al personale anche in ottica di genere e con indicazioni di stili di vita 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	2026 - 2028	CUG - Direzione Strategica	numero lavoratori coinvolti/ numero-giornate (indicatore triennale)

Obiettivo 17

Costituzione di uno sportello di counselling/psicologico a supporto al lavoratore. Progetto obiettivo

Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Mira all'identificazione di specifiche difficoltà personali sostenendo-orientando e mobilitando le risorse personali	2026 - 2028	CUG Direzione sanitaria	Identificare spazi e linee guida operative

Obiettivo 18

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, ad acquisire un metodo di facilitazione e a 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	2026 - 2028	CUG - Direzione Strategica -AGRU	n. Circoli di Ascolto / n. personale coinvolto(indicatore triennale)

Obiettivo 19

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 e la cultura della salute 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
Formazione Gruppo di Lavoro d'intesa con SPPA, SSS e avvio attività di valutazione dei rischi connessi al genere	2026 - 2028	SSPA – Servizio Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione Medica - CUG	Aggiornamento procedure aziendali (indicatore triennale)

Obiettivo 20

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.

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
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 Assicurare la produzione di dati e informazioni necessari alla definizione del Piano triennale delle azioni positive. Avvio attività di tutoraggio.	2026- 2028	Direzione Strategica AGRU - CUG Direttori S.C. U.O.A.S.S.I.	Numero personale mappato/numero complessivo personale aziendale (indicatore triennale)

Obiettivo 21

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.	2026 - 2028	CUG - Direzione Strategica Responsabile della Prevenzione della Corruzione (limitatamente alle eventuali segnalazioni di discriminazione a danno del cd. whistleblower, di cui all'art. 54-bis, d. lgs. 165/2011 e al d. lgs. 179/2017).	Numero procedimenti istruttori/numero segnalazioni Sportello Ascolto CUG (indicatore annuale)

Obiettivo 22

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 CUG			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Implementazione metodologia INAIL nella valutazione dello stress lavoro correlato e prevenzione infortuni sul lavoro	2026 - 2028	CUG - SPPA Direzione Strategica Responsabile Servizio di Sorveglianza Sanitaria	n. di spazi comfort/ n. di spazi complessivi (indicatore annuale) predisposizione di linee guida/istruzioni operative (indicatore triennale)

Obiettivo 23

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	2026 - 2028	CUG - AGRU Direzione Strategica	n.progetti/n.progetti finanziati (indicatore triennale)

Obiettivo 24

Divulgare, attraverso i canali digitali istituzionali, le direttive comunitarie, nazionale, 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 di genere, per costruire un clima sereno e positivo che valorizzi il rispetto e le differenze. Diffondere le azioni positive programmate dalla Rete Nazionale dei CUG e dalla nascente Rete Regionale dei CUG (sito istituzionale, mail, pagina dedicata al CUG e ai gruppi di lavoro), in tema di benessere lavorativo e sintesi degli orientamenti nazionali e regionali.			
Processo	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/Indicatore
Individuare una modalità comunicativa efficace e chiara, aggiornare periodicamente (sito istituzionale, mail, pagina dedicata al CUG e ai gruppi di lavoro). Diffondere opuscoli, brochure e articoli di settore	2026 - 2028	CUG – URP – Direzione Strategica	n. opuscoli/articoli divulgati e n. iniziative promozionali realizzate (indicatore triennale)

Obiettivo 25

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	2026 - 2028	CUG - SPPA Direzione Strategica	numero lavoratori coinvolti/ U.O. pubblicazione deliberazione D.G. di affidamento servizio (indicatore triennale)

6.5 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"* - *"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) a 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.

6.6 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 necessita 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.

Dimensioni del Benessere

- Chiarezza degli obiettivi organizzativi (obiettivi chiari ed espliciti, coerenza tra enunciati e prassi operative).
- Circolazione delle informazioni e comunicazione intra-organizzativa 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'equità di trattamento, di assegnazione di responsabilità e di promozione del personale.
- Valorizzazione delle risorse umane e delle competenze dei lavoratori, promuovendo l'integrazione tra le diverse professionalità.
- Opportunità di crescita professionale favorendo il processo di responsabilizzazione e la rotazione degli incarichi.

- Creazione 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.
- Allestimento di un ambiente di lavoro salubre, confortevole e accogliente e prevenzione dei rischi professionali (Comfort dell'ambiente di lavoro).

6.7 Raggiungimento degli obiettivi e risorse necessarie

La Direzione Strategica, compatibilmente con la programmazione economico-finanziaria e le disponibilità di Bilancio, si pone l'obiettivo di favorire l'allocazione delle risorse umane e finanziarie necessarie al funzionamento del CUG e alla realizzazione degli 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 di Parità della Città Metropolitana, della Regione Puglia, della Rete Nazionale dei CUG, i CAV, le Associazioni del Terzo Settore ecc.

6.8 Tempi di attuazione

Gli obiettivi previsti dal Piano hanno un impatto sul medio e lungo periodo ovvero nel triennio di riferimento: 2026-2028.

6.9 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.

6.10 Conclusioni

Il Piano delle Azioni Positive si integra con la 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 - SdGs):

- 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 2025.

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, tutti e tutte, 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

Sezione IV – MONITORAGGIO

Il monitoraggio della performance viene attuata mediante la predisposizione di report periodici elaborati dal Controllo di gestione e pubblicati trimestralmente sulla Intranet aziendale accessibile da tutti PC collegati alla rete dell'ASL.

Tale reportistica consente di analizzare gli scostamenti tra i risultati raggiunti dalle diverse unità operative nel periodo di riferimento confrontati con quelli dell'anno precedente e, contestualmente, di verificare lo stato di avanzamento del percorso per il perseguimento degli obiettivi operativi.

Il monitoraggio intermedio, svolto dalla Struttura Tecnica Permanente con il supporto del Controllo di gestione, è propedeutico ad una coerente rimodulazione degli obiettivi, avvalendosi della facoltà riconosciuta dal legislatore all'art. 4, comma 2, lett. c), d. lgs. 150/2009, tesa a:

- aggiornare target e indicatori relativi ad obiettivi solo parzialmente inattuabili;
- stralciare dai predetti documenti programmatori gli obiettivi la cui realizzazione sia divenuta totalmente inattuabile;
- integrare i medesimi documenti di programmazione tramite l'inserimento di nuovi obiettivi, azioni ed attività che le articolazioni aziendali sono state chiamate a garantire nel corso dell'anno.

Infine la Relazione sulla performance, quale strumento di monitoraggio e rendicontazione finale, costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder interni ed esterni i risultati ottenuti nel corso dell'esercizio di riferimento, concludendo in tal modo il Ciclo della Performance. Il documento si propone, perciò, lo scopo di fornire puntuali elementi di valutazione in ordine all'andamento della gestione aziendale, con riferimento alle dinamiche economiche e funzionali relative al perseguimento degli obiettivi strategici, di mandato, dei piani operativi e degli obiettivi delle singole UU.OO. oltre che alle attività erogate e le strategie perseguite nel corso dell'esercizio.

Per quanto attiene l'ambito dei "Rischi corruttivi e trasparenza" la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, redatta in base alle indicazioni di ANAC, rappresenta uno strumento di monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda.

Le ulteriori attività di monitoraggio relative alle misure di prevenzione della corruzione e a quelle della trasparenza, così come quelle relative all'organizzazione del Lavoro Agile, sono riportate nelle rispettive Sezioni riferite ai "Rischi corruttivi e trasparenza" e "Organizzazione e capitale umano".

ALLEGATI

Al presente P.I.A.O. vengono allegate le seguenti tabelle:

1. Tabella misure anticorruzione
2. Tabella obblighi di pubblicazione

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000176/2026

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000176/2026

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 1. MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (aggiornato al PWA 2022)															
Area di rischio	Riferimento PWA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Ulivello di rischio (alto/medio/basso)	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica owh/Semplificazione/formation owh/Integrità/Comitato di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel Sec. AT 2025/2027 (Sì/No/Parziale)	Tempi di implementazione delle nuove misure 2026/2028	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UDU.O. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPT - modalità	Monitoraggio RPT - tempi	Collegamento performance presenza in obiettivi budget 2026 (S/NO)	Target atteso
		Collaudo	Alterazioni/omissioni attività di controllo	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi; - sezione 3) Competenza in materia di norme di etica per i dipendenti e/o regole;	MEDIO	Regolamentazione	Pre individuazione criteri per la nomina del Collaudatore/commissione di Collaudo	Sì	A regime	Temporaneo	AGP/AGT/Ingegneria Clinica/Dirizioni Amministrative PP OO.	Relazione annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni; 2) Procedure amministrative/contabili/informatiche e prassi aziendali non adeguate ai ricatti	MEDIO	Regolamentazione	Impossibilità di procedere al pagamento e/o al collaudo dei fornitori, con conseguente ritardo nei pagamenti e/o acquisizione dei DURC	Sì	A regime	A regime	AGP/AGT/Ingegneria Clinica/Dirizioni Amministrative PP OO./ASRF	Relazione annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Pagamento	Mancata/insufficiente acquisizione CIC, errori e/o irregolarità ed occultamento dei relativi effetti, deficit di controlli; poteri illimitati in capo al sigeblo	BASSO	Regolamentazione	Applicazione Processo Attuale della Certificazione Rispetto Manuale delle procedure amministrative-contabili aziendali (DDG 1564/2020) - 4) Cdo Personale	Sì	A regime	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	
				Rilevazione frode/furto	BASSO	Trasparenza	1) Adozione del PTP; 2) reclutamento delle professionalità nei limiti di quanto previsto dal PTP	Sì	A regime	A regime	AGRU	1) Verifica pubblicazione in amministrazione trasparente del Rapporto annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro 30 gg. Dalla adozione della delibera di approvazione del PTP; 2) Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Sì (trasparenza)	1) Pubblicazioni; 2) Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) insufficienti meccanismi trasparenti ed obiettivi di reclutamento dei candidati; 2) mancanza di controllo e trasparenza sui requisiti di accesso	BASSO	Trasparenza	Rispetto secondo PTPF - Pubblicazione degli atti (bandi) su GURI, BURP, Sito Internet ASI (albo pretorio amministrazione trasparente)	Sì	A regime	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Sì (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) mancanza di controlli specifici; 2) mancanza di trasparenza ed esaurimento di procedure concorsuali;	BASSO	Regolamentazione	Rispetto disciplina nazionale e regionale	Sì	A regime	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Sì (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Reclutamento e incarichi	Abuso del processo di stabilizzazione, al fine di reclutare candidati pre-individuali	1) Attività di controllo/verifica preventiva/e post assente/insufficiente;	MEDIO	Controllo	Controllo carichi pendenti dei dipendenti assunti (campione controllato non inferiore al 10%) e/o incaricati di Struttura Dipartimentale, Complessa, Semplice, nonché richiesta ai componenti delle diverse Commissioni Esaminatrici di dichiarare ex art. 35 bis del D. Lgs. 160/2001, di non aver operato in favore di candidati pre-individuali, ai sensi del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato.	PARZIALE	A regime	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura prevenzione: assunti (almeno 10%) e tutti gli incaricati di Struttura Dipartimentale, UOCC e UOS

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 1. MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (aggiornato al PNA 2022)															
Area di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso)	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Sanzionatorie/Informazioni/Comitato di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel Sez. AT 2026/2028 (SI/NO/PAZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure 2026/2028	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/U.O.O. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPT - modalità	Monitoraggio RPT - tempi	Collegamento performance presenza in obiettivi budget 2026 (SI/NO)	Target atteso
Area di rischio	Area di rischio generali - Legge 190/2012 - PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA punto b, Par. 6.3, nota 10	Gestione giuridica del personale: aspettative, comandi, assegnazioni temporanee	Mancato rispetto codice di comportamento aziendale presso trasparenza/imparzialità	1) Attività di controllo/verifica preventiva/effettiva; 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 dell'etica e trasparenza aziendale del personale per carenza di organico	BASSO	35	1) Conflitto di interessi; 2) Rotazione dipendenti addetti alle segretarie di concorso	SI	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPT, 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 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale - inadeguata diffusione della cultura della legalità	BASSO	36	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	1) AGRU e Direttore Macrostruttura conferente	Relazione annuale del referente RPT, 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 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Inserimento in tutti i contratti di incarico
				1) Eccessiva discrezionalità del procedimento (ruolo dei decisori interni); 2) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole - Grado di standardizzazione e codificazione delle attività	MEDIO	37	Regolamentazione	Rispetto disciplina legislativa e aziendale - Id est: 1) acquisizione n.o. Macrostruttura di assegnazione, eventualmente con supporto dirigenti professionisti infermeristici per richieste di sostituzione; 2) adozione provvedimento deliberativo o determinativo (quest'ultimo per aspettative)	PARZIALE	A regime	AGRU/Service infermeristici OSPEDALIERO e Macrostruttura di assegnazione del dipendente	Relazione annuale del referente RPT, 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 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) Attività di controllo/verifica preventiva/effettiva; 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 dell'etica e trasparenza aziendale del personale per carenza di organico	ALTO	38	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	1) AGRU/Tutte le Macrostrutture/Presidenti e UPO; 2) AGRU	Relazione annuale del referente RPT, 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 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)			Inosservanza disposizioni normative e contrattuali	1) Attività di controllo/verifica preventiva/effettiva; 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 dell'etica e trasparenza aziendale del personale per carenza di organico	MEDIO	39	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 scadenze; 4) In relazione ai dipendenti dichiarati indonei alla missione	PARZIALE	A regime	1) AGRU; 2) AGRU e Macrostruttura di assegnazione dipendente; 3) AGRU e Macrostrutture di assegnazione del dipendente	Relazione annuale del referente RPT, 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 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) assenza di criteri preordinati e/o attuali; 2) Mancanza di chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni;	BASSO	40	Regolamentazione	Aggiornamento e diffusione annuale circolare sulla disciplina normativa applicabile, volta a sollecitare il corretto snellimento ferie	SI	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPT, 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 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Gestione economica del personale: rimborso missioni, pagamento straordinario e correttezza codicini, liquidazione ferie non fruita alla cessazione del rapporto di lavoro	Mancata tempestiva fruizione ferie al fine della loro liquidazione												

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 1: MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (aggiornato al PNA 2022)																
Area di rischio	Riferimento PNA (Generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso)	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica o Sanzionatori/Contro di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel Sez. AT 2023/2027 (D.Lgs. 231/2001)	Tempi di implementazione delle nuove misure 2026/2028	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/U.O.O. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPT - modalità	Monitoraggio RPT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2026 (S/NO)	Target atteso	
			Successivamente alla compilazione del rapporto di lavoro	1) Attività di controllo/verifica preventiva/e post assente/insufficiente	BASSO	41	Controllo	Verifiche mensili su corrispondenza tra importo liquidato e importo indicato nel provvedimento di liquidazione	SI	A regime	Mensile	AGRU	Relazione annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Premialità e valorizzazione del merito, partecipazione a progetti di performance	Emissione principi e disciplina nazionale e regionale	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) Mancanza di controllo/verifica preventiva/e post assente/insufficiente	ALTO	42	1) Trasparenza; 2) Controllo	1) Ciclotto S.M.V.P. (principio della differenziazione/selettività delle valutazioni soggettive; 2) Rispetto S.M.V.P. 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 OV della Relazione sulla performance; 2) Il termine di cui alla delibera AMAC annuale di individuazione sottosistemi oggetto di attestazione OV (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno); 3) Entro 30 gg. dalla scadenza del termine per la pubblicazione ovvero, entro il termine di cui alla delibera AMAC annuale di individuazione sottosistemi oggetto di attestazione OV (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno); 4) Verifica OV; 2) Tempestivo	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (Trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Rotazione straordinaria del personale	Mancato allontanamento del dipendente coinvolto in procedimenti penali, noti alla Azienda, per fatti di inadempienza alla sede di servizio per cui sono sotto l'atto di inerte penale	1) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico; 2) Scarso coinvolgimento di personale responsabile interna	ALTO	43	Rotazione	1) Applicazione L.G. AMAC (delibera n. 215 del 26/3/2019), anche alla luce degli esiti della comunicazione SBL; 2) Applicazione delle circolari aziendali sulla disciplina della rotazione straordinaria (n. prot. n. 48340/2022 e n. prot. n. 83239/2023); 3) Incarichi di assunzione e di conferimento indicativo di classe relativa all'assegnamento all'istituto della rotazione straordinaria del personale	SI	A regime	Tempestivo	1) DG/Divisione Sanitaria e Seconda (a seconda del profilo)/SBL/AGRU/RPT; 2) Macrostruttura di assegnazione del personale; 3) PP.OO.; 4) Direzioni Mediche PP.OO.; 2) RPT/AGRU/SBL/UPB; 3) AGRU	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT 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/e post assente/insufficiente	MEDIO	44	Controllo	Verifica del monte ore fruito dai dipendenti per permessi sindacali	SI	A regime	Annuale	AGRU	Relazione annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Formazione di commissioni, incarichi anche in Commissioni di concorso a soggetti condannati per delitti contro la pubblica amministrazione;	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/e post assente/insufficiente;	ALTO	45	Controllo	Controllo carichi pendenti dei dipendenti assunti (campione controllato non inferiore al 10%) e/o incarichi di Struttura Dipartimentale, Complessa, Semplice, nonché richiesta ai componenti delle diverse Commissioni Esaminatrici di dichiarare ex art. 35 bis del D.Lgs. 148/2002, di non aver operato in favore di soggetti condannati per delitti contro la Pubblica Amministrazione (art. 3 del Codice Penale (prosci dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato.	PARZIALE	A regime	A regime	AGRU	Relazione annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (Trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione: assunti (almeno 10%) e tutti gli incaricati di riferimento, UOC e UOS
		Pagamenti parte variabile medici convenzionati	Pagamento per prestazioni non effettuate	1) Attività di controllo/verifica preventiva/e post assente/insufficiente; 2) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole	MEDIO	46	1) Regolamentazione; 2) Controllo	1) Controlli semestrali a campione sul rispetto procedura aziendale per la validazione OSS (prestanza comunicata all'indicato di inserire in OSS); 2) Controlli semestrali a campione di dati inseriti in EDOOT	SI	A regime	A regime	1) Direzione Amministrativa DAPI (entrami i Diretori DSS); 2) AGRU-LOGAPC	Relazione annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione: per misura 1) campione minimo 10% MMG e 10% PLS
Gestione MMG/PLS	Anagrafe assistiti a MMG e PLS	Pagamenti per pazienti deceduti o non esistenti	1) Attività di controllo/verifica preventiva/e post assente/insufficiente e mancanza di procedure aziendali uniformi; 2) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati e/o regole;	MEDIO	47	1) -; 2) -	1) Controlli mensili a campione della cancellazione dei deceduti trasmessi dagli Uffici di Anagrafe Comunale (verifica di almeno 15% degli elenchi nominativi per la cancellazione); 2) Controlli mensili a campione di dati inseriti in EDOOT	SI	A regime	A regime	1) Direzione Amministrativa DAPI; 2) Direzione OSS; 3) AGRU-LOGAPC	Relazione annuale del referente RPT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione: per misura 1) campione minimo 10% MMG e 10% PLS	

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 1: MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (aggiornato al PNA 2022)																
Area di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso)	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica o Semplificazione/Formazione o altri) (contesto di interesse)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel Sez. AT 2023/2027 (Df AGT/PAG/PAZ/AGT)	Tempi di implementazione delle nuove misure 2026/2028	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UD.O. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2026 (S/NO)	Target atteso	
Patrimonio		Gestione beni immobili	Condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte rispetto a quello della ASI.	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) Mancato rispetto della normativa statale/regionale applicabile	MEDIO	Trasparenza	Publication obbligatoria in Amministrazione Trasparente ex art. 30, d. lg. 39/2013	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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione ovvero, infine, entro il termine di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	SI (trasparenza)	100%	
			Sottoutilizzo immobili nella disponibilità della ASI.	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) Mancato rispetto della normativa statale/regionale applicabile	MEDIO	Trasparenza	Publication in Amministrazione Trasparente: a) valore degli immobili di proprietà, stato (utilizzo/NOI utilizzato), finalità di utilizzo/motivi del mancato utilizzo; b) canone di locazione passiva, stato (utilizzo/NOI 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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione ovvero, infine, entro il termine di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	SI (trasparenza)	100%	
			Possibile alterazione gestione documentale	Procedure amministrative/contabili/informatiche e processi aziendali non adeguati/efficienti	BASSO	Semplificazione	Attuazione del regolamento aziendale e delle procedure aziendali; 2) rispetto nuovo protocollo di gestione del patrimonio immobiliare nuovo software gestione SPESAL, modifiche anagrafici; 3) gestione interna pratiche SPESAL;	SI	A regime	Temporaneo	SPESAL	Relazione annuale referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	
		Attività Dipartimento di Prevenzione - SPESAL	Abbinamento quali-quantitativo degli standard di attività	Procedure amministrative/contabili/informatiche e processi aziendali non adeguati/efficienti	MEDIO	58	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) 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 l'80% del totale annuale; 4) controllo nelle ordinare attività di verifica da parte di uno stesso operatore per non più di tre consecutive; 5) l'assenteismo da operatori impiegati in attività di rilancio	SI	A regime	Coordinatore delle UDOC / Direttore di UOC	Relazione annuale referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	
			Omissione di inserire una attività tra quelle da controllare	1) Competenze non ben definite - Grado di standardizzazione e omogeneità dell'attività - Assenza/insufficienza di trasparenza	ALTO	59	Regolamentazione	Predisposizione Piano annuale di attività, con indicazione dei criteri obiettivi e trasparenti di partecipazione operatori	SI	A regime	Annuale	Direttore UOC	Relazione annuale referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Attività di vigilanza ed ispezione - Dipartimento di Prevenzione	1) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/diretti di situazioni di conflitto di interessi - scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale - inadeguata diffusione della cultura della legalità.	MEDIO	60	Etica e comportamento	Sottoscrizione annuale per ogni operatore del documento di Integrità, imparzialità, indipendenza ed assenza di conflitti di interessi e assensione in ogni altro caso ove esistano ragioni di convenienza e opportunità	SI	A regime	Annuale	Direttore UOC	Relazione annuale referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT 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	61	Controllo	Riassunto semestrale a campione dei verbali di ispezione, audit e campionamento	SI	A regime	Direttore UOC	Relazione annuale referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE ASI DA 2025-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 1: MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (aggiornato al PNA 2022)													
Area di rischio	Riferimento PNA (generali/specifici)	Rischio specifico	Fattori a bilanciare	Livello di rischio (alto/medio/basso)	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica o/Semplicità/Informazione/Integrità)	Misura aziendale di prevenzione	Tempi di implementazione delle nuove misure 2025/2028	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostruttura/U.O.D. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collaborazione performance: presenza in obiettivi Budget 2025 (S/N/SI/NO)	Target atteso
Area di rischio		Prestazioni difformi causa contrabbando e frequenza di rapporti con la stessa Utente	Mancanza di rotazione del personale per la carenza d'organico	ALTO	62	Rotazione	Rotazione degli operatori impegnati su impianti fissi (impianti di macellazione, maceratoi, etc.) con rotazione delle responsabilità, con verifiche e controlli compatibili con la carenza di personale	A regime	A regime	Relazione annuale referente RPCT Die, di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro i termini per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Favore persone preferenziali nei tempi e/o valutazioni difformi su sollecitazione esterna	1) Attività di controllo/verifica preventivo/ex post assente/insufficiente; 2) Mancato controllo/verifica statale/regionale applicabile	MEDIO	63	Controllo	Validazione, collaudo e con componenti interni ed esterni (altro fronte di altro Ente (Comune, Prefettura...) procedure sopraluoghi effettuati da 2 operatori sempre diversi. Presenza procedure e check list Verbali di Commissione T di risposta	A regime	A regime	Relazione annuale referente RPCT Die, di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro i termini per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Potenziale conflitto di interesse	1) Assenza/insufficienza di trasparenza; 2) Mancato controllo/verifica preventivo/ex post assente/insufficiente; 3) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti (dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione di cultura aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	ALTO	64	Controllo	Riesame annuale degli incarichi e delle concentrazioni di incarichi	A regime	Annuale	Relazione annuale referente RPCT Die, di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro i termini per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Misura generale	Inosservanza misure di prevenzione della corruzione e normativa	scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	MEDIO	65	Etica e comportamento	Coinvolgimento delle associazioni di categoria sulle attività svolte dal Dipartimento per prevenire la corruzione e la trasparenza di almeno 1 incontro annuale per Dipendenza	A regime	Annuale	Relazione annuale referente RPCT Die, di Prevenzione, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro i termini per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)
Controllo, verifica, segnalazioni e sanzioni		Controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare nelle aziende di competenza SVET (e altri controlli di sanità veterinaria)	1) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti (dirigenti di situazioni di conflitto di interessi – scarsa diffusione di cultura aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità; 2) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 3) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti (dirigenti di situazioni di conflitto di interessi; 4) Insufficiente diffusione delle procedure aziendali SP-EAL	ALTO	66	1) - 3) Controllo; 2) Rotazione	Sottoscrizione annuale per ogni controllore del documento su integrità, imparzialità, indipendenza e trasparenza dei potenziali conflitti di interesse; 1) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 2) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 3) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 4) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 5) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 6) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 7) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 8) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 9) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 10) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 11) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 12) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 13) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 14) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 15) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 16) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 17) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 18) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 19) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 20) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 21) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 22) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 23) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 24) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 25) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 26) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 27) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 28) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 29) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 30) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 31) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 32) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 33) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 34) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 35) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 36) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 37) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 38) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 39) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 40) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 41) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 42) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 43) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 44) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 45) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 46) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 47) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 48) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 49) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 50) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 51) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 52) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 53) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 54) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 55) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 56) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 57) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 58) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 59) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 60) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 61) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 62) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 63) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 64) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 65) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 66) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 67) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 68) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 69) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 70) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 71) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 72) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 73) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 74) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 75) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 76) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 77) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 78) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 79) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 80) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 81) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 82) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 83) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 84) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 85) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 86) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 87) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 88) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 89) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 90) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 91) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 92) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 93) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 94) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 95) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 96) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 97) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 98) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 99) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 100) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 101) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 102) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 103) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 104) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 105) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 106) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 107) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 108) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 109) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 110) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 111) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 112) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 113) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 114) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 115) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 116) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 117) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 118) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 119) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 120) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 121) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 122) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 123) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 124) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 125) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 126) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 127) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 128) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 129) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 130) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 131) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 132) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 133) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 134) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 135) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 136) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 137) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 138) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 139) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 140) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 141) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 142) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 143) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 144) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 145) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 146) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 147) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 148) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 149) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 150) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 151) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 152) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 153) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 154) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 155) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 156) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 157) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 158) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 159) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 160) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 161) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 162) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 163) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 164) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 165) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 166) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 167) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 168) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 169) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 170) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 171) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 172) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 173) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 174) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 175) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 176) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 177) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 178) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 179) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 180) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 181) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 182) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 183) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 184) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 185) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 186) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 187) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 188) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 189) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 190) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 191) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 192) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 193) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 194) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 195) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 196) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 197) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 198) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 199) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 200) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 201) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 202) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 203) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 204) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 205) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 206) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 207) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 208) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 209) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 210) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 211) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 212) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 213) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 214) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 215) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 216) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 217) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 218) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 219) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 220) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 221) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 222) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 223) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 224) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 225) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 226) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 227) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 228) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 229) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 230) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 231) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 232) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 233) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 234) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 235) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 236) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 237) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 238) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 239) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 240) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 241) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 242) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 243) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 244) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 245) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 246) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 247) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 248) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 249) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 250) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 251) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 252) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 253) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 254) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 255) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 256) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 257) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 258) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 259) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 260) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 261) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 262) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 263) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 264) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 265) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 266) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 267) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 268) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 269) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 270) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 271) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 272) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 273) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 274) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 275) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 276) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 277) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 278) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 279) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 280) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 281) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 282) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 283) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 284) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 285) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 286) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 287) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 288) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 289) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 290) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 291) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 292) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 293) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 294) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 295) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 296) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 297) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 298) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 299) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 300) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 301) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 302) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 303) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 304) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 305) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 306) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 307) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 308) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 309) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 310) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 311) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 312) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 313) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 314) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 315) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 316) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 317) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 318) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 319) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 320) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 321) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 322) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 323) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 324) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 325) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 326) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 327) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 328) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 329) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 330) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 331) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 332) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 333) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 334) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 335) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 336) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 337) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 338) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 339) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 340) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 341) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 342) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 343) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 344) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 345) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 346) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 347) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 348) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 349) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 350) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 351) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 352) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 353) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 354) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 355) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 356) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 357) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 358) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 359) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 360) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 361) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 362) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 363) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 364) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 365) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 366) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 367) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 368) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 369) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 370) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 371) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 372) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 373) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 374) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 375) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 376) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 377) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 378) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 379) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 380) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 381) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 382) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 383) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 384) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 385) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 386) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 387) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 388) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 389) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 390) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 391) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 392) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 393) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 394) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 395) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 396) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 397) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 398) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 399) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 400) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 401) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 402) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 403) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 404) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 405) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 406) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 407) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 408) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 409) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 410) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 411) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 412) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 413) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 414) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 415) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 416) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 417) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 418) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 419) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 420) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 421) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 422) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 423) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 424) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 425) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 426) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 427) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 428) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 429) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 430) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 431) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 432) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 433) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 434) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 435) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 436) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 437) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 438) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 439) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 440) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 441) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 442) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 443) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 444) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 445) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 446) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 447) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 448) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 449) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 450) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 451) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 452) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 453) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 454) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 455) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 456) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 457) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 458) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 459) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 460) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 461) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 462) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 463) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 464) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 465) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 466) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 467) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 468) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 469) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 470) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 471) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 472) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 473) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 474) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 475) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 476) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 477) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 478) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 479) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 480) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 481) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 482) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 483) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 484) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 485) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 486) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 487) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 488) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 489) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 490) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 491) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 492) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 493) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 494) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 495) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 496) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 497) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/insufficiente; 498) Mancato controllo/verifica preventivo/ ex post assente/						

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 1: MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (aggiornato al PNA 2022)																
Area di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori a bilanciare	Livello di rischio (alto/medio/basso)	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica owh/Semplificazione)/formazione (addestramento)/comitato di interessi	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel Sec. AT 2025/2027 (S/N/7/INDETERMINATO)	Tempi di implementazione delle nuove misure 2026/2028	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/U.O.O. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance presenza in obiettivi budget 2026 (S/N/NO)	Target atteso
		Vigilanza nelle aziende in tema di salute e sicurezza dei lavoratori		1) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico; 2) Mancata segnalazione da parte del personale degli irregolari situazioni di conflitto di interessi; 3) Mancata discrezionalità	MEDIO	69	Rotazione	Parziale rotazione del personale quando si debba intervenire ripetutamente nelle stesse aziende (grandi aziende e Grand Opere)	SI	A regime	A regime	Diretteri 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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancata discrezionalità; Mancata/insufficiente aggiornamento programmazione attività	ALTO	70	Reglamentazione	Procedure e documenti di programmazione che indicano con trasparenza le modalità di scelta dello staff, con riferimento ai criteri per la selezione delle aziende da sottoporre a controllo presentato nell'Organismo Provinciale sulla Sicurezza del lavoro	SI	A regime	A regime	Diretteri 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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/diretti di situazioni di conflitto di interessi	MEDIO	71	Conflitto di interessi	1) Mappatura annuale dei conflitti di interesse (sia le incompatibilità che le inopportunità); 2) Dichiarazione degli operatori (in tali situazioni in occasione di eventi non prevedibili (es. inchieste su infornati o ricomparsi con cui si fanno rapporti personali).	SI	A regime	1) Annuale; 2) Temporaneo	Diretteri 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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente; 2) Mancata rotazione del personale per carenza di organico; 3) Mancanza/insufficiente programmazione attività	MEDIO	72	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 di rispetto del P.L.C.U.; 3) Verifica semestrale di verifica sul campo delle attività di ispezione, audit e controllo; 4) Verifica semestrale di verifica delle attività a posteriori a campione, sulle attività svolte secondo quanto previsto dal P.L.C.U. e dal Piano Regionale Integrato dei Controlli per l'anno corrente	SI	A regime	1) Annuale; 2) Semestrale; 3) A regime	Direttore U.O. - SAV 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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				Mancato rispetto della normativa statale/regionale applicabile in tema di integrità	MEDIO	73	Etica/comportamento	Sottoscrizione annuale per ogni controllore del documento su integrità, imparzialità, indipendenza	SI	A regime	Annuale	Direttore U.O. - SAV 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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
Controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare nelle aziende di competenza SAV C			Ommissione di assumere gli atti amministrativi e/o penali previsti dalla normativa di settore, a seguito di violazioni riscontrate	1) Mancato rispetto della normativa statale/regionale applicabile; 2) Mancata segnalazione da parte del personale degli irregolari situazioni di conflitto di interessi - scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale - inadeguatezza di diffusione della cultura della legalità; 3) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post assente/insufficiente	ALTO	74	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. / SAV 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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				Mancata di rotazione del personale per carenza di organico	ALTO	75	Rotazione	Predisposizione del Piano delle rotazioni degli operatori (integrati) stabiliti 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 SAV 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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 1. MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (aggiornato al PNA 2022)																
Area di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso)	Tipologia misura (controllo/trasparenza/etica o semplificazione/formazione o altri) (comitato di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel Sez. AT 2025/2027 (S/N/INDETERMINATO)	Tempi di implementazione delle nuove misure 2026/2028	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UDU.O. tenuto all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance in obiettivi budget 2026 (S/N/NO)	Target atteso	
Incarichi e nomine	Area 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 dei componenti) provenienti dalle Associazioni (ENS, ENASS, UIC, ANMIC, etc.)	Conflitto di interessi. Incompatibilità, inconfirmità e Altre ipotesi di decadenza	Attività di controllo/verifica preventiva/ ex post assente/insufficiente	ALTO	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. 150/2001; 3) Afferimento almeno 1 volta al mese su 4 sedute, del Presidente della Commissione, ai 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 amministrativa) 4) Ricorso alla disciplina ex DGR 1307/2018, attesa l'avvenuta scadenza delle precedenti CIC ex Dlg 638/2016	SI	1) - 2) - 3) - 4) A regime	A regime	UFFICIO MEDICINA LEGALE Dipartimento di Prevenzione - Direzione Dipartimento	Relazione annuale referente RPCT eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	
				1) Attività di controllo/verifica assente/insufficiente 2) Competenze non ben definite - assenza di criteri preordinati (d/o regole - 3) scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	ALTO	77	1) Regolamentazione: 2) - 3) Promozione etica comportamento	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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno) 2) - 3) Trasmissione della bozza di circolare da trasmettere per la firma alla Direzione Dip. di Prevenzione e all'RPCT	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	
				1) Eccessivo grado di accentramento delle funzioni gestionali – monopolio competenze; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni	BASSO	Regolamentazione	Applicazione Percorso Attuativo della Certificabilità - Rispetto Minimo delle procedure amministrative - Controlli aziendali (DGR 1304/2020 - Annex 8 & 9) 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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	
Affari legali e contenzioso	Percorso Attuativo Certificabilità - Procedure Amministrative Contabili - Anno 8 di Liquidazione compensi ai legali di controparte	Elaborazione procedure di controllo e verifiche aziendali e legali di controparte	Commissione	1) Eccessivo grado di accentramento delle funzioni gestionali – monopolio competenze; 2) Mancanza di Chiarezza e attualità degli atti regolamentari e organizzativi interni	BASSO	78	Regolamentazione	Adozione e rispetto procedure di verifica, soprattutto in fase di conferimento a successione liquidazione dell'incarico, in relazione all'attività effettivamente svolta	SI	A regime	Temporaneo	SBL	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Mancati o insufficienti controlli sul rispetto d.m. Giustizia 55/2014 e sul disciplinare di incarico	Attività di controllo/verifica preventiva/ ex post assente/insufficiente	MEDIO	79	Controllo	Attestazione insidiosa conflitto 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	Temporaneo	SBL	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Conflicto di interesse	Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazione di conflitto di interessi - scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale - inadeguata diffusione della cultura della legalità	MEDIO	80	Controllo	Attestazione insidiosa conflitto 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	Temporaneo	SBL	Relazione annuale del referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
	Area di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)		Conflicto di interesse	Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/dirigenti di situazione di conflitto di interessi - scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale - inadeguata diffusione della cultura della legalità	MEDIO	81	Trasparenza	Comunicazione annuale all'RPCT e al DS riguardante i dati sui procedimenti giudiziari a carico dei dipendenti dell'amministrazione (sentenze passate in giudicato, procedimenti in corso e decreti di ingiunzione) - dati 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 amministrativa/contabile/care del Confij	SI	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 Sez. AT successivo e della relazione annuale RPCT	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	
			Mancato aggiornamento dati sui procedimenti giudiziari rilevanti ai fini della stima del rischio corruttivo	1) Assenza di forme di comunicazione a supporto RPCT	BASSO	81	Trasparenza	Comunicazione annuale all'RPCT e al DS riguardante i dati sui procedimenti giudiziari a carico dei dipendenti dell'amministrazione (sentenze passate in giudicato, procedimenti in corso e decreti di ingiunzione) - dati 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 amministrativa/contabile/care del Confij	SI	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 Sez. AT successivo e della relazione annuale RPCT	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 1: MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (aggiornato al PNA 2022)																
Area di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso)	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica o Semplificazione/Formazione/Integrità)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel Sez. AT 2025/2027 (S/NO/PARZIALE)	Tempi di implementazione delle nuove misure 2026/2028	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/UD/OO. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi budget 2026 (S/NO)	Target atteso	
Ufficio Procedimenti Disciplinari	PNA 2019, p. 42	Rispetto norme di comportamento e disciplina dei dipendenti 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	Regolamentazione	Aggiornamento e rispetto Regolamento di disciplina e funzionamento dell'UPD	Sì	A regime	Temporaneo	UPD	Relazione annuale referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Sì (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	
				1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post	BASSO	83	Etica e comportamento	Attivazione "Sportello UPD/CUG" a beneficio dei dipendenti: calendarizzazione 1 pomeriggio a settimana in cui componenti UPD sono 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	Sì	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 ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Sì (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				1) Assenza di forme di comunicazione a supporto RPCT	BASSO	84	Trasparenza	Comunicazione annuale all'RPCT riguardante i "dati sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti" e "dati sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti" - invio circolare informativa applicata per tutti i dipendenti: - I reati contro il PA; - Il fatto e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione - art. 340 e 340-bis c.p. e le fattispecie di cui all'art. 351-bis del D.Lgs. n. 163/2001, in materia di corruzione passiva, e di cui all'art. 351-bis del D.Lgs. n. 163/2001, in materia di corruzione attiva - invio circolare informativa applicata per tutti i dipendenti pubblici e al codice di condotta aziendale; - I procedimenti rilevanti sotto il profilo della responsabilità amministrativa/contabile (Corte dei Conti)	Sì	A regime	Annuale	UPD	Trasmissione annuale al Direttore Generale e all'RPCT dei dati ai fini: a. relazione annuale RPCT; b. aggiornamento stima rischio corruzione (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo e della Relazione annuale RPCT	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
	Percorso Attivativo Certificabilità - Procedure Amministrative Contabili - Allegato 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	85	Regolamentazione	Applicazione Percorso Attivativo della Certificabilità - Rispetto Manuale delle procedure amministrative-contabili aziendali (DDG 1564/2020 - Allegato 8.9) Contabilità analitica separata ALPI	A regime	CUG/AGRF	Relazione annuale referente RPCT, circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Sì (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione		
				1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post		86	Controllo	Controlli periodici a campione informatizzati tra risultanze CUP e gestionale presenza, in merito a: 1) mancata tinturatura casualizzata in presenza di attività di controllo/verifica; 2) mancata casualizzata ALPI, in assenza di prenotazioni CUP ALPI < 20%.	A regime		1) Direzioni Amministrative PP OO.; 2) Direzione Amministrativa DAT unitamente alle Macrostrutture territoriali; 3) a 7); b) Direzioni Amministrative ALPI (per Macrostrutture DSS e da PP OO. (per PP OO.), circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ostive all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Sì (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione		

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 1- MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (aggiornato al PNA 2022)															
Area di rischio	Riferimento PNA (Generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso)	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica o Sanplicità/Integrità/Compliance/Integrità)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel Sec. AT 2023/2027 (D.Lgs. 231/2001)	Tempi di implementazione delle nuove misure 2026/2028	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/U.O.O. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance: presenza in obiettivi Budget 2026 (S/NO)	Target atteso
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)	Favore i pazienti visti in libera professione rispetto all'attività istituzionale	1) Attività di controllo/verifica preventive/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee	ALTO	87	Trasparenza	SI	A regime	A regime	1) Direzioni Amministrative PP OO; 2) Macrostrutture territoriali DAT; 3) a) 7) b) Direzioni Amministrative PP OO (per PP OO), circa le criticità Macrostrutture territoriali convinte (DSS/DSM/DOP/NPA/Dip. Qualità); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 5) DSM/Dip. Dipendenza Patologica/NPA/6) Riciclo clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria;	Relazione annuale referenti RPCT: a) circa le criticità Macrostrutture territoriali DAT; 3) a) 7) b) Direzioni Amministrative PP OO (per PP OO), circa le criticità Macrostrutture territoriali convinte (DSS/DSM/DOP/NPA/Dip. Qualità); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 5) DSM/Dip. Dipendenza Patologica/NPA/6) Riciclo clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria;	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Indagato monitoraggio rapporto attività libera e professionali istituzionale	1) Attività di controllo/verifica preventive/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee	ALTO	88	Controllo	Monitoraggio trimestrale dei volumi di attività ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali e verifica a consuntivo del loro rispetto	A regime	Trimestrale	1) Direzioni Amministrative PP OO; 2) Macrostrutture territoriali DAT; 3) a) 7) b) Direzioni Amministrative PP OO (per PP OO), circa le criticità Macrostrutture territoriali convinte (DSS/DSM/DOP/NPA/Dip. Qualità); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 4) UO/OCC Dip. Prevenzione; 5) DSM/Dip. Dipendenza Patologica/NPA/6) Riciclo clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria;	Relazione annuale referenti RPCT: a) circa le criticità Macrostrutture territoriali DAT; 3) a) 7) b) Direzioni Amministrative PP OO (per PP OO), circa le criticità Macrostrutture territoriali convinte (DSS/DSM/DOP/NPA/Dip. Qualità); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 4) UO/OCC Dip. Prevenzione; 5) DSM/Dip. Dipendenza Patologica/NPA/6) Riciclo clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria;	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
Utile di attività	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	Illegittimo ritorno alla cd. intramoenia allargata	1) Attività di controllo/verifica preventive/ex post assente/insufficiente;	ALTO	89	Controllo	SI	A regime	Tempestivo	1) Direzioni Amministrative PP OO; 2) Macrostrutture territoriali DAT; 3) a) 7) b) Direzioni Amministrative PP OO (per PP OO), circa le criticità Macrostrutture territoriali convinte (DSS/DSM/DOP/NPA/Dip. Qualità); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 4) UO/OCC Dip. Prevenzione; 5) DSM/Dip. Dipendenza Patologica/NPA/6) Riciclo clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria	Relazione annuale referenti RPCT: a) circa le criticità Macrostrutture territoriali DAT; 3) a) 7) b) Direzioni Amministrative PP OO (per PP OO), circa le criticità Macrostrutture territoriali convinte (DSS/DSM/DOP/NPA/Dip. Qualità); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 4) UO/OCC Dip. Prevenzione; 5) DSM/Dip. Dipendenza Patologica/NPA/6) Riciclo clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Favore i pazienti visti in libera professione rispetto all'attività istituzionale	1) Attività di controllo/verifica preventive/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee	BASSO	90	Trasparenza	Informalizzazione liste attese e pubblicazione obbligatoria liste d'attesa in Amministrazione Trasparente	SI	A regime	A regime	1) Direzioni Amministrative PP OO; 2) Macrostrutture territoriali DAT; 3) a) 7) b) Direzioni Amministrative PP OO (per PP OO), circa le criticità Macrostrutture territoriali convinte (DSS/DSM/DOP/NPA/Dip. Qualità); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 4) UO/OCC Dip. Prevenzione; 5) DSM/Dip. Dipendenza Patologica/NPA/6) Riciclo clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria	Relazione annuale referente RPCT , rilevante in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine inizio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)
Utile di attività	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	Esusione liste d'attesa. Favoritismo di carattere personale, amicale, colleganza	1) Tempi lunghi liste d'attesa; 2) Vincoli di amicizia con colleghi del servizio presso i quali si necessita pendere	MEDIO	91	Controllo	SI	A regime	Tempestivo	URP				Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Creazione falsi pazienti per avere prestazioni aggiuntive	1) Attività di controllo/verifica preventive/ex post assente/insufficiente; 2) Mancanza di procedure informatizzate – mancanza di procedure omogenee	BASSO	92	Controllo	Revisione e aggiornamento periodico liste attese	SI	A regime	A regime	1) Direzioni Amministrative PP OO; 2) Macrostrutture territoriali DAT; 3) a) 7) b) Direzioni Amministrative PP OO (per PP OO), circa le criticità Macrostrutture territoriali convinte (DSS/DSM/DOP/NPA/Dip. Qualità); 3) Direzione Dip. Prevenzione; 4) UO/OCC Dip. Prevenzione; 5) DSM/Dip. Dipendenza Patologica/NPA/6) Riciclo clinico e qualità; 7) Sorveglianza sanitaria;	Relazione annuale referente RPCT , rilevante in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine inizio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sec. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	SI (trasparenza)

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 1: MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (aggiornato al PNA 2022)														
Area di rischio	Riferimento PNA (generali/specifiche)	Rischio specifico	Fattori abilitanti	Livello di rischio (alto/medio/basso)	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica o Compliance/Informazione/Integrità)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel Sez. AT 2023/2027 (PNA/PAZ/ALIAS)	Tempi di implementazione delle nuove misure 2026/2028	Tempi per attuazione misure a regime	Macrostrutture/U.O.O. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPCT - modalità	Monitoraggio RPCT - tempi	Collegamento performance presenza in obiettivi budget 2026 (S/NO)	Target atteso
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		Mancata segnalazione da parte dei dipendenti/direnti di situazioni di conflitto di interessi - scarsa diffusione del Codice di Comportamento aziendale – inadeguata diffusione della cultura della legalità	BASSO	100	Aggiornamento annuale attestazioni incidenza conflitto di interessi/incompatibilità, da parte dei dipendenti/direnti, 1) Formazione aziendale per la valutazione della correttezza applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con le Fam. socie pubbliche e private convenzionate; 2) ispezione per le farmacie, esercizi commerciali; Legge 246/2006 (parafarmacie) e 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 ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Si (Trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Favorire la selezione e l'uso di specifici prodotti sulla base di ricompense e sollecitazioni esterne	1) Attività di controllo/verifica preventiva/ex post; 2) Inosservanza del regolamento interno del Farmaco, oggetto di reportistica regionale n. 17 del 13/10/2017 prescrizione/erogazione farmaci al primo ciclo di terapia a seguito di ricovero o visita specialistica ambulatoriale	BASSO	101	Controllo	Si	Annuale	Annuale	1) Dipartimento del Farmaco (tramite Medici prescrittori ospedalieri e specialisti ambulatoriali/MAG/Gruppi di lavoro medici specialisti PP OO/Tramite Direzioni PP OO/DSS)	Relazione annuale referente RPCT - 1) Dip. Farmaco; 2) DAT, emitti DOSS - circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT 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	MEIO	102	Regolamentazione	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 ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Si (Trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
				BASSO	103	Regolamentazione	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 ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Vigilanza farmacie interne ed esterne, parafarmacie e distribuzione interne della	1) Mancanza di rotazione del personale per carenza di organico; 2) Minuto rispetto della normativa statale/regionale e regolamentare interna applicabile; 3) Eccessiva discrezionalità	BASSO	104	1) Rotazione triennale del personale ispettivo e della composizione del gruppo ispettivo; 2) Gruppo ispettivo per la verifica della conformità normativa; 3) Gruppo ispettivo per la verifica della 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 ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
			Omisi o incompleti controlli	BASSO	105	Regolamentazione	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 ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Si (Trasparenza)	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
		Previsione di costi occulti a carico dell'azienda, sottratti alle regole della concorrenza		ALTO	106	Regolamentazione	Si	A regime	A regime	1) Dirigente U.O. AAGG/AGG/Tramite la Clinica/Tramite Medici e Amministrativi PP OO/DSS; 2) 3) AGP/AGG/Tramite la Clinica/Tramite Medici e Amministrativi 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 ottative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASL BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 1: MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (aggiornato al PMA 2022)																	
Area di rischio	Riferimento PMA (generali/specifiche)	Processo aziendale	Rischio specifico	Fattori abilitanti	U livello di rischio (in base ai dati storici)	Id. MISURA	Tipologia misura (Controllo/Trasparenza/Etica comportamento/Regolamentazione/Semplificazione/Formazione/Rotazione/Conflitto di interessi)	Misura aziendale di prevenzione	Misura già prevista nel Sez. AT 2022/2027 (S/N/O)/PAZIALE	Tempi di implementazione delle nuove misure 2026/2028	Tempi per situazione misure a regime	Macrostrutture/U.O.D. tenute all'applicazione	Monitoraggio RPTCT - modalità	Monitoraggio RPTCT - tempi	Collaborando performance: presenza in obiettivi budget 2026 (S/N/O)	Target atezzo	
Attività conseguenti al deciso in ambito intraospedaliero	Are di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA', dell'Aggiornamento 2015 al PMA e Parte Speciale IV – SANITA', del PMA 2016		Segnalazione da parte di operatori sanitari a Ditte di Onoranze Funerarie ovvero a pazienti, in cambio di denaro o altra utilità	Absenza/Insufficienza di trasparenza	MEDIO	107	Trasparenza	Aggiornamento annuale a affiliazione negli spazi del P.O.fu sito aziendale e in Amministrazione Trasparente/Dati ulteriori, elenchi di Ditte di Onoranze funerari operanti nel territorio comunale (di cui, per l'anno 2021, alla nota Prot. n.61063/2021 del 23/09/2021 avente come oggetto : - "Transizione-Elenco Ditte Servizi Funerari Comuni della Provincia di Bari e non")	Sì	A regime	A regime	Direzione Medica e P.Q.	Relazione annuale referente RPTCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni otative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	
				Mancato rispetto/insufficiente diffusione della normativa statale/regionale e regolamentare interna applicabile	MEDIO	108	Regolamentazione	Adozione e rispetto regolamento aziendale processo di gestione nei P.O. dei cui alla nota Prot. N°35423 del 27/05/2021 del Dipartimento Dipresioni Mediche di Pri.CO.)	Sì	A regime	A regime	Direzione Medica e P.Q.	Relazione annuale referente RPTCT , circa le criticità eventualmente rilevate in sede di attuazione della misura di prevenzione aziendale, con indicazione delle ragioni otative all'attuazione e delle modalità di superamento (scadenza termine invio relazione: 31 dicembre di ciascun anno)	Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione	
				Omissa o incompleta pubblicazione					Transparenza	Rispetto Sez. AT - Sezione Trasparenza - All.1 Sez.AT	Sì	A regime	A regime		Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Si	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
	PMA 2019	Obblighi di pubblicazione obbligatori ex d. Lgs. 33/2013 e delibera ANAC 1310/2016												Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione		
														Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione		
														Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione		
	PMA 2019	Report consocietà controllante e partecipate	Elusione disciplina vincolistica nazionale e regionale; mediante ricorso allo stesso tipo di rapporti tra società soggette giuridici formalmente terzi	1) Attività di controllo/verifica preventive/ex post assente/insufficiente;	MEDIO	110	Controllo	Vigilanza ASI sul rispetto della disciplina nazionale e regionale per le società in controllo pubblico/in house: Saniservizi ASL BA -1)AGNR,per gli aspetti contabili;2)ASAPAC/Ingegneria Clinica,per gli aspetti gestionali;3)ASGRI,per la gestione del personale;4)RPTCT, per gli aspetti legati all'attuazione del modello di prevenzione del rischio corruttivo	Sì	A regime	Tempestivo	Tempestivo		Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Aggiornamento interlocuzioni con la società in-house
														Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione		
	PMA 2019	Tutti i-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 organizzativa -- insufficiente informazione responsabilezza dei dirigenti	ALTO	111		Conflitto di interessi	1) Rilascio attestazione, da parte di tutti i proponenti/firmatari di determinazioni e deliberazioni, circa il mancato ricorrere di profili di incompatibilità (L. 247/1990), D.P.R. 62/2013, 1190/2012, codice di comportamento aziendale); 2) Decisione del Direttore/Responsabile della Macrostruttura di assegnazione del dipendente circa l'effettiva ricorrenza del conflitto di interessi dalla situazione di conflitto eventualmente attestata dal dipendente	PARZIALE	A regime	Tempestivo		Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	NO	Rispetto Misura aziendale di prevenzione
													Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione	Entro il termine per l'attuazione del Sez. AT successivo ovvero a seguito di segnalazione			

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)											
Denominazione dell'azione di trasparenza (Tipo degli atti)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (URP) / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile per la trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) in data di monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Sez. Anticorruzione e Trasparenza del PMAO	Art. 10, c. 8, lett. a), d) lg. n. 33/2013	Sez. Anticorruzione e Trasparenza del PMAO	Sez. Anticorruzione e Trasparenza del PMAO a suo allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (IMGO 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/strumenti)	Annuale	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT).	Responsabile U.O. URP	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	n.a.	31 gennaio di ciascun anno	
		Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lg. n. 33/2013)	Dirigente/Risponsoabili e competente per materia	Responsabile U.O. URP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normativa	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla RPCT della 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. lg. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adizione del Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lg. 150/2009.	
	Art. 12, c. 4, d.lg. n. 33/2013	Atti amministrativi generali	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 definiscono i poteri, i compiti, i ruoli, i rapporti che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di loro	Tempestivo (ex art. 8, d.lg. n. 33/2013)	Dirigente/Risponsoabili e competente per materia	Responsabile U.O. URP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normativa	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla 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. lg. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adizione del Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lg. 150/2009.
Atti generali		Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministeriali, documenti di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lg. n. 33/2013)	Dirigente competente per materia	Responsabile U.O. URP	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 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. lg. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adizione del Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lg. 150/2009.	
	Art. 13, c. 4, d.lg. 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.lg. n. 33/2013)	Dirigente/Risponsoabili e competente per materia	Responsabile U.O. URP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normativa (pubblicata sul sito del Consiglio regionale pagine)	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. lg. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adizione del Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lg. 150/2009.	
	Art. 55, c. 2, d.lg. n. 165/2001	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. 30/1976) Codice di condotta interno quale codice di comportamento	Tempestivo	Dirigente ASGRU	Responsabile U.O. URP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'approvazione/aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e, p.c., all'RPCT 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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. lg. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adizione del Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lg. 150/2009.	
Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 13, c. 1-bis, d.lg. n. 33/2013	Scadenza obblighi amministrativi	Scadenza 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)	Responsabile U.O. URP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al 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. lg. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro il termine per l'adizione del Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OIV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lg. 150/2009.	
	Art. 13, c. 1, lett. a), d) lg. 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.lg. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d) lg. n. 33/2013		Curriculum vitae	Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lg. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Art. 14, c. 1, lett. c), d) lg. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lg. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d) lg. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lg. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d) lg. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi e qualsiasi altro corrispettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lg. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d) lg. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lg. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
	Art. 14, c. 1, lett. g), d) lg. n. 33/2013		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, esercizi di funzioni di amministrazione o di sindacato di cui il soggetto è socio, titolare, amministratore, o di altro tipo di conferimento di carica o di incarico; 2) dichiarazione concernente ai verbi (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 RPCT, con il conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).							
	Art. 14, c. 1, lett. h), d) lg. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. i), d) lg. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. j), d) lg. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'Art. 14, c. 1, del d.lg. n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	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: è necessario limitare, eventualmente evidenza del mancato consenso) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'amministrazione o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)								
	Art. 14, c. 1, lett. f), d) lg. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. g), d) lg. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. h), d) lg. n. 33/2013		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di eseri ai avvisi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato, o della lista elettorale della cui lista il soggetto è candidato,								

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)

Denominazione della sottosezione investita (per la quale si applica l'art. 1, comma 1, lett. a) del D.Lgs. n. 44/1998)	Denominazione della sottosezione investita (per la quale si applica l'art. 1, comma 1, lett. a) del D.Lgs. n. 44/1998)	Denominazione della sottosezione investita (per la quale si applica l'art. 1, comma 1, lett. a) del D.Lgs. n. 44/1998)	Denominazione della sottosezione investita (per la quale si applica l'art. 1, comma 1, lett. a) del D.Lgs. n. 44/1998)	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente unico/responsabile della trasmissione dati	Dirigente ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della previsione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Organizzazione	Titoliari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14 c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, punto 1, n. 441/1982	Art. 14 c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, punto 1, 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 parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (Né dando eventualmente evidenza del mancato consenso))	Annuale	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
				Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente ASGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DG, 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 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'adizione del Sez. AT 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.	
				Curriculum vitae	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente ASGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DG, 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 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'adizione del Sez. AT 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.	
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente ASGRU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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'adizione del Sez. AT 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)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente ASGRU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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'adizione del Sez. AT 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 all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente ASGRU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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'adizione del Sez. AT 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 eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente ASGRU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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'adizione del Sez. AT 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.	
				Titoliari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente ASGRU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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'adizione del Sez. AT 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.	
				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 «sui mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (Né dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Dirigente ASGRU	Responsabile U.O. URP	Entro 3 mesi dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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'adizione del Sez. AT 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, del D.Lgs. n. 44/1982, come modificato dall'art. 1, 183/2020.
				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 (Né dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) (Né è necessario limitare, con appositi accorgimenti, la pubblicazione della dichiarazione, la cui pubblicazione è prevista dalla legge)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente ASGRU	Responsabile U.O. URP	Entro 3 mesi dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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'adizione del Sez. AT 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, del D.Lgs. n. 44/1982, come modificato dall'art. 1, 183/2020.
Organizzazione	Titoliari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14 c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, punto 1, n. 441/1982	Art. 14 c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, punto 1, n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per l'assunzione dell'incarico, con l'apposizione della formula «sui 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 (Né dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente ASGRU	Responsabile U.O. URP	Entro 3 mesi dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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'adizione del Sez. AT 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, del D.Lgs. n. 44/1982, come modificato dall'art. 1, 183/2020.
				Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Annuale	Dirigente ASGRU	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, 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'adizione del Sez. AT 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.	
				Curriculum vitae	Nessuno	Dirigente ASGRU ovvero, per i soli incarichi di DG/DA/DG, 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, 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'adizione del Sez. AT 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.	
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Dirigente ASGRU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e, p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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'adizione del Sez. AT 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 INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2016-2025 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)											
Denominazione sotto-sezione investita (cognome e dati)	Riferimento normativo	Denominazione e del singolo obbligo (cognome e dati)	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Direttore ufficio responsabile trasmissione dati	Diligente ufficio / struttura che collabora con il diligente responsabile trasmissione dati	Diligente 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	Montaggio RPCT	NOTE
	Art. 14 c. 1, lett. b), d) g.e. n. 33/2013	(documentazione da pubblicare sul sito web)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici Cessati dall'incarico	Nessuno	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU 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 ASGRU e.p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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 Ser. AT successo o overo entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 14 c. 1, lett. d), g.e. n. 33/2013			Nessuno	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU 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 cui fa riferimento l'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e.p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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 Ser. AT successo o overo entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 14 c. 1, lett. d), g.e. n. 33/2013	Atri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU 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 cui fa riferimento l'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e.p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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 Ser. AT successo o overo entro il termine per il supporto all'OV 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, lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, l. 183/2020, come modificato dal d.l. 183/2020.	
	Art. 14 c. 1, lett. f), g.e. n. 33/2013 Art. 2 c. 1, punto 3, 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 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: dirido eventualmente esentare i coniugi e i parenti entro il secondo grado, se necessario indicare, con appositi accorgimenti, la cura dell'onere)] 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di esenzavvalsi	Nessuno	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU 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 cui fa riferimento l'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e.p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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 Ser. AT successo o overo entro il termine per il supporto all'OV 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, lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, l. 183/2020, come modificato dal d.l. 183/2020.	
	Art. 14 c. 1, lett. f), g.e. 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 esenzavvalsi 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: direndo separatamente per il coniuge e i parenti entro il secondo grado, se necessario indicare, con appositi accorgimenti, la cura dell'onere)] 5) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di esenzavvalsi 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 supera i 5.000 €)	Nessuno	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU 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 cui fa riferimento l'art. 41, c. 2, d. lgs. 33/2013	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e.p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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 Ser. AT successo o overo entro il termine per il supporto all'OV 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, lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, l. 183/2020, come modificato dal d.l. 183/2020.	
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 14 c. 1, lett. f), g.e. n. 33/2013 Art. 2 c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici di amministrazione di direzione o di governo	Procedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici di amministrazione di direzione o di governo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla conoscenza irraggiungibile della sanzione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e.p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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 Ser. AT successo o overo entro il termine per il supporto all'OV 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, lgs. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, l. 183/2020, come modificato dal d.l. 183/2020.
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28 c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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	Atti e relazioni degli organi di controllo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Antecondizione degli uffici	Art. 13 c. 1, lett. b), d) g.e. n. 33/2013	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello di gerarchia non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e.p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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 Ser. AT successo o overo entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Antecondizione degli uffici	Art. 13 c. 1, lett. c), d), g.e. n. 33/2013	Illustrazione in forma semplificata, all' fine della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e.p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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 Ser. AT successo o overo entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Telefono e posta elettronica	Art. 13 c. 1, lett. d), g.e. n. 33/2013	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	Per ciascun titolare di incarico:	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOASSI		Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico e, dell'avvio delle attività conferite ovvero prima della liquidazione dei compensi erogati.	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI alla Microstruttura proponente e, p.c., 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 OV 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 Ser. AT successo o overo entro il termine per il supporto all'OV 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	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione e 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		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico e, dell'avvio delle attività conferite ovvero prima della liquidazione dei compensi erogati.	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI alla Microstruttura proponente e, p.c., 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 OV 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 Ser. AT successo o overo entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 15 c. 1, lett. b), d) g.e. n. 33/2013	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Direttore UOASSI	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico e, dell'avvio delle attività conferite ovvero prima della liquidazione dei compensi erogati.	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UOASSI alla Microstruttura proponente e, p.c., 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 OV 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 Ser. AT successo o overo entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deinterazione del Direttore Generale N.ro 0000176/2026

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0000222-2026 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA. 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - (aggiornato al PNA 2022)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Allegato n.ro 3) alla Proposta N.ro 0000222/2026 - SOGGETTO A PUBBLICAZIONE

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2028 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2: ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PNA 2022)											
Denominazione sotto-sezione livello (Paragrafo di dettaglio)	Referimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Direttore affidato responsabilità (sezione Anticorruzione e Trasparenza)	Diligente ufficio/ struttura che collabora con il diligente responsabile (sezione Anticorruzione e Trasparenza)	Diligente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) al fine del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilit� dell'incarico	Art. 20, c. 3, d. lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilit� dell'incarico	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU o altro incaricato in base a delega della Direzione Generale	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale o altro incaricato in base a delega della Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP alla p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 20, c. 3, d. lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilit� al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU o altro incaricato in base a delega della Direzione Generale	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale o altro incaricato in base a delega della Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP alla p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d. lgs. n. 39/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU 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	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d. lgs. n. 39/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� 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. 39/2013		Curriculum vitae, redatto in conformit� al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� 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. 39/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla validazione del risultato)	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� 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. 39/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati (con fondi pubblici)	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d. lgs. n. 39/2013		Dati relativi all'affasione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� 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. 39/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazioni dei compensi spettanti	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d. lgs. n. 39/2013		1) dichiarazione concernente di diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarit� di imprese, azioni di societ�, quote di partecipazione a societ�, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di societ�, di cui all'art. 2382 del								Sospensione delle sanzioni di cui all'art. 46-47, l. n. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, 162/2019, come modificato da d. l. 183/2020.
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d. lgs. n. 39/2013		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi (oggetti all'importo sui redditi delle persone fisiche [per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi siano interessati] e dei redditi eventuale del coniuge non separato e dei redditi dei parenti entro il secondo grado, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, sulla base delle pubblicazioni dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o del conferimento dell'incarico	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui all'art. 46-47, l. n. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, 162/2019, come modificato da d. l. 183/2020.
	Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d. lgs. n. 39/2013		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 (NR: dando atto della mancata evidenza del mancato consenso)]	Annuale (art. 20, c. 2, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Sospensione delle sanzioni di cui all'art. 46-47, l. n. 33/2013, nelle more dell'approvazione del regolamento di cui all'art. 1, c. 7, terzo periodo, 162/2019, come modificato da d. l. 183/2020.
	Art. 20, c. 3, d. lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilit� dell'incarico	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP alla p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 20, c. 3, d. lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilit� al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP alla p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d. lgs. n. 39/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU 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	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d. lgs. n. 39/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� 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. 39/2013		Curriculum vitae, redatto in conformit� al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� 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. 39/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla validazione del risultato)	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� 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. 39/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati (con fondi pubblici)	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d. lgs. n. 39/2013		Dati relativi all'affasione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 6, d. lgs. n. 39/2013)	Direttore ASGRU	Diligente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina (conferimento incarico)	Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dell'U.O. URP ad ASGRU e p.p.c. - AI/RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU, 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 attivit� di attestazione OV 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 Sec. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attivit� di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000176/2026

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2029 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)

Denominazione dell'ente sottosezione 2 (seconda sezione - dati)	Riferimento normativo	Denominazione dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente unico/responsabile trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della previsione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e al MONTORAGGIO	Montoraggio RPCT	NOTE
Sezione personale										
Sezione personale		Amministrare complessivamente degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione PTP	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Ruolo dei dirigenti	Annuale	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU competente per materia / U.O. Trattamento giuridico ed economico del personale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione PTP	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Curriculum vitae	Nessuno	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Compensi di qualsiasi natura concessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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 ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazioni dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o della carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione dei redditi; 3) copia della dichiarazione dei redditi presentata 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 ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Segregazione delle sezioni 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. lgs. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
Sezioni per mandato o incompleta comunicazione dei dati	Art. 14, c. 1, lett. f), d. lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Sanzioni per mandato o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Nessuno	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Segregazione delle sezioni 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. lgs. 162/2019, come modificato dal d. l. 183/2020.
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1, lett. quinquies, d. lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Tempestivo (ex art. 8, d. lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 16, c. 1, d. lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Annuale (art. 16, c. 1, d. lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Dotazione organica	Art. 16, c. 2, d. lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Annuale (art. 16, c. 2, d. lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGRU	Dirigente ASGRU 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 ASGRU e p.c.: all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRU 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2029 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività e organizzazione)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente unico/responsabile e proponente l'atto di trasmissione dati	Dirigente ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della previsione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Personale non a indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale con 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 AGRIU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla rilevazione (collegato al conto annuale)	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRIU e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRIU, 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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 all'ufficio di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRIU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla rilevazione trimestrale	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRIU e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRIU, 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza del personale (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 AGRIU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla rilevazione trimestrale	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRIU e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRIU, 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRIU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla Macrostruttura competente, 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed interpretazioni autentiche	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRIU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento C.C.N.L.	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRIU e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRIU, 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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	Contratti integrativi	Contesti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, ufficio centrale di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRIU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento C.C.D.	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRIU e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRIU, 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 21, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	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 AGRIU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla certificazione Collegio Sindacale	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRIU e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRIU, 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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	Nominativi		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordiatore 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordiatore 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Par. 14.2, dello CVMT n. 12/2013	Compensi		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordiatore 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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	Bandi di concorso	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché 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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRIU	Dirigente AGRIU competente per materia / U.O. Concorsi e mobilità	Entro 30 giorni dall'approvazione dell'incarico	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRIU e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRIU, 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Par. 1, dello CVMT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordiatore 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordiatore STP	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 OV 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. 20, c. 1, d.lgs. n. 145/2009	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance i tanati	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRIU	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRIU e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT AGRIU, 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2016-2025 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)												
Denominazione sotto-sezione Istituti (Indirizzo e città)	Denominazione dell'obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Oggetto (Dirigente ufficio responsabile trasmissione dati)	Dirigente ufficio collabora con il dirigente responsabile / 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	Montaggio RPCT	NOTE		
Sezione Premi	Dati relativi ai premi	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente ASGIU	Dirigente ASGIU competente per materia (U.O. Entrenamento 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 AGRIU e.p.c., all'RPTCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STPIOIV, 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.			
				Coordinatore STP	Direttore COG	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRIU e.p.c., all'RPTCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT STPIOIV, 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.			
				Dirigente ASGIU	Direttore IOASSI	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla liquidazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRIU e.p.c., all'RPTCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGIU, 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.			
	Per ciascuno degli enti:		Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente ASGIU	Direttore IOASSI	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla liquidazione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad AGRIU e.p.c., all'RPTCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGIU, 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.		
					Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istruiti, vigilati e finanziati dal Comune di Bari, in cui sono presenti amministratori delegati, con 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'RPTCT; 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.
	Sezione Impegno	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'RPTCT; 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV 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'RPTCT; 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.		
4) opere complessive a qualsiasi titolo gravanti per l'anno sul bilancio dell'amministrazione			Annuale (art. 22, c. 1, d. lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale	Direttore ASGF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'addebiellamento del bilancio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP al Dirigente richiedente e p.c.; all'RPTCT; 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV 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 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'RPTCT; 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.			
Enti pubblici vigili		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d. lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGF		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'RPTCT; 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.			
Enti pubblici vigili		7) incarichi di amministrazione dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d. lgs. n. 33/2013)	Dirigente in staff alla Direzione Generale	Direttore ASGF	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'RPTCT; 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.			
Enti pubblici vigili		Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico (art. 23, d.lgs. n. 33/2013)	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'RPTCT; 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.			
Enti pubblici vigili		Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (art. 23, d.lgs. n. 33/2013)	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'RPTCT; 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 CIV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'ONV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.			

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000176/2026

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000176/2026

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASL BA 2026-2029 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)

Denominazione sotto-sezione 1 (vedi allegato 2 al bando di gara)	Denominazione sotto-sezione 2 (vedi allegato 2 al bando di gara)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente unico responsabile dell'attività / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della previsione della corruzione e della trasparenza (RPCT) in data del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Rappresentazione grafica	Rappresentazione grafica	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenzino i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore CDG e 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 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 Sez. AT 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.	
Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento: 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili 2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria 3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale 4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale 5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative al procedimento in corso che il figurato 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 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 in senso dell'amministrazione 8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge, per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere impugnato o annullato, con l'indicazione del termine per il ricorso o per il provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attuarli 9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attuazione 10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con l'indicazione del codice identificativo del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Teorora, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli adempimenti di pagamento mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento 11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con l'indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale Per i procedimenti ad istanza di parte 1) Atti e documenti da allegare all'istanza e modalità necessaria, compresi i riferimenti alle norme per le autenticazioni	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore CDG e 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 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 Sez. AT 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 INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2025-2026 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività di gestione degli uffici di pubblica amministrazione)	Riferimento normativo	Denominazione dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile e competente per la trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della previsione della corruzione e della trasparenza (RPT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPTCT	NOTE
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 23, l. 150/2012	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente/Responsabili e competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla RPTCT della Macrostruttura richiedente, circa la pubblicazione effettuata in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Temporaneo (ex art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente/Responsabili e competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla RPTCT della Macrostruttura richiedente, circa la pubblicazione effettuata in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Provvedimenti di organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, c. 16 della l. n. 150/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente/Responsabili e competente per l'adozione		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla RPTCT della Macrostruttura richiedente, circa la pubblicazione effettuata in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Provvedimenti di organi amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, c. 16 della l. n. 150/2012	Provvedimenti (organi amministrativi)	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente/Responsabili e competente per l'adozione		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla RPTCT della Macrostruttura richiedente, circa la pubblicazione effettuata in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 1, c. 32, l. n. 150/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, c. 16 della l. n. 150/2012	Urt. 1, co. 32 della l. 150/2012 è stato abrogato dall'art. 28 del D. lgs. n. 119/2012, con il quale è stato approvato il nuovo codice, l'obbligo di pubblicazione dei relativi dati è assolto.	Temporaneo	Dirigente/Responsabili e competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni da adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla RPTCT della Macrostruttura richiedente, circa la pubblicazione effettuata in corso d'anno (scadenza termine invio relazione: 31 ottobre di ciascun anno) ovvero termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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; Art. 21, c. 7, e 25 c.1, D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Art. relativo alla programmazione di lavori pubblici, servizi e forniture	Temporaneo	Dirigente/Responsabili e competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni da adozione	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
ATI relative alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concessioni, compresi quelli in enti nell'ambito dell'offerta pubblica di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016 (art. 5 del d.lgs. n. 50/2016)	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Art. 21, c. 7, e 25 c.1, D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Art. relativo alla programmazione di lavori pubblici, servizi e forniture	Temporaneo	Dirigente/Responsabili e competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni da adozione	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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. 20, n. 36/2013 DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Temporaneo	Dirigente/Responsabili e competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 gg	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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. 20, n. 36/2013	Avvisi di prestazione	Temporaneo	Dirigente/Responsabili e competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 gg da adozione	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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. 20, n. 36/2013	Delibera a contrarre	Temporaneo	Dirigente/Responsabili e competente per materia		Responsabile U.O. URP	Entro 30 gg da adozione	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2029 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente unico 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) al fine del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Tipologie di dati)	Art. 37, c. 1, lett. b) 4. lgs. n. 33/2013 e art. 20, c. 1, d. lgs. n. 36/2023, d. m. MT 7.12.2016	Avvisi e bandi	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGGIA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettera a) e b) SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGGIA Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara e avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) SETTORI SPECIAI Bando per il concorso di idee (art. 156) Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1) Avvisi di preinformazione per la pubblicazione di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Avviso di preinformazione per la pubblicazione di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenimento di un contratto di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1) Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove la S.A. vi ricorre, quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione delle procedure di affidamento non consente di rispettare i termini di pubblicazione previsti dal PNRR e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Temporaneo	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Entro 30 giorni da adozione	Entro il termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.		
			Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Temporaneo	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Entro 30 giorni da adozione provvedimento di nomina	Entro il termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.		
			SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGGIA Avviso di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b) c) c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determinata a contrarre ex art.32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGGIA Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) SETTORI SPECIAI Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)	Temporaneo	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Entro 30 giorni da approvazione provvedimento di affidamento	Entro il termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.		
			Verbalità delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e s.m.m.i. in materia di dati personali).	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Entro 30 giorni da approvazione provvedimento di affidamento	Entro il termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.		
Denominazione sotto-sezione livello 2 (Tipologie di dati)	Art. 47, c.2,3, 9, 33/2013 e art. 20, c. 1, d. lgs. n. 36/2023	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nei programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Copia dell'intero rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici (invii, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 196/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti) art. 47, c. 2, d. l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Entro 30 gg	Entro il termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Entro il termine per l'adozione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
			Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Temporaneo	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Direttore AGP/Direttore ACG/Direttore Microstruttura delegata	Entro 30 giorni da stipula	Entro il termine previsto annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.		

Denominazione del Direttore Generale N.ro 0000176/2026

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2016-2025 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)										
Denominazione sotto-sezione Investimenti (c.d.g. n. 2 del 2019)	Denominazione dell'obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo /Dirigente ufficio responsabile trasmissione dati	Diligente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile per la 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
	Collegi consultivi tecnici	Composizione dei CCT, cartucce e compenso dei componenti.	Tempestivo	Dirigente AGP/Direttore Macrostruttura delegata		Dirigente AGP/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 gg	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d. l. 77/2021)	Tempestivo	AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata		AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 gg	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nell'PNAC	Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge n. 190 del 2012, concernente la valutazione delle iniziative adottate dalla S.A. di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel l'elenco antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A., entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata		Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 gg	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Fase esecutiva	Fatti salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativa: - richieste e suggestive; - proroghe; - rinnovi; - quinto d'obbligo; - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, dopo la scadenza del termine di validità del contratto); - subappalto del contratto di subappalto; - Certificato di collaudi o regolare esecuzione; - Accordi bonari e transazioni; - Atti di nomina del direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di Collaudo	Tempestivo	Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata		Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da stipula	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Riscontri della gestione finanziaria	Resconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti conclusi nell'anno precedente.	Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata		Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata	31 gennaio di ciascun anno	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Concessioni e patrimonato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono soggetti al presente regolamento, salvo quanto previsto in quattro compatibili , ai sensi degli artt. 28, 364, 175 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: - Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia all'art. 175 del D.Lgs. n. 50/2016), bando di gara per appalti pubblici, relative, alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) - Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) - Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) - Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) - Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187)	Tempestivo	Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata		Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da stipula	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture, senza urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità di scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 183, c. 10)	Tempestivo	Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata		Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da adesione	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house e in formato open data di pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata		Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata	Entro 30 giorni da adesione	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Elezze ufficiali di operatori economici finanziari e certificazioni	Obligo previsto per i soli enti gestiscono gli stretch e per gli organismi di certificazione Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, del d.lgs. n. 50/2016) per i quali è previsto il possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, del d.lgs. n. 50/2016)	Tempestivo	Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata		Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata	31 gennaio di ciascun anno	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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 del d.lgs. 33/2013 le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) concesse alla titolarità di qualsiasi qualifica (ISA) concessa alla titolarità della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, tutelato dall'art. 32 Cost.
	Progetti di investimento pubblico	Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata		Dirigente AGP/Direttore AGP/Direttore Macrostruttura delegata	31 gennaio di ciascun anno	Entro i termini previsti annualmente da ANAC per le attività di attestazione OV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	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 altri benefici economici, qualunque ne sia la natura (pubblica o privata)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente Amministrativo DAT/Dirigente competente per materia	Director DSS	Dirigente Amministrativo DAMI	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	11 Comunicazione di consegna dell'avvenuta pubblicazione dell'O.U. URP e Delibera del DAT/BA/ANAC Macrostruttura RPCT 23 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 OV 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 Ser. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Dei

Interazione del Direttore Generale N.ro 0000176/2026

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2029 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)											
Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente unico responsabile (competente per trasmissione dati)	Dirigente ufficio / struttura che collabora con i dirigenti responsabili / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della previsione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunità di vantaggio economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro		Temporaneo (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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	Con delibera ANAC n. 463/2021, l'Autorità si avvale delle attività di monitoraggio delle pubblicazioni degli art. 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		Temporaneo (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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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		Temporaneo (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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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		Temporaneo (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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	4) ufficio funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo		Temporaneo (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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario		Temporaneo (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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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/selezione		Temporaneo (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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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		Temporaneo (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	Bilancio preventivo	Bilancio preventivo	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori AGRF		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 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 29, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 26 aprile 2011	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione, con i relativi prospetti di spesa semplificati, anche con i ricorsi a rappresentazioni grafiche		Temporaneo (art. 26, c. 3, 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Bilancio	Art. 29, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Bilancio consuntivo	Bilancio consuntivo	Temporaneo (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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Art. 29, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore AGRF	Direttore AGRF	Responsabile U.O. URP	Entro 30 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore CDS	Direttore CDS	Responsabile U.O. URP	Entro 30 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integrative di bilancio)

Denominazione sotto-sezione 2 (attività integr

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000176/2026

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2026-2029 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)

Denominazione sotto-sezione investimenti (per codice attività)	Riferimento normativo	Denominazione dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente unico responsabile (per codice attività e trasmissione dati)	Dirigente ufficio collabora con il dirigente responsabile (per codice attività e trasmissione dati)	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della previsione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ai fini del monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Denominazione sotto-sezione investimenti (per codice attività)	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di 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 ASGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla scadenza del trimestre	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRF e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRF, 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		Indicatore dei tempi medi di pagamento obblighi agli ospedali di beni, servizi, prestazioni professionali e fornitore (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d. lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGRF		Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRF e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRF, 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d. lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla scadenza del trimestre	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRF e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRF, 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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 ASGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla scadenza del bilancio di esercizio	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRF e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRF, 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Opere pubbliche	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in "tesoreria", tramite il sistema informatico di cui è dotata l'Ente, sono indicati in modo chiaro e leggibile, nonché i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore ASGRF		Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRF e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRF, 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Nuclei di valutazione degli investimenti pubblici	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specificati 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. 33, c. 1, d. lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP ad ASGRF e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRF, 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 OV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	n.a.	
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). Atto esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - Documento pluriennale di pianificazione a sensi dell'art. 2, d. lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art. 33, 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 ASGRF e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRF, 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	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 ASGRF e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRF, 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Pianificazione e governo del territorio	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (da pubblicare in tabella, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	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 ASGRF e p.c., all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT ASGRF, 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
		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.	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a 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 OV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	n.a.	
		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 con cui è stata approvata l'area sottoposta a intervento, nonché l'istituzione di una iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale. Vigente che comportino premi alla edificazione 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.	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a 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 OV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	n.a.	
		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	Direttri (SSP)/PEPAI/SAIV/SAIV	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
Informazioni ambientali	Informazioni ambientali	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli idrotopi, 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	Direttri (SSP)/PEPAI/SAIV/SAIV	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Stato dell'ambiente	2) Fattori quali le sostanze, l'inquinamento, le radiazioni (danni, 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	Direttri (SSP)/PEPAI/SAIV/SAIV	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Fattori inquinanti	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura tecnica, che ha o può avere effetti sull'ambiente, o che ha o può avere effetti sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi dei benefici ed altre analisi ed ipotesi (economie usate nell'ambito delle stesse)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttri (SSP)/PEPAI/SAIV/SAIV	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
	Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttri (SSP)/PEPAI/SAIV/SAIV	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a 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 OV 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'adizione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2025-2026 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PMA 2022)

	Denominazione sotto-sezione 1 (attività di prevenzione della corruzione e trasparenza)	Denominazione sotto-sezione 2 (attività di prevenzione della corruzione e trasparenza)	Denominazione sotto-sezione 3 (attività di prevenzione della corruzione e trasparenza)	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente unico/responsabile per la trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) in data di monitoraggio	Monitoraggio RPCT	NOTE
Strutture sanitarie private accreditate	Art. 41, c. 4, d. lgs. n. 30/2013	Denominazione dell'obbligo	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'ambito delle stesse	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttri SSP/PESA/SAV/SAN	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttri SSP/PESA/SAV/SAN	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la caratterizzazione della qualità alimentare, le condizioni dell'ambiente, il livello di qualità degli edifici e l'interesse culturale, per quanto influenziabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Direttri SSP/PESA/SAV/SAN	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Relazione sullo stato dell'ambiente e della salute del territorio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
				Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d. lgs. n. 33/2013)	DSM/Direttore Area Socio Sanitaria/Direttore Dipartimento Dipendenze Psichiatriche/Responsabile Area Sociale	Direttore IOASSI	Direttore IOASSI	Annuale	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione da IUOASSI 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV 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	Denominazione dell'obbligo	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d. lgs. n. 33/2013)	DSM/Direttore Area Socio Sanitaria/Direttore Dipartimento Dipendenze Psichiatriche/Responsabile Area Sociale	Direttore IOASSI	Direttore IOASSI	Entro 30 giorni dall'accordo	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a RPCT 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa del nome di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente/Responsabile e propone il provvedimento	Responsabile U.O. URP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a RPCT 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Temini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente/Responsabile e propone il provvedimento	Responsabile U.O. URP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a RPCT 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigente/Responsabile e propone il provvedimento	Responsabile U.O. URP	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a RPCT 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 OV 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 Sez. AT successivo ovvero entro il termine per il supporto all'OV per le attività di attestazione rispetto obblighi di pubblicazione, ex art. 14, d. lgs. 150/2009.	
				Sez. Anticorruzione e Trasparenza del PAIO e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate al sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 130 del 2012, (RDLG 231).	Annuale	RPCT	RPCT	Responsabile U.O. URP	31 gennaio di ciascun anno	n.a.	31 gennaio di ciascun anno	
Atti contenuti	Art. 1, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Denominazione dell'obbligo	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Temporaneo	RPCT	RPCT	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla nomina/accertamento incarico	n.a.	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico	
				Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (redazione adottati)	Temporaneo	RPCT	RPCT	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	n.a.	Entro 30 giorni dall'adozione	
				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. 39/2012)	RPCT	RPCT	Responsabile U.O. URP	Entro 31 gennaio di ciascun anno	n.a.	Entro 31 gennaio di ciascun anno	
				Provvedimenti adottati dall'ANAC, ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di legalità e controllo nell'attuazione	Temporaneo	RPCT (per atti ANAC); Macrostruttura competente per materia (per eventuali atti di adeguamento)	RPCT (per atti ANAC); Macrostruttura competente per materia (per eventuali atti di adeguamento)	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP a RPCT 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 OV circa corretto adempimento obblighi pubblicazione ex art. 14, d. lgs. 150/2009 (solo ove la sottosezione sia oggetto di attestazione).	Entro 30 giorni dall'adozione del Sez. AT successivo ovvero entro il termine di adozione del Sez. AT relativo all'anno successivo	
				Atti di accertamento delle violazioni (dele disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Temporaneo	Dirigente ASRU incarichi di OG/PA/OS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Dirigente ASRU incarichi di OG/PA/OS, dirigente in staff alla Direzione Generale	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'accertamento	n.a.	Entro 30 giorni dall'accertamento	
	Art. 5, c. 1, d. lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, L. 24/2010	Accesso civico	Accesso civico	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché 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, attivabili nei casi di inattività o in ritardo nella risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Temporaneo	RPCT	RPCT	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	n.a.	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ASI BA 2025-2026 - Sezione Anticorruzione e Trasparenza - TABELLA 2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE * (aggiornato al PNA 2022)										
Denominazione sotto-sezione 1 (attività e contenuti)	Denominazione sotto-sezione 2 (attività e contenuti)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Organo/Dirigente ufficio responsabile (attività e contenuti) / trasmissione dati	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile (attività e contenuti) / 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	NOTE
Contenuti	Accesso civico	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Dirigente/Responsabili e competenti per materia	RPCT	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dall'aggiornamento	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'U.O. URP alla 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 Sez. AT 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 1309/2016	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta, periodo del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RPCT	Responsabile U.O. URP	Entro 30 giorni dalla scadenza del semestre	n.a.	Entro 30 giorni dalla scadenza del semestre	
Contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e 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 http://b3.sistemi.agid.gov.it/catalogo-gestiti-da-aiid	Tempestivo	Dirigente/Responsabili e competenti per materia	Dirigente UO/ASIS e/o Responsabile competente per materia	Direttore UO/ASIS 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 Sez. AT 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.
		Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, tutti salvo i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Direttore UO/ASIS	Direttore UO/ASIS	Entro 30 giorni dall'adozione	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UO/ASIS all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT UO/ASIS/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 Sez. AT 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	Obiettivi di accessibilità	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 dell'elevatore" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 3 c. 2, D.L. n. 179/2012)	1) Direttore UO/ASIS; 2) Direttore AGRU	1) UO/ASIS; 2) U.O. URP	Entro 31 marzo di ciascun anno per obiettivi accessibilità; 2) Entro 30 giorni dall'aggiornamento per piano elevatore	1) Comunicazione di conferma dell'avvenuta pubblicazione dall'UO/ASIS/URP all'RPCT; 2) Relazione annuale del referente RPCT UO/ASIS/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 Sez. AT 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 ulteriori	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 dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013	---	Dirigente/Responsabili e competenti per materia	Direttore UO/ASIS 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 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 Sez. AT 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	Compendio vetture di servizio di proprietà, in locazione o a noleggio	Aggiornamento censimento vetture di servizio e pubblicazioni annuali (con ripartizione in proprietà/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 UOC, 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 Sez. AT 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.	
		Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di assistenza professionale degli esercenti le professioni sanitarie; applicazione Art. 4	Dati relativi a tutti i ricami e tutti i ricami in 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, 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 Sez. AT 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	Atuazione della delega per il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica	Report in forma tabellare delle sperimentazioni comprensive dei nominativi e di tutti i soggetti coinvolti nella conduzione di una sperimentazione oltre che tutte le informazioni relative alla sperimentazione, nonché i correlati finanziamenti e i programmi di spesa con i relativi contatti.	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 Sez. AT 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 dai d.lgs 97/2016 e opportuno rinviare pubblicati ai sensi dell'art. 15 del prelegato testo del d.lgs 33/2013)								

Deliberazione del Direttore Generale N.ro 0000176/2026

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

ONERI DI RISERVATEZZA:☐ CONTIENE dati personali da NON pubblicare☒ NON contiene dati personali**DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE**

PROPOSTA N.RO 20260000222 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20260000176 DEL 30/01/2026

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 e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – 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 30/01/2026 11:42
R.P.C.T.	Iorio Raffaele	 Firmato digitalmente il 30/01/2026 11:46
Direttore/Responsabile di Struttura	Bratta Pasquale	 Firmato digitalmente il 30/01/2026 11:50