



PIAO

Piano Integrato di Attività e Organizzazione triennio 2025-2027



Nella foto un'inquadratura dall'alto del Policlinico di Foggia e della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Il Direttore Generale f.f.
dott.ssa Elisabetta Esposito

Sommario

1	Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione.....	5
1.1	Le attività e i principali risultati raggiunti	6
1.1.1	Capacità di governo della domanda sanitaria, appropriatezza e qualità dell'assistenza.....	6
1.1.1.1	L'attività di ricovero.....	7
1.1.1.2	L'attività ambulatoriale	13
1.1.1.3	L'attività della rete emergenza-urgenza	14
1.1.1.4	Produzione delle Strutture Sanitarie	15
1.1.1.5	Adozione del Piano attuativo aziendale per il recupero delle liste d'attesa	17
1.1.2	Assistenza farmaceutica: monitoraggio della spesa per farmaci e dispositivi medici	17
1.1.2.1	Spesa farmaceutica	18
1.1.2.2	Spesa dispositivi medici.....	19
1.1.3	Aspetti economico-finanziari ed efficacia operativa.....	20
1.1.3.1	L'indice di tempestività dei pagamenti (ITP)	20
1.1.3.2	Edilizia sanitaria	20
1.1.3.3	Acquisto di tecnologie sanitarie e prodotti/servizi a valere sui finanziamenti PNRR, POR-POC Puglia, CIPE	21
1.1.4	Processi aziendali.....	22
1.1.4.1	Introduzione della cartella clinica elettronica (CCE).....	22
2	Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	24
2.1	Valore pubblico	24
2.2	Performance.....	26
2.2.1	Gli obiettivi dell'Azienda	26
2.2.2	La programmazione annuale e il ciclo di gestione della performance	34
2.2.3	Dalla performance organizzativa alla performance individuale.....	36
2.2.4	Performance e programmazione di bilancio.....	36
2.3	Rischi Corruttivi e Trasparenza	36
2.3.1	Processo di elaborazione.....	37
2.3.2	Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione	38
2.3.3	Obiettivi strategici anticorruzione.....	43
2.3.4	Valutazione d'impatto del contesto esterno	43
2.3.5	Valutazione d'impatto del contesto interno	49
2.3.6	Mappatura dei processi	49
2.3.7	Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi	51
2.3.8	Misure di prevenzione	53
2.3.9	Patto di integrità.....	54
2.3.10	Conflitto di interessi.....	55
2.3.11	Codice di Comportamento	56
2.3.12	Incompatibilità successiva	57
2.3.13	Segnalazione illeciti	58
2.3.14	Inconferibilità ed incompatibilità.....	59
2.3.15	Rotazione del Personale.....	60
2.3.16	Incarichi extra-istituzionali	61

2.3.17	Monitoraggio tempi procedurali.....	62
2.3.18	Formazione del Personale.....	62
2.3.19	Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante	63
2.3.20	Sponsorizzazioni.....	63
2.3.21	Attività conseguenti al decesso.....	63
2.3.22	Donazione e Comodati d'uso.....	64
2.3.23	Attività Libero Professionale – ALPI	64
2.3.24	Referente monitoraggio Opere Pubbliche.....	64
2.3.25	Gestore procedure antiriciclaggio	64
2.3.26	Flussi informatici periodici	65
2.3.27	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....	65
2.3.28	Monitoraggio e Riesame Periodico.....	65
2.3.29	Trasparenza Amministrativa	66
2.3.30	Coinvolgimento degli Stakeholders	68
2.3.31	Accesso Civico Semplice e Generalizzato	69
2.3.32	Allegati	70
3	Sezione 3: Organizzazione del capitale umano.....	71
3.1	Struttura organizzativa.....	71
3.2	Organizzazione del lavoro agile	76
3.2.1	Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile	76
3.2.2	Modalità attuative del lavoro agile durante la fase ordinaria	76
3.2.3	Soggetti, procedura e svolgimento della prestazione	77
3.2.4	Strumenti tecnologici in dotazione al dipendente	80
3.2.5	Percorsi formativi	80
3.2.6	Programma di sviluppo del lavoro agile	80
3.3	Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale.....	84
3.3.1	Formazione del personale	89
4	Sezione 4: Monitoraggio.....	93

Premessa

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta 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 (PIAO). Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- gli obiettivi e gli indicatori di performance di efficienza e di efficacia anche in relazione alla tempistica delle procedure;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- lo sviluppo di modelli innovativi di lavoro volti alla flessibilità logistica ed oraria tramite l'organizzazione delle attività attraverso obiettivi;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale;
- il potenziamento delle competenze tecniche e professionali tramite percorsi di istruzione e formazione.

Il PIAO ha, quindi, l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, in particolare:

- il Piano della Performance, poiché definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano della Formazione, nella misura in cui definiscono la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, poiché definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).

Per quanto riguarda le modalità redazionali del Piano si è fatto riferimento al Decreto Interministeriale (Ministero per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze) del 30 giugno 2022.

1 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

Ente Pubblico	Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia
Indirizzo Sede Legale	Viale Pinto n. 1, 71122 Foggia
Codice Fiscale e Partita IVA	02218910715
Telefono	0881731111
Pec	protocollo@pec.ospedaliriunitifoggia.it
Sito web	https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia

L'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Foggia nasce nel 1997 dallo scorporo dalla ASL territoriale e dalla fusione di tre stabilimenti: il "Colonnello D'Avanzo", la "Maternità" e gli "Ospedali Riuniti". Successivamente, nel 2003, a seguito dell'istituzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Foggia e in attuazione dell'art. 1 del D. Lgs. n. 517/99, che prevede "la collaborazione fra Servizio sanitario nazionale e Università, si realizza (omissis) attraverso le Aziende ospedaliero-universitarie, aventi autonoma personalità giuridica, le quali perseguono le finalità di cui al presente articolo" la stessa è stata identificata quale Azienda Ospedaliero-Universitaria, status giuridico che si è definito con il decorso del quadriennio di sperimentazione.

Essa rappresenta uno snodo importante per la sanità Pugliese essendo uno dei due policlinici universitari nel territorio regionale che il Piano di riordino ospedaliero regionale, approvato con la DGR n. 239 del 28 febbraio 2017, ha classificato come Ospedale di II livello dotato di un Dipartimento Emergenza in grado di erogare assistenza in fase acuta nelle discipline di particolare complessità assistenziale. Si tratta di una struttura di riferimento per l'intera provincia e per i foggiani, che la percepiscono come intrinsecamente appartenente alla città, della quale costituisce un elemento identitario e culturale importante.

Nel 2019 - con delibera di Giunta Regionale n. 674 del 9 aprile - è stato annesso il "Lastaria", Ospedale sito nella vicina città di Lucera, già appartenente alla ASL territoriale della provincia di Foggia e, pertanto, a partire dal 1° gennaio 2020 l'attività è svolta in tre stabilimenti ospedalieri.

A seguito dell'emanazione delle "Linee guida Hospitality per l'accoglienza nelle strutture sanitarie pugliesi" approvate dalla Regione Puglia con DGR n. 671/2019 dalla Regione Puglia, la dicitura "Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia" è stata sintetizzata in "**Policlinico Foggia**" ospedaliero-universitario. Nel prosieguo del documento verrà pertanto utilizzata la nuova denominazione sintetica Policlinico di Foggia, Policlinico o Azienda.

Essendo un'Azienda integrata con l'Università degli Studi di Foggia, il Policlinico Foggia interagisce costantemente con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo foggiano in modo coordinato ed inscindibile con l'attività di ricerca e di didattica che in essa si svolge per la formazione dei professionisti del futuro.

1.1 Le attività e i principali risultati raggiunti

Il Policlinico di Foggia, in quanto polo universitario, coniuga le finalità di assistenza sanitaria con gli obiettivi di didattica e di ricerca, che forniscono il presupposto per la crescita della professione medica, infermieristica e delle altre professioni sanitarie, in un contesto di evoluzione costante delle competenze clinico/sanitarie e di necessità di aggiornamento continuo.

L'Azienda organizza i servizi che eroga in modo da garantire ai cittadini, compatibilmente con le risorse disponibili, la fruizione di percorsi sempre più appropriati e tempestivi, in corrispondenza con i bisogni accertati, conformando la propria organizzazione al raggiungimento di tale obiettivo primario, e cercando di assicurare a tutti coloro che ne hanno diritto, in condizioni di equità, i livelli uniformi di assistenza previsti negli atti di programmazione, nel rispetto dei fondamentali principi di imparzialità, di continuità dell'assistenza, di diritto di scelta e di partecipazione, nonché delle esigenze della didattica e della innovazione (ricerca).

L'Azienda opera all'interno della rete regionale per patologia come HUB e si rapporta con i presidi ospedalieri spoke per garantire continuità assistenziale e qualità delle cure, adottando al proprio interno la filosofia dei percorsi diagnostici terapeutici definiti sulla base della Evidence Based Medicine.

Venendo ai risultati più significativi raggiunti nel corso del 2024, nei paragrafi sottostanti si rappresentano le macroaree d'intervento più significative nelle quali sono confluiti gli obiettivi generali definiti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il triennio 2024-2026 che sono:

- Capacità di governo della domanda sanitaria;
- Appropriatelyzza e qualità dell'assistenza;
- Assistenza farmaceutica;
- Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa;
- Processi aziendali.

1.1.1 Capacità di governo della domanda sanitaria, appropriatezza e qualità dell'assistenza

L'esame della produzione aziendale, come articolata nei paragrafi dall'1.1.1.1 all'1.1.1.3, i dati sul monitoraggio degli obiettivi specifici attribuiti alle strutture assistenziali (paragrafo 1.1.1.4), il piano di recupero delle liste d'attesa (paragrafo 1.1.1.5) e l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici (paragrafo 1.1.1.6) consentono di verificare l'andamento degli obiettivi strategici riportati nelle seguenti macroaree:

- Capacità di governo della domanda sanitaria;
- Appropriatelyzza e qualità dell'assistenza.

Premessa

Nei report seguenti è stato effettuato il confronto tra gli anni 2024 e 2023. I dati riferiti al 2023 sono consolidati mentre quelli relativi al 2024, estratti dal Sistema regionale Edotto il 14/01/2025, si consolidano al termine del I° trimestre 2025.

L'inizio dell'anno 2024 è stato caratterizzato dall'attivazione, nel Policlinico di Foggia, della Cartella Clinica Elettronica (CCE), già previsto dal PNRR quale percorso di digitalizzazione della sanità al fine di migliorare l'accesso alle informazioni del cittadino-paziente sul proprio stato di salute. La soluzione prevede la digitalizzazione dei percorsi ambulatoriali e di degenza delle Aziende sanitarie pugliesi in

un processo integrato con il Sistema Informativo Sanitario Regionale Edotto, con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e con tutti i sistemi informativi coinvolti. Il processo di integrazione del nuovo sistema informativo ha causato un rallentamento nella procedura di validazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) con conseguente impatto sul dato dei ricoveri. Infatti alla data di estrazione del flusso dei ricoveri registrati e validati sul sistema EDOTTO, risultano n. 1.320 SDO (circa 490 in più rispetto al 2023) non chiuse e/o non validate, considerando prudenzialmente solo quelle dal 1° luglio al 24 dicembre.

In sintesi il valore della produzione per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2024, considerando anche le SDO non ancora validate ed effettuando una valorizzazione prudenziale delle stesse (totale valore SDO validate di ogni singola struttura/totale dimessi*numero SDO non validate), fa registrare una leggera riduzione sia in termini di quantità (-2,34%) che di valore (-0,48%) (si veda report a pag. 16).

In particolare, se il dato delle SDO non ancora validate dovesse essere confermato, il valore della produzione derivante dai ricoveri (regime ordinario e day hospital) diminuisce di circa €790.351 rispetto all'anno 2023 mentre il valore delle prestazioni ambulatoriali, nonostante non ci sia stata la proroga del D.L. 25 maggio 2021, n. 73 e s.m.i. che prevedeva lo stanziamento di risorse aggiuntive per la riduzione delle liste d'attesa, si riduce solo di € 61.000 circa rispetto all'anno precedente.

1.1.1.1 L'attività di ricovero

Nel corso del 2024 il Policlinico ha erogato n. 29.510 ricoveri complessivi di cui il 91,27% in regime ordinario e il 8,73% in regime di ricovero diurno, facendo registrare una riduzione dell'attività complessiva di ricovero rispetto all'anno 2023 (-6,53% in termini quantitativi e -5,34% in termini di produzione) che, come evidenziato in premessa, è stata causata dall'introduzione della CCE che ha rallentato la procedura di chiusura e conseguente validazione delle SDO e sarà quasi del tutto recuperata.

Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri totali	
2024	2023	2024	2023	2024	2023
26.935	28.527	2.575	3.043	29.510	31.570

Variazioni assolute e % 2024 vs 2023					
Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri totali	
-1.592	-5,58%	-468	-15,38%	-2.060	-6,53%

Tabelle 1.1.1.1 a - N. dimissioni ricoveri

Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri totali	
2024	2023	2024	2023	2024	2023
109.175.707 €	115.414.546 €	4.050.366 €	4.202.435 €	113.226.073 €	119.616.981 €

Variazioni assolute e % 2024 vs 2023					
Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri totali	
- 6.238.839 €	-5,41%	- 152.069,00 €	-3,62%	- 6.390.908,00 €	-5,34%

Tabelle 1.1.1.1 b - Valore della produzione da attività di ricovero

Infatti risultano essere ancora presenti n. 1320 SDO non ancora validate di cui 1.145 SDO per ricoveri ordinari per un valore presunto di € 5.362.311 (totale valore SDO validate di ogni singola

struttura/totale dimessi*numero SDO non validate) e n. 175 SDO per ricoveri diurni per un valore presunto di €233.651 (medesima formula dei ricoveri ordinari), come da tabella seguente:

Reparto di dimissione	RICOVERI ORDINARI 2024		RICOVERI DIURNI 2024	
	N. SDO non validate	Valore SDO non validate	N. SDO non validate	Valore SDO non validate
Andrologia e chirur. ricostruttiva dei genitali esterni	3	10.469 €		
Anestesia e Rianimazione	18	217.265 €		
Cardiochirurgia univ.	3	63.081 €		
Cardiologia a dir univ	30	174.965 €	4	1.968 €
Cardiologia - Riabilitazione	7	27.761 €		
Centro Talassemia a dir. Osp			32	39.744 €
Chirurgia Generale a dir. Osp.	112	450.682 €	32	66.567 €
Chirurgia Generale a dir. Univ.	9	39.309 €	1	469 €
Chirurgia generale - multidisciplinare	10	49.513 €	38	46.411 €
Chirurgia Pediatrica a dir. Osp.	8	14.388 €	5	4.142 €
Chirurgia Plastica e Grandi Ustionati a dir Univ.	23	93.657 €		
Chirurgia Senologica a dir. Osp.	9	18.159 €		
Chirurgia Toracica a dir. Univ	87	579.917 €		
Chirurgia Vascolare	1	5.568 €		
Ematologia a dir. Osp.	6	60.551 €		
Epatologia	154	689.717 €		
Gastroenterologia	18	69.534 €		
Geriatrics e Medicina	9	34.293 €		
Lungodegenza	8	38.090 €		
Malattie Apparato Respiratorio Univers.	130	729.268 €		
Malattie Endocrine a dir. Univ.	6	20.931 €		
Malattie Infettive a dir. Univ.	9	43.013 €		
Medicina e Chirurgia d'urgenza	6	12.493 €		
Medicina Fisica e Riabilitativa a dir. Univ.	9	91.741 €		
Medicina Interna a dir. Osp.	7	38.079 €		
Medicina Interna e dell'Invecchiamento a dir. Univ.	27	129.675 €		
Medicina Lucera	10	34.383 €		
Nefrologia abilitata al trapianto di rene	13	55.898 €		
Nefrologia, Dialisi e Trapianti - Emodialisi	29	141.928 €		
Neonatologia	1	6.733 €		
Neurochirurgia a dir. Osp.	44	473.254 €		
Neurologia a dir. Univ.	27	85.366 €		
Neurologia a dir. Osp.	11	35.292 €		
Neuropsichiatria Infantile a dir. Osp.	4	7.790 €	1	281 €
Nido e Sten	1	846 €		
Ortopedia e Traumatologia a dir. Univ.	29	156.616 €		
Ortopedia e Traumatologia Urg. a dir. Osp.	26	115.353 €	15	20.823 €
Ostetricia e Ginecologia I a dir. Univ.	57	108.811 €	3	3.176 €
Ostetricia e Ginecologia II a dir. Univ.	72	131.493 €	7	4.230 €
Otorinolaringoiatria a dir. Univ.	48	120.886 €		
Pediatria a dir. Univ.	18	29.264 €	19	6.551 €
Pneumologia COVID	1	5.517 €		
Psichiatria a dir. Univ.	7	12.378 €		
Reumatologia a dir. Univ.	20	76.641 €	10	20.725 €
Terapia del Dolore e delle Attività Chirurgiche	13	44.129 €	8	18.562 €
Terapia Intensiva Cardiologica UTIC	2	10.183 €		
Urologia e centro Trapianti a dir. Univ.	3	12.026 €		
Totale	1.145	5.366.906	175	233.651

Tabella 1.1.1.1 c - SDO non validate ricoveri ordinari e diurni

Il numero rilevante delle SDO non ancora validate, n. 1.320 tra ricoveri ordinari e diurni con la relativa valorizzazione pari a € 5.600.557 fa registrare un quadro sostanzialmente sovrapponibile in termini di

appropriatezza ed efficienza paragonato con lo stesso periodo dell'anno precedente come si evince dalle tabelle seguenti.

Il peso medio delle SDO validate risulta essere sostanzialmente invariato per entrambe le tipologie di ricoveri come mostrato nelle seguenti tabelle.

Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri totali	
2024	2023	2024	2023	2024	2023
1,22	1,21	1,09	0,98	1,20	1,19

Variazioni assolute 2024 vs 2023		
Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni	Totale
0,01	0,11	0,01

Tabelle 1.1.1.1 d - Peso medio DRG

La degenza media si dimostra in leggero aumento di 0,19 giorni.

Giornate di Degenza		Degenza Media		Variazioni assolute 2024 vs 2023	
2024	2023	2024	2023	Giornate di degenza	Degenza Media
202.504	209.016	7,52	7,33	-6.512	0,19

Tabella 1.1.1.1 e - Degenza ordinaria

Il numero degli accessi diurni è in netta riduzione.

Accessi diurni		N. accessi medi per DH/DS		Variazioni assolute 2024 vs 2023	
2024	2023	2024	2023	Accessi diurni	N. accessi medi per DH/DS
3.959	5.483	1,54	1,80	-1.524	-0,26

Tabella 1.1.1.1 f - Degenza diurna

I DRG chirurgici totali espletati nel 2024 risultano essere in lieve diminuzione rispetto al 2023.

Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri Totali	
2024	2023	2024	2023	2024	2023
38,79%	39,93%	72,82%	64,64%	41,76%	42,31%

Tabella 1.1.1.1 g - Percentuale DRG chirurgici sul totale della produzione

Nel corso del 2024, nel blocco operatorio e nelle sale interventistiche, sono stati eseguiti complessivamente 23.328 interventi rispetto ai 22.693 del 2023. Nonostante il trasferimento di alcune sale operatorie presso il nuovo "quartiere operatorio" nei mesi di gennaio-febbraio 2024, il dato è in incremento di n. 545 interventi (+2,35%).

BLOCCO	STRUTTURE	INTERVENTI				TOTALE
		ORD.	AMB	PAC	DS	
LASTARIA	TERAPIA DEL DOLORE	184	560	0	0	744
	CHIRURGIA GENERALE OSP.	805	0	35	46	886
	CHIRURGIA GENERALE UNIV.	176	0	0	6	182
	ORTOPEDIA OSP.	187	0	7	0	194
	ORTOPEDIA UNIV.	212	0	0	0	212
	CHIRURGIA PLASTICA	227	0	44	0	271
	UROLOGIA	375	0	0	0	375
	CENTRO CURE INCONT. URO	28	0	0	0	28
	ANDROLOGIA	126	0	10	2	138
	TOTALE	2.320	560	96	54	3.030
BLOCCO	STRUTTURE	INTERVENTI				TOTALE
		ORD.	AMB	PAC	DS	
PLESSO CHIRURGICO	OTORINO	1.166	0	0	0	1.166
	ORTOPEDIA OSP.	642	0	0	0	642
	ORTOPEDIA UNIV.	641	0	0	0	641
	NEUROCHIRURGIA	636	0	0	0	636
	CH. GENERALE UNIV.	1.087	0	0	0	1.087
	CH. GENERALE OSP.	960	0	0	0	960
	CH. SENOLOGICA	481	0	0	0	481
	TOTALE	5.613	0	0	0	5.613
PLESSO MATERNITA'	OSTETRICA E GINECOLOGIA I	773	0	0	603	1.376
	OSTETRICA E GINECOLOGIA II	803	0	0	446	1.249
	PMA	0	0	0	194	194
	CHIRURGIA PEDIATRICA OSP.	421	0	0	0	421
	CHIRURGIA PEDIATRICA UNIV.	0	0	0	0	0
	CHIRURGIA PLASTICA	1.736	0	0	0	1.736
	OCULISTICA	1.832	0	2.703	0	4.535
	TOTALE	5.565	0	2.703	1.243	9.511
UROLOGIA	UROLOGIA	2.624	0	0	0	2.624
	TOTALE	2.624	0	0	0	2.624
CORPO H	CHIRURGIA TORACICA	430	0	0	0	430
	CHIRURGIA VASCOLARE	473	0	0	7	480
	CARDIOCHIRURGIA	20	0	0	0	20
	ACCESSI VASCOLARI	1.530	0	0	0	1.530
	TOTALE	2.453	0	0	7	2.460
TOTALE		18.575	560	2.799	1.304	23.238

Tabella 1.1.1.1 h - Interventi chirurgici

La percentuale dei DRG medici ed altro sul totale della produzione è in leggero aumento.

Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri Totali	
2024	2023	2024	2023	2024	2023
61,21%	60,07%	27,18%	35,36%	58,24%	57,69%

Tabella 1.1.1.1 i - Percentuale DRG medici e altro sul totale della produzione

Nonostante le numerose SDO non ancora validate, la percentuale di dimissioni con DRG inappropriati, rapportato al totale delle dimissioni, è sovrapponibile al dato assestato del 2023, con una netta riduzione sui ricoveri diurni, -3,93% ed un leggero incremento sui ricoveri ordinari, + 0,85%.

Anno Dimissione	N.° Dimissioni Totali	N. Dimissioni con DRG inappropriati	% Dimissioni con DRG inappropriati	Valore totale SDO	Valore SDO con DRG inappropriati	% Valore SDO con DRG inappropriati
2023	28.527	2.327	8,16%	115.414.546 €	2.640.123 €	2,29%
2024	26.935	2.425	9,00%	109.175.707 €	3.094.723 €	2,83%

Tabella 1.1.1.1 l - % DRG Inappropriati per ricoveri ordinari

Anno Dimissione	N.° Dimissioni Totali	N. Dimissioni con DRG inappropriati	% Dimissioni con DRG inappropriati	Valore totale SDO	Valore SDO con DRG inappropriati	% Valore SDO con DRG inappropriati
2023	3.043	993	32,63%	4.202.435 €	1.122.482 €	26,71%
2024	2.575	739	28,70%	4.050.366 €	754.195 €	18,62%

Tabella 1.1.1.1 m - % DRG Inappropriati per ricoveri diurni

Anno Dimissione	N.° Dimissioni Totali	N.° Dimissioni con DRG inappropriati	% Dimissioni con DRG inappropriati	Valore totale SDO	Valore SDO con DRG inappropriati	% Valore SDO con DRG inappropriati
2023	31.570	3.320	10,52%	119.616.981 €	3.762.605 €	3,15%
2024	29.510	3.164	10,72%	113.226.073 €	3.848.918 €	3,40%

Tabella 1.1.1.1 n- % DRG Inappropriati per ricoveri ordinari e diurni

Considerando la provenienza dei pazienti, è evidente come la produzione dei ricoveri, sia ordinari che diurni, sia stata rivolta soprattutto ai pazienti residenti nella Regione Puglia.

Limitatamente alla provenienza extraregionale dei pazienti, notiamo che la produzione, sia ordinaria che diurna, è rivolta maggiormente alle regioni limitrofe come Basilicata, Campania e Molise.

Regione provenienza	2024		2023	
	N. dimessi	Importo	N. dimessi	Importo
Piemonte	32	€ 149.383,60	33	€ 120.747,00
Lombardia	78	€ 293.493,20	81	€ 263.935,71
Provincia Autonoma di Bolzano	2	€ 2.462,00	1	€ 274,00
Provincia Autonoma di Trento	1	€ 3.744,00	2	€ 2.727,00
Veneto	3	€ 8.043,00	15	€ 37.606,95
Friuli Venezia Giulia	9	€ 36.007,00	10	€ 58.229,80
Liguria	7	€ 41.108,00	3	€ 5.561,00
Emilia Romagna	39	€ 175.879,00	56	€ 161.327,00
Toscana	9	€ 30.380,00	17	€ 68.249,00
Umbria	3	€ 13.182,00	4	€ 5.232,00
Marche	18	€ 58.906,00	21	€ 86.631,00
Lazio	55	€ 272.322,00	62	€ 249.328,30
Abruzzo	38	€ 169.627,00	39	€ 110.650,00
Molise	93	€ 354.301,65	110	€ 530.447,00
Campania	198	€ 944.136,20	274	€ 1.280.122,00
Basilicata	396	€ 1.796.226,90	473	€ 1.942.669,10
Calabria	31	€ 94.909,00	34	€ 157.682,96
Sicilia	26	€ 137.998,25	39	€ 178.982,00
Sardegna	1	€ 4.553,00	1	€ 560,00
Stato estero	418	€ 1.540.864,00	434	€ 1.510.275,00
Totale complessivo	1.457	6.127.526 €	1.709	6.771.237 €

Regione provenienza	2024		2023	
	N. dimessi	Importo	N. dimessi	Importo
Puglia	25.478	€ 103.048.181,63	26.818	€ 108.643.309,70

Tabelle 1.1.1.1 o - Ricoveri ordinari per provenienza regionale dei pazienti

Regione provenienza	2024		2023	
	N. dimessi	Importo	N. dimessi	Importo
Campania	19	€ 40.978,00	29	€ 39.869,00
Basilicata	27	€ 38.100,00	54	€ 41.242,00
Emilia Romagna	-	€ 0,00	4	€ 2.153,00
Molise	18	€ 32.229,00	20	€ 14.800,00
Abruzzo	5	€ 8.106,00	6	€ 6.978,00
Lombardia	5	€ 6.675,00	4	€ 6.581,00
Sicilia	1	€ 2.537,00	1	€ 324,00
Marche	1	€ 1.280,00	1	€ 2.134,00
Calabria	1	€ 2.537,00	2	€ 2.368,00
Lazio	3	€ 723,00	8	€ 11.248,00
Piemonte	1	€ 1.280,00	2	€ 453,00
Veneto	1	€ 1.280,00	2	€ 1.102,50
Toscana	1	€ 2.134,00	1	€ 215,00
Liguria	1	€ 2.537,00	-	- €
Sardegna	1	€ 1.280,00	-	- €
Stato estero	34	€ 35.197,00	36	46.012 €
Totale	119	176.873 €	170	175.480 €

Regione provenienza	2024		2023	
	N. dimessi	Importo	N. dimessi	Importo
Puglia	2.456	€ 3.873.493,00	2.873	€ 4.026.955,90

Tabelle 1.1.1.1 p - Ricoveri diurni per provenienza regionale dei pazienti

Nel 2024 la produzione dei ricoveri ordinari ha riguardato soprattutto pazienti di età superiore ai 75 anni confermando il trend del 2023. Si tratta di pazienti maggiormente esposti a patologie croniche ed a conseguenti rischi di complicanze.

I ricoveri diurni hanno interessato prevalentemente la fascia d'età compresa tra 45 e 64 anni in quanto tali pazienti si caratterizzano generalmente per condizioni cliniche migliori ed una più rapida responsività alle terapie in raffronto ai pazienti di età superiore ai 75 anni.

	2024		2023	
	N. Dimissioni	Importo	N. Dimissioni	Importo
Da 0 a 1 anno	2.470	€ 5.121.460,00	2.750	€ 5.792.150,00
Da 1 a 4 anni	457	€ 775.246,00	426	€ 703.941,00
Da 5 a 14 anni	690	€ 1.276.276,00	673	€ 1.277.349,00
Da 15 a 24 anni	1.070	€ 3.013.371,19	1.205	€ 3.140.590,60
Da 25 a 44 anni	4.324	€ 11.951.360,02	5.040	€ 13.907.617,84
Da 45 a 64 anni	5.927	€ 27.479.498,60	6.185	€ 29.350.145,42
Da 65 a 74 anni	4.600	€ 23.197.043,40	4.603	€ 22.966.999,46
Oltre i 75 anni	7.397	€ 36.361.451,72	7.645	€ 38.275.752,80
TOTALE	26.935	109.175.707 €	28.527	115.414.546 €

Tabella 1.1.1.1 q - Ricoveri ordinari per fascia d'età

	2024		2023	
	N. Dimissioni	Importo	N. Dimissioni	Importo
Da 0 a 1 anno	35	€ 8.347,00	34	€ 9.980,00
Da 1 a 4 anni	103	€ 71.155,00	120	€ 89.884,00
Da 5 a 14 anni	192	€ 143.445,00	383	€ 259.105,00
Da 15 a 24 anni	189	€ 267.468,00	332	€ 351.851,00
Da 25 a 44 anni	361	€ 572.218,00	433	€ 695.423,50
Da 45 a 64 anni	877	€ 1.560.306,00	884	€ 1.438.836,90
Da 65 a 74 anni	437	€ 774.827,00	469	€ 727.166,00
Oltre i 75 anni	381	€ 652.600,00	388	€ 630.189,00
TOTALE	2.575	4.050.366	3.043	4.202.435 €

Tabella 1.1.1.1 r - Ricoveri diurni per fascia d'età

Per quanto concerne l'attività specialistica per i pazienti interni, il dato non è più fruibile poiché il precedente sistema informatico è stato dismesso all'atto dell'attivazione di CCE. Ci si sta adoperando al fine di poter fruire dell'informazione tramite canali alternativi che al momento non sono ancora attivati.

1.1.1.2 L'attività ambulatoriale

Nonostante la mancata proroga per l'anno 2024 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, nonché dalle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 277, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 che prevedevano lo stanziamento di risorse aggiuntive per la riduzione delle liste d'attesa, nel 2024 l'attività specialistica per pazienti esterni registrata è pari solo al -0,11% del valore economico rispetto al 2023.

Nel 2024 il Policlinico ha erogato oltre 2.536.000 prestazioni ambulatoriali per un valore di €56.415.453. Esse riguardano la branca laboratoristica, la diagnostica per immagini e le altre branche al fine di garantire completezza ed esaustività dell'offerta per pazienti esterni.

Dipartimento	Quantità		Valore economico	
	2024	2023	2024	2023
Prestazioni di Diagnostica di Laboratorio	1.463.449	1.345.253	14.448.808 €	13.254.566 €
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	55.904	63.574	3.412.279 €	3.842.300 €
Altre prestazioni cliniche	1.017.167	977.335	38.554.366 €	39.379.892 €
Totale	2.536.520	2.386.162	56.415.453	56.476.758

Dipartimento	Variazioni assolute e % 2024 vs 2023			
	Quantità		Valore economico	
Prestazioni di Diagnostica di Laboratorio	118.196	8,79%	1.194.241,11 €	9,01%
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	-7.670	-12,06%	- 430.020,78 €	-11,19%
Altre prestazioni cliniche	39.832	4,08%	- 825.525,44 €	-2,10%
Totale	150.358	6,30%	- 61.305,11 €	-0,11%

Tabelle 1.1.1.2 a - Prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni

Meritano una menzione specifica i Day Service (PAC/PCA/PCB) che rappresentano circa il 36,50% del valore della produzione ambulatoriale. Il dato è il lieve riduzione rispetto all'anno 2023.

	2024	2023	Variazioni assolute e %	
Quantità	53.403	58.608	-5.205	-8,88%
Valore economico	20.592.427 €	21.246.589 €	- 654.162 €	-3,08%

Tabella 1.1.1.2 b - Day Service (PAC/PCA/PCB)

Sempre a riguardo dell'attività ambulatoriale merita particolare attenzione il riconoscimento dei requisiti da parte della Regione (DGR n. 279 del 10 giugno 2024) del Centro di Procreazione Medica Assistita, già autorizzata per attività di primo livello, che consentirà di erogare - unico centro in Puglia - tutto il ventaglio di tecniche di Procreazione Medica Assistita, fino a quelle di più alta tecnologia: Fivet, Icsi, aspirazione ed estrazione testicolare degli spermatozoi mediante agoaspirato, biopsia e prelievo microchirurgico testicolare in pazienti azoospermici.

Inoltre, la banca dei gameti, già presente e operante per la crioconservazione del liquido seminale, potrà effettuare anche il congelamento degli ovociti e del tessuto ovarico, dando la possibilità a uomini e donne di poter preservare la propria fertilità in tutte le condizioni di rischio e in particolare nei pazienti in cui sia stata fatta diagnosi di patologia oncologica.

1.1.1.3 L'attività della rete emergenza-urgenza

Il Policlinico di Foggia, in quanto sede del DEA di II livello, qualifica una parte rilevante della propria attività come emergenza-urgenza. Nel 2024 i ricoveri urgenti hanno rappresentato quasi il 54% dei ricoveri ordinari di cui il 45% provenienti da Pronto Soccorso.

	2024	2023
% ricoveri ordinari urgenti	53,70%	54,04%
% ricoveri ordinari medici urgenti e altro	65,29%	65,63%
% ricoveri ordinari chirurgici urgenti	35,43%	36,62%

Tabella n. 1.1.1.3 a - Percentuale di ricoveri ordinari urgenti

L'attività del Pronto Soccorso, comprendente sia quello di Foggia che di Lucera, nel 2024 ha evidenziato complessivamente un numero di accessi pari a 80.073 con un rialzo di circa il 0,92% rispetto al 2023.

		ANNO 2024	% sul totale accessi PS	ANNO 2023	% sul totale accessi PS
Pronto Soccorso OSPEDALI RIUNITI	Totale accessi	68.306		68.988	
	Rosso - Emergenza	7.346	10,75%	8.182	11,86%
	Arancione: Urgenza	17.828	26,10%	17.298	25,07%
	Azzurro: Urgenza differibile	24.463	35,81%	24.883	36,07%
	Verde: Urgenza minore	18.558	27,17%	18.491	26,80%
	Bianco: non urgente	95	0,14%	102	0,15%
	Nero: deceduto	7	0,01%	20	0,03%
	Non rilevato per accesso diretto	6	0,01%	3	0,00%
	Non specificato	3	0,00%	9	0,01%
	Accessi medi giornalieri	187,14		189,01	
	Tempo medio attesa codice rosso	0,16		0,16	
	Tempo medio attesa codice arancione	2,43		2,21	
	Tempo medio attesa codice azzurro	3,20		2,50	
	Tempo medio attesa codice verde	1,18		1,25	

Fonte: DI.SA.R - Direzionale del Sistema Informativo Regionale Edotto

		ANNO 2024	% sul totale accessi PS	ANNO 2023	% sul totale accessi PS
Pronto Soccorso LASTARIA	Totale accessi	11.767		10.352	
	Rosso - Emergenza	98	0,83%	171	1,65%
	Arancione: Urgenza	2.660	22,61%	2.997	28,95%
	Azzurro: Urgenza differibile	6.228	52,93%	4.818	46,54%
	Verde: Urgenza minore	2.729	23,19%	2.308	22,30%
	Bianco: non urgente	47	0,40%	50	0,48%
	Nero: deceduto	1	0,01%	1	0,01%
	Non rilevato per accesso diretto	0	0,00%	2	0,02%
	Non specificato	4	0,03%	5	0,05%
	Accessi medi giornalieri	32,24		28,36	
	Tempo medio attesa codice rosso	0,28		0,15	
	Tempo medio attesa codice arancione	0,22		0,28	
	Tempo medio attesa codice azzurro	0,23		0,31	
	Tempo medio attesa codice verde	0,24		0,32	

Fonte: DI.SA.R - Direzionale del Sistema Informativo Regionale Edotto

1.1.1.4 Produzione delle Strutture Sanitarie

Come già sottolineato in premessa, il dato del 2024 non è assestato e risente fortemente dell'introduzione del sistema digitale per la compilazione e validazione dei ricoveri (CCE).

Infatti la produzione convalidata registra una variazione assoluta di – € 6.452.214,00 pari a -3,66%.

Tuttavia, come evidenziato nel paragrafo 1.1.1.1, prendendo in esame le SDO non validate ed effettuando una valorizzazione prudenziale (totale valore SDO validate di ogni singola struttura/totale dimessi*numero SDO non validate), si ottiene un valore di € 5.600.557,00 che, sommato al valore consolidato, porta la produzione ad un totale di € **175.242.033** con una variazione assoluta di soli -€851.656,00 (– 0,48%) rispetto al 2023 (vedasi report pag. 16).

REPORT INDICI DI ATTIVITA' ANNO 2024 vs 2023

SDO ORDINARIE E DH NON CHIUSE E NON VALIDATE

Reparto Dimissione	ANNO 2024								ANNO 2023								SCOSTAMENTI								N. Sdo no valorizzate	Valore produzione presunta sdo no validate		
	Dimessi Ordinari	Valore Ordinario	Degenza Media	Peso medio DRG	Dimessi DH/DS	Valore DH/DS	N° Prestazioni ambulatoriali	Ricavi ambulatoriali	Dimessi Ordinari	Valore Ordinario	Degenza Media	Peso medio DRG	Dimessi DH/DS	Valore DH/DS	N° Prestazioni ambulatoriali	Ricavi ambulatoriali	Dimessi Ordinari	Valore Ordinario	Degenza Media	Peso medio DRG	Dimessi DH/DS	Valore DH/DS	N° Prestazioni Ambulatoriali	Ricavi Ambulatoriali			Variazione assoluta produzione complessiva	Variazione % produzione complessiva
Allergologia ed Immunologia Clinica univ.	0	-	0,00	0,00	0	-	13.455	336.261,70	0	-	0,00	0,00	0	-	14.353	278.714,64	0	-	0,00	0,00	0	-	898	57.547,06	57.547,06	20,65%	0	-
Anatomia Patologica a dir. Univ.	0	-	0,00	0,00	0	-	11.132	372.769,75	0	-	0,00	0,00	0	-	8.836	272.206,23	0	-	0,00	0,00	0	-	2.296	100.563,52	100.563,52	36,94%	0	-
Andrologia e chirurgia dei Genitali esterni univ.	202	704.884,00	2,79	1,17	0	-	1.871	164.169,75	188	646.297,00	2,69	1,13	0	-	1.530	34.523,92	14	58.587,00	0,10	0,04	0	-	341	129.645,79	188.232,79	27,65%	3	10.468,57
Anestesia e Rianimazione	211	2.546.828,00	15,25	3,40	1	2.296,00	708	36.505,68	252	3.289.039,00	13,05	3,72	0	-	878	34.300,68	41	742.211,00	2,20	0,33	1	2.296,00	170	2.205,00	737.210,00	22,20%	18	217.264,95
Area Chirurgia Covid	0	-	0,00	0,00	0	-	0	-	0	-	0,00	0,00	0	-	0	-	0	-	0,00	0,00	0	-	0	-	-	0	-	-
Audioprofilologia a dir. Osp.	0	-	0,00	0,00	0	-	4.414	55.287,58	0	-	0,00	0,00	0	-	3.904	49.245,83	0	-	0,00	0,00	0	-	510	6.041,75	6.041,75	12,27%	0	-
Biologia Molecolare Oncologica	0	-	0,00	0,00	0	-	45.689	6.084.506,11	0	-	0,00	0,00	0	-	42.538	5.489.117,05	0	-	0,00	0,00	0	-	3.151	595.389,06	595.389,06	10,85%	0	-
Cardiologia a dir. univ.	1.759	10.258.755,00	7,15	1,70	47	23.128,00	33.323	912.521,38	1.812	10.870.986,00	6,44	1,76	46	17.800,00	33.212	891.233,44	63	612.231,00	0,71	0,08	1	5.328,00	111	21.287,94	585.615,06	-4,97%	34	176.932,89
Card-Riabilitazione Cardiologica	5	19.829,00	15,80	0,86	0	-	0	-	2	3.514,00	7,00	1,06	1	602,40	0	-	3	16.315,00	8,80	0,20	1	802,40	0	-	15.712,60	381,71%	7	27.760,60
Cardiologia univ	13	273.352,00	11,46	5,12	0	-	13	245,33	0	-	0,00	0,00	0	-	0	-	13	273.352,00	11,46	5,12	0	-	13	245,33	273.597,33	#DIV/0!	3	63.081,23
Centro Antiveleni	0	-	0,00	0,00	0	-	6	149,78	0	-	0,00	0,00	0	-	1	12,91	0	-	0,00	0,00	0	-	5	136,87	136,87	1060,19%	0	-
Centro Talassemia a dir. Osp.	0	-	0,00	0,00	20	24.840,00	0	-	0	-	0,00	0,00	52	158.979,00	0	-	0	-	0,00	0,00	32	134.139,00	0	-	134.139,00	84,38%	32	39.744,00
Chirurgia Generale a dir. Osp.	1.326	5.335.756,20	7,21	1,26	598	1.243.968,00	1.532	98.053,91	1.609	6.205.961,00	7,27	1,22	223	110.622,00	2.036	382.337,16	283	870.204,80	-0,05	0,04	375	1.133.346,00	504	284.283,25	21.142,00	-0,32%	144	517.249,12
Chirurgia Generale a dir. Univ.	1.401	6.119.108,00	6,17	1,37	17	7.970,00	1.363	135.391,22	1.515	5.923.592,00	5,66	1,28	3	4.381,00	1.437	232.285,64	114	195.516,00	0,51	0,09	14	3.589,00	74	96.894,42	102.210,58	1,66%	10	39.777,87
Chirurgia generale - multidisciplinare	335	1.658.682,00	2,14	1,46	499	609.454,00	2.227	1.298.767,91	271	1.205.396,00	2,04	1,33	892	1.428.477,00	2.047	979.596,11	64	453.286,00	0,09	0,13	393	819.023,00	180	319.171,80	46.565,20	-1,29%	48	95.924,22
Chirurgia Pediatrica a dir. Osp.	132	237.405,00	4,11	0,58	206	170.661,00	1.138	96.302,34	122	197.077,00	3,38	0,61	187	228.335,00	1.073	129.290,35	10	40.328,00	0,73	0,02	19	57.674,00	65	32.988,01	50.334,01	-9,07%	13	18.530,44
Chirurgia Pediatrica a dir. Univ.	0	-	0,00	0,00	0	-	0	-	47	97.759,00	4,85	0,69	21	11.477,00	151	18.786,93	47	97.759,00	-4,85	-0,69	21	11.477,00	151	18.786,93	128.022,93	-100,00%	0	-
Chirurgia Plastica e Grandi Ustionati a dir. Univ.	383	1.559.594,50	5,19	1,39	3	4.714	1.565.312,49	357	1.622.046,00	6,51	1,44	6	654,50	4.722	1.471.970,76	26	62.451,50	-1,33	0,04	3	654,50	8	93.341,73	30.235,73	0,98%	23	93.657,11	
Chirurgia Senologica a dir. Osp.	377	760.679,00	1,51	1,13	0	-	2.062	237.987,50	346	670.626,00	1,27	1,07	3	3.314,00	3.052	250.377,67	31	90.053,00	0,24	0,06	3	3.314,00	390	12.290,17	74.348,83	8,04%	9	18.159,45
Chirurgia Toracica a dir. Univ.	463	3.086.227,00	8,19	1,95	0	-	1.428	29.985,27	591	4.072.065,00	7,59	1,98	0	-	1.557	33.402,71	128	985.838,00	0,60	0,02	0	-	129	1.417,44	989.255,44	24,30%	87	579.917,38
Chirurgia Vascolare	324	1.804.084,00	5,87	1,62	0	-	3.723	356.384,40	333	1.904.560,00	6,54	1,64	0	-	2.776	353.597,45	9	100.476,00	-0,67	0,02	0	-	947	2.786,95	97.689,05	-4,33%	1	5.568,16
Cromatografia e Spettrometria di massa - Tossicologia a dir. univ.	0	-	0,00	0,00	0	-	8.449	35.618,49	0	-	0,00	0,00	0	-	7.109	32.435,64	0	-	0,00	0,00	0	-	1.340	3.182,85	3.182,85	9,81%	0	-
Dermatologia a dir. Osp.	0	-	0,00	0,00	0	-	10.478	457.769,38	0	-	0,00	0,00	0	-	12.131	475.589,65	0	-	0,00	0,00	0	-	1.653	17.820,27	17.820,27	-3,75%	0	-
Dermatologia a dir. Univ.	0	-	0,00	0,00	0	-	2.890	45.700,06	0	-	0,00	0,00	0	-	1.822	31.491,27	0	-	0,00	0,00	0	-	1.068	14.208,79	14.208,79	45,12%	0	-
Diagnostica Senologica	0	-	0,00	0,00	0	-	21.088	779.943,45	0	-	0,00	0,00	0	-	24.081	796.392,65	0	-	0,00	0,00	0	-	2.993	16.449,20	16.449,20	-2,07%	0	-
Ematologia a dir. Osp.	312	3.148.669,00	11,32	2,72	0	-	47.774	2.177.561,78	347	3.667.437,00	10,14	2,82	0	-	46.990	1.764.088,20	35	518.768,00	1,19	0,10	0	-	784	413.473,58	105.294,42	-1,94%	6	60.551,33
Endoscopia Digestiva d'urgenza	0	-	0,00	0,00	0	-	0	-	0	-	0,00	0,00	0	-	1.093	302.084,10	0	-	0,00	0,00	0	-	1.093	302.084,10	302.084,10	-100,00%	0	-
Epatologia	915	4.097.993,00	7,46	1,44	0	-	5.316	859.402,04	991	4.659.894,00	7,84	1,48	0	-	5.996	1.075.901,57	76	561.901,00	-0,38	0,04	0	-	680	216.499,53	778.400,53	-13,57%	154	689.716,85
Fisiopatologia della riproduzione e PMA a dir. Univ.	0	-	0,00	0,00	0	-	2.905	241.165,33	0	-	0,00	0,00	0	-	2.670	206.536,64	0	-	0,00	0,00	0	-	235	34.628,69	34.628,69	16,77%	0	-
Gastroenterologia	487	1.881.280,00	12,49	1,21	0	-	10.400	1.038.484,60	525	1.988.749,00	11,38	1,19	2	476,00	9.061	888.990,42	38	107.469,00	1,11	0,02	2	476,00	1.339	149.494,18	41.549,18	1,44%	18	69.533,96
Gastroenterologia Covid	0	-	0,00	0,00	0	-	0	-	0	-	0,00	0,00	0	-	0	-	0	-	0,00	0,00	0	-	0	-	-	0	-	-
Genetica Medica a dir. Univ.	0	-	0,00	0,00	0	-	26.056	2.207.404,28	0	-	0,00	0,00	0	-	24.790	2.285.958,55	0	-	0,00	0,00	0	-	1.266	78.554,27	78.554,27	-3,44%	0	-
Geriatraia Lucera	147	560.122,00	20,14	1,12	0	-	127	483.694,00	20,54	1,09	0	-	0	-	20	76.428,00	0	-	0,00	0,00	0	-	0	-	76.428,00	15,80%	9	34.293,18
Lungodegenza	128	609.439,60	31,43	1,17	0	-	0	-	75	377.084,40	33,12	1,18	0	-	53	232.355,20	0	-	-1,69	-0,01	0	-	0	-	232.355,20	61,62%	8	38.089,98
Malattie Apparato Respiratorio Univers.	465	2.608.536,00	18,13	1,61	0	-	12.169	511.058,69	552	3.106.234,00	39,90	3,24	0	-	11.895	433.711,69	87	497.698,00	-21,77	-1,63	0	-	274	77.347,00	420.251,00	-11,87%	130	729.268,13
Malattie endocrine a dir. Univ.	304	1.060.513,00	13,41	1,06	14	4.924,00	9.029	270.022,17	301	1.034.876,00	13,26	1,04	13	1.742,00	7.843	229.928,67	3	25.637,00	0,15	0,03	1	3.182,00	1.186	40.093,50	68.912,50	5,44%	6	20.931,18
Malattie infettive a dir. Univ.	509	2.432.618,00	12,78	1,45	0	-	3.411	149.886,20	409	1.956.508,00	13,96	1,43	0	-	4.187	227.649,00	100	476.110,00	-1,18	0,02	0	-	776	77.762,83	398.347,17	18,24%	9	43.012,89
Malattie infettive Covid	50	253.583,00	12,66	1,58	0	-	186	891.988,00	12,67	1,45	0	-	0	-	0	-	136	638.405,00	-0,01	0,13	0	-	0	-	638.405,00	-71,57%	0	-
MAR-Riabilitazione Respiratoria	2	17.952,00	55,00	3,00	0	-	0	-	9	78.575,40	51,11	2,42	0	-	0	-	7	60.623,40	3,89	0,58	0	-	0	-	60.623,40</			

1.1.1.5 Adozione del Piano attuativo aziendale per il recupero delle liste d'attesa

Il Policlinico di Foggia nel corso degli anni ha dovuto ampliare l'offerta di prestazioni ambulatoriali per soddisfare il bisogno di salute da parte degli utenti del territorio e questo ha determinato un aumento di domanda di prestazioni sanitarie di gran lunga superiore agli ultimi anni.

In particolare nell'anno 2023 le prenotazioni di 1° accesso oggetto di monitoraggio sono state 108.519: di queste, a circa il 35% degli utenti che avevano la priorità "P" (entro 120 giorni) il Policlinico non è riuscito a garantire la prestazione entro i tempi previsti. Tale situazione si è procrastinata anche nel 1° trimestre 2024 con un aumento della domanda di alcune prestazioni di classe di priorità "P" aumentando i tempi di attesa, soprattutto in alcune discipline.

Ciò premesso, con DDG n. 464 del 12/06/2024, la Direzione strategica del Policlinico ha adottato il Piano abbattimento delle liste d'attesa relativo all'anno 2024 allo scopo di garantire un "Percorso di tutela" per le prestazioni specialistiche che superavano il tetto massimo di attesa a livello istituzionale in base alle classi di priorità indicate nella richiesta di primo accesso. Il suddetto piano è stato finanziato con il fondo rinveniente dall'accantonamento del 5% del compenso per l'attività libero professionale svolta dal personale della dirigenza sanitaria da destinare ad interventi di prevenzione o riduzione delle liste di attesa previsto dalla Legge Balduzzi n.189/2012.

Sono state prese in considerazione le prestazioni ambulatoriali di 1° accesso con priorità "P" per le quali i tempi di attesa al momento della stesura del piano erano superiori a 120 giorni. Le prestazioni riguardavano soprattutto prime visite e le discipline coinvolte erano: pneumologia, neurologia, cardiologia, chirurgia vascolare endocrinologia, gastroenterologia e reumatologia. Inoltre sono state incluse anche prestazioni collegate alle visite quali: elettrocardiogramma, ecografia e ecocolordoppler.

Il totale delle prestazioni da recuperare al 1° giugno 2024 era pari a 4.050. L'attività di recupero delle prestazioni ha avuto inizio il 1° maggio 2024 e terminerà il 31/12/2024.

Al 31/12/2024 le prestazioni recuperate sono state pari a **2988**.

1.1.2 Assistenza farmaceutica: monitoraggio della spesa per farmaci e dispositivi medici

Gli obiettivi relativi all'assistenza farmaceutica inseriti nel P.I.A.O. per il triennio 2024-2026, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 76 del 26/01/2024, sono stati elaborati tenendo conto della D.G.R. n. 412 del 28/03/2023, avente ad oggetto "Analisi e valutazione della spesa sanitaria – L.R. n.2/2011 – Programma operativo – Misure urgenti di riqualificazione e razionalizzazione della spesa".

Successivamente, con le deliberazioni n. 848 e n. 849 del 17/06/2024, la Giunta regionale ha determinato i tetti di spesa per l'acquisto di farmaci e di dispositivi medici per l'anno 2024 a cui l'Azienda ha dato seguito riformulando l'obiettivo precedentemente assegnato alle Strutture assistenziali.

A tal proposito, come comunicato più volte al Dipartimento Salute e Benessere Animale della Regione Puglia, va evidenziato che i tetti di spesa (unitamente ai budget relativi all'obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica e all'obiettivo minimo per i dispositivi medici) assegnati al Policlinico di Foggia appaiono decisamente sottostimati se rapportati a quelli di altre Aziende sanitarie pugliesi di pari o minore complessità. Si sottolinea, in particolare, la sproporzione dei tetti di spesa assegnati al Policlinico di Foggia rispetto a quelli assegnati al Policlinico di Bari (per i farmaci circa tre volte il tetto

del Policlinico di Foggia e per i dispositivi circa una volta e mezzo il tetto del Policlinico di Foggia) che, se rapportata agli altri parametri caratterizzanti i due DEA di Il livello presenti in Puglia (funzioni di alta qualificazione legate all'emergenza, numero posti letto, numero ricoveri, numero prestazioni ambulatoriali, ammontare della produzione, ecc...), risulta del tutto ingiustificata e meritevole di rettifiche.

1.1.2.1 Spesa farmaceutica

Con la DGR n. 848/2024, notificata a questo Policlinico in data 21/06/2024, la Regione Puglia ha stabilito:

- che il valore massimo di spesa farmaceutica per acquisti diretti di farmaci (**inclusi i farmaci innovativi e i vaccini**) e gas medicali per il Policlinico di Foggia per l'anno 2024, pari a € 31.160.175, costituisce l'**obiettivo di contenimento** assegnato dalla Giunta regionale ai sensi della L.R. n. 7/2022 e s.m.i. sulla spesa farmaceutica;
- che il valore massimo di spesa farmaceutica per acquisto diretto di farmaci (**trattasi in particolare del consumo dei farmaci al netto dei farmaci innovativi e dei vaccini**) e gas medicali per il Policlinico di Foggia per l'anno 2024, pari a € 18.791.696, costituisce il **tetto sulla spesa farmaceutica per acquisti diretti** di cui all'art. 1, co. 398, della Legge n. 232/2016 e s.m.i.

Di conseguenza la Direzione Strategica ha provveduto:

- a) ad adeguare la previsione di spesa sulle voci di costo BA0040 e BA0051 del Conto Economico 2024;
- b) alla rideterminazione, per l'anno 2024, dei tetti di spesa spettanti alle Unità Operativa aziendali;
- c) a consolidare il ruolo della Commissione sull'appropriatezza prescrittiva;
- d) alla calendarizzazione di audit con i medici prescrittori di farmaci ad elevato impatto di spesa.

Obiettivo di contenimento (spesa)

Dalla rilevazione dei dati presenti al 21 gennaio 2025 nel "Sistema Informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio sanitario regionale" (MOSS), risulta che la spesa sostenuta dal Policlinico di Foggia (fatture pagate o da pagare al netto delle note di credito ancora da ricevere) sulle voci di costo BA0040 e BA0051 del Conto Economico al 31 dicembre 2024 è pari a € 31.146.416,05.

La costante attività di monitoraggio e gli audit con i responsabili delle UU.OO. a maggiore impatto di spesa hanno consentito a questo Policlinico di non superare il valore massimo di spesa di cui alla DGR n. 848/2024, pari a € 31.160.175, e quindi di **centrare l'obiettivo di contenimento assegnato**.

SPESA FARMACEUTICA AL 31/12/2024		
Totale spesa (fatture pagate o da pagare)	Limite max spesa DGR 848/2024	Differenza rispetto a limite max spesa DGR 848/2024
31.146.416,05	31.160.175	- 13.758,95 

Tetto spesa farmaceutica (consumi)

I dati relativi al monitoraggio del tetto della spesa farmaceutica, rilevati dal Sistema Informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio sanitario regionale (MOSS), prendono in considerazione il **bene (farmaco) consumato** e, a differenza dei dati contabili esposti nel Conto Economico (che tengono

conto delle fatture pagate nell'anno di riferimento per l'acquisto di tutti i farmaci ricadenti nelle voci di costo BA0040 e BA0051), non includono né i farmaci innovativi né i vaccini.

Dall'analisi del flusso dei consumi, che ammontano a € 21.915.142, risulta che l'Azienda nel corso del periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2024 ha riportato uno scostamento di + € 3.123.445 rispetto al tetto di spesa annuale assegnato (€ 18.791.697).

CONSUMO FARMACI AL 31/12/2024		
Totale Consumi	Tetto di spesa DGR 848/2024	Differenza rispetto a tetto di spesa DGR 848/2024
21.915.142	18.791.175	+ 3.123.445 ↑

Tuttavia, appare opportuno evidenziare che il consumo dei farmaci gennaio-dicembre 2024, aumentato di soli € 588.488, rimane sugli stessi livelli dell'anno precedente nonostante il maggiore impiego di farmaci antineoplastici, immunosoppressivi e antivirali.

CONSUMO FARMACI		
Consumo farmaci anno 2024	Consumo farmaci anno 2023	Delta 2024 vs 2023
21.915.142	21.326.654	+ 588.488 ↑

1.1.2.2 Spesa dispositivi medici

La DGR n. 849/2024, notificata al Policlinico di Foggia in data 21/06/2024, ha definito, nelle more del riparto definitivo del fondo sanitario nazionale per l'anno 2024, i tetti di spesa per l'acquisto di dispositivi medici delle Aziende sanitarie pugliesi. In particolare, per l'anno 2024, al Policlinico di Foggia è stato assegnato un tetto di spesa pari a € 33.301.827 molto al di sotto della spesa effettivamente sostenuta nell'anno 2023 che è risultata essere pari a € 40.479.647. Tuttavia, data l'impossibilità di mantenere la spesa nell'ambito del tetto assegnato, la Regione ha altresì assegnato all'Azienda un obiettivo minimo di riduzione della spesa sostenuta nell'anno 2023 pari a € 750.850. In definitiva, quindi, per l'anno 2024 la spesa per l'acquisto di dispositivi medici del Policlinico di Foggia non dovrebbe superare i 39.728.797 Euro.

A seguito dell'adozione della DGR n. 849/2024 la Direzione Strategica ha provveduto:

- ad adeguare la previsione di spesa della macro voce di costo BA0210-B.1.A.3 del Conto Economico 2024;
- alla rideterminazione, per l'anno 2024, dei tetti di spesa spettanti alle Unità Operativa aziendali.

Obiettivo minimo di contenimento (spesa)

Dalla rilevazione dei dati presenti al 21 gennaio 2025 nel "Sistema Informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio sanitario regionale" (MOSS), risulta che la spesa sostenuta (fatture pagate o da pagare al netto delle note di credito ancora da ricevere) dal Policlinico di Foggia sulle voci di costo BA0210-B.1.A.3 del Conto Economico al 31 dicembre 2024 è pari a € 41.519.042,92.

Pertanto, considerato che la DGR 849/2024 prevede per l'anno 2024 un massimale di spesa pari a €

39.728.797, si evidenzia che il Policlinico non riesce a raggiungere l'obiettivo minimo assegnato dalla Regione.

SPESA DISPOSITIVI MEDICI AL 31/12/2024				
Totale spesa (fatture pagate o da pagare)	Obiettivo minimo DGR 849/2024	Differenza rispetto a obiettivo minimo DGR 849/2024	Tetto di spesa DGR 849/2024	Differenza rispetto a tetto di spesa DGR 849/2024
41.519.042,92	39.728.797	+ 1.790.245,92 ↑	33.301.827	+ 8.217.215,92 ↑

Le motivazioni dello scostamento dall'obiettivo minimo assegnato dalla Regione, sono da imputare:

- all'attivazione della Struttura Complessa di Cardiochirurgia che ha comportato l'acquisto di dispositivi tecnologicamente avanzati che, oltre ad avere un importante impatto assistenziale, hanno causato un consistente aumento della spesa;
- all'acquisto di ferri chirurgici per la Struttura di Cardiochirurgia, per il Centro Trapianti di Rene (da poco riattivato) e per le altre Strutture chirurgiche che ne richiedono il ricambio a causa dell'obsolescenza degli stessi che impattano in maniera significativa sulla spesa dei DM. Relativamente a quest'ultimo aspetto si ritiene che i ferri chirurgici (CND categoria L: strumentario chirurgico pluriuso o riutilizzabile), trattandosi di beni a fecondità ripetuta, non esauriscono la loro funzione una volta utilizzati ma continuano a soddisfare i bisogni delle Strutture assistenziali nel tempo; per tale motivo la spesa in questione andrebbe imputata sullo Stato Patrimoniale come investimento e non sul Conto Economico come spesa corrente come peraltro accadeva prima dell'introduzione del nuovo software gestionale MOSS.

1.1.3 Aspetti economico-finanziari ed efficenza operativa

1.1.3.1 L'indice di tempestività dei pagamenti (ITP)

L'Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) è misurato secondo i criteri di calcolo stabiliti dall'art. 9 del DPCM del 22 settembre 2014. In particolare, l'Indicatore di Tempestività dei Pagamenti è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura (convenzionalmente fissato a 60gg) o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento. Sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione.

Anche per l'anno in corso, la Direzione strategica ha assegnato ai Direttori delle Strutture gestionali uno specifico obiettivo al fine di procedere ai dovuti pagamenti entro il termine previsto dalle norme codicistiche e contrattuali e comunque non oltre i 60 giorni dall'emissione della fattura.

Al 31 dicembre 2024, l'ITP dell'Azienda è pari a - 14,552 giorni e quindi ampiamente entro i termini previsti dalla norma.

1.1.3.2 Edilizia sanitaria

I progetti di maggiore rilievo posti in essere nel corso del 2024 con l'obiettivo di migliorare l'assistenza sanitaria ai cittadini possono essere così riassunti:

- è stata aggiudicata la gara per la realizzazione di sei nuove sale operatorie al DEU (Dipartimento Emergenza Urgenza). La procedura d'appalto indetta grazie ad un finanziamento regionale di dieci milioni di euro prevede la consegna dei lavori non oltre il 31 dicembre 2024. Tra queste sei

sale operatorie sarà anche realizzata una sala ibrida ad alta tecnologia per interventi che coinvolgono più specialisti;

- è stata pubblicata la delibera di approvazione del progetto esecutivo con l'indizione della gara europea per la realizzazione del nuovo Monoblocco del Policlinico Foggia. La struttura ospiterà quattro reparti per un totale di 108 posti letto, ambulatori, spazi dedicati all'accoglienza, spogliatoi per il personale e depositi. L'importo complessivo dei lavori, che prevedono l'abbattimento e la ricostruzione del Monoblocco, è pari a 71 milioni di euro. L'aggiudicazione è prevista entro la fine del 2024;
- sono stati ultimati i lavori per gli spazi che ospitano temporaneamente il reparto di Cardiochirurgia a partire dal prossimo mese di ottobre, in attesa della sua collocazione al DEU;
- sono stati definiti i progetti di ristrutturazione dei reparti di Chirurgia Generale, Neurochirurgia e Ortopedia con avvio dei lavori entro l'anno;
- è stato approvato il progetto di fattibilità tecnica ed economica e, a breve, sarà pubblicata la gara per l'Officina trasfusionale dell'Ospedale Lastaria di Lucera che sarà un punto di riferimento per la zona nord del territorio pugliese;
- è stata individuata una soluzione mirata all'acquisizione di una nuova area per la realizzazione di laboratori di analisi garantendo comunque la continuità nell'erogazione delle prestazioni.

1.1.3.3 Acquisto di tecnologie sanitarie e prodotti/servizi a valere sui finanziamenti PNRR, POR-POC Puglia, CIPE

Nei primi nove mesi dell'anno, tramite l'adesione a diversi accordi quadro presenti su Consip o ordini sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA), sono stati acquistati delle tecnologie sanitarie e prodotti/servizi per la digitalizzazione dei DEA di II livello a valere sui finanziamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", componente C2 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero destinato alla sostituzione di grandi apparecchiature sanitarie":

Quantità	Apparecchiatura	Ditta fornitrice	Importo IVA inclusa
3	Tomografi Computerizzati	GE Medical System Italia S.p.A.	1.512.040,00
1	Tomografi Computerizzati	Canon Italia S.p.A.	394.275,00
1	Ortopantomografo	Andra S.p.A.	81.374,00
1	Risonanza Magnetica Nucleare	Philips Medical System S.p.A.	1.005.692,36
1	Angiografo monoplano	Philips Medical System S.p.A.	610.201,30
1	Angiografo biplano	Philips Medical System S.p.A.	972.135,41
2	Sistemi radiologici	Siemens Healthcare S.p.A.	490.147,20
2	Apparecchi per stimolazione magnetica funzionale non invasiva della muscolatura pelvica	Impresa Medical Calò S.r.l.	96.380,00
2	Apparecchi per riabilitazione della disfagia	Impresa Medical Calò S.r.l.	6.100,00
1	Apparecchio di diatermia capacitiva e resistiva	Impresa Medical Calò S.r.l.	22.570,00
1	Apparecchio per diamagnetoterapia	Impresa Medical Tools S.r.l.	67.100,00

Quantità	Prodotti/Servizi digitali	Ditta fornitrice	Importo IVA inclusa
	Prodotti per la sicurezza perimetrale "CyberSecurity2"	RTI Telecom S.p.A.	1.075.146,19
1	Server	Italware s.r.l.	168.808,11
	Licenze software Multibrand 5	Italware s.r.l.	31.726,12
	Implementazione e potenziamento dei dispositivi di rete WiFi e dell'infrastruttura di rete	Vodafone Italia S.p.A.	1.990.000,00
145	Tavolette grafometriche	Infocert S.p.A.	79.750,00
1	Sistema rilevazione customer satisfaction	RTI Dedalus Italia S.p.A.	78.330,92
43	Computer all in one	Italware s.r.l.	33.364,56
100	PC Thinkcentre	Italware s.r.l.	47.336,00
120	Monitor Think Vision	Converge s.r.l.	36.960,00
100	Stampanti	Var Group s.r.l.	42.029,00
10	Stampanti laser	Converge s.r.l.	19.711,78
230	Lettori ottici	C2 s.r.l.	11.077,60
75	Stampanti zebra	Infobit snc	25.528,00
1	Sistema gestionale per la refertazione e la programmazione delle attività della piastra endoscopica	RTI GPI S.p.A.	2.102.334,44
18	Monitor endox workstation ad alte prestazioni	Tesi Elettronica S.p.A.	109.800,00
22	Totem eliminacode	Artexe S.p.A.	71.931,20
55	Monitor da 43" per sale d'attesa	Artexe S.p.A.	84.881,50
22	Monitor da 15" per ambulatori	Artexe S.p.A.	19.324,80
1	Applicativo per la gestione documentale	RTI Enterprise Services Italia srl	491.101,63
1	Supporto e formazione RUP e DEC per gestione finanziamenti PNNR	RTI KPMG Advisory S.p.A.	158.943,93
4	UPS	3G S.R.L.	79.056,00
1	Software per il sistema centralizzato di elimina code e wayfinding	RTI EXPRIVIA S.P.A.	618.495,14

Inoltre, a seguito di un finanziamento regionale finalizzato all'attivazione della Struttura di Cardiocirurgia, sono state acquistate le seguenti apparecchiature:

Quantità	Apparecchiatura	Ditta fornitrice	Importo IVA inclusa
1	Macchina per circolazione extracorporea ad alta specificita'	Spectrum Medical Europe	330.000,00
2	Macchine per circolazione extracorporea	Sorin Group Italia	398.000,00
3	Scambiatori di calore	Getinge Itale s.r.l.	121.473,00
3	Macchine per recupero sangue	Medtronic Italia	51.000,00
3	Contropulsatori aortici	Medical Broking	133.500,00
1	Sistema per la tromboelastografia	Haemonetics Italia	33.256,00
2	Ecotomografi alta fascia	Predict	101.503,40

1.1.4 Processi aziendali

1.1.4.1 Introduzione della cartella clinica elettronica (CCE)

Il Progetto Regionale Cartella Clinica Elettronica (CCE) è stato implementato presso il Policlinico Riuniti a partire da dicembre 2023.

Il processo di dispiegamento è stato sviluppato secondo le fasi di seguito riportate:

- attività di ricovero: a partire dal mese di dicembre 2023 è stata svolta la formazione agli operatori (medici e infermieri) afferenti alle strutture che effettuavano ricovero ordinario e Day Hospital/Day surgery;

- attività ambulatoriale: a seguire è stata avviata l'integrazione con il CUP e nel mese di febbraio è stata svolta la formazione della parte ambulatoriale.
- ADT (accettazione, dimissione e trasferimento): nel mese di aprile 2024 si è proceduto alla formazione sull'ADT; nel dettaglio sono state attivate le seguenti funzionalità: lista di attesa dei ricoveri, accettazioni dei ricoveri programmati e dei ricoveri diretti, i trasferimenti tra reparti e le dimissioni con produzione di SDO;
- Order entry di CCE: nel mese maggio 2024 è stato avviato il processo relativo all'integrazione con i sistemi dipartimentali LIS, RIS/PACS e Anatomia Patologica e consulenze.

Allo stato attuale il processo di digitalizzazione della documentazione sanitaria non è del tutto completo in quanto mancano i moduli di acquisizione dei consensi informati, la documentazione relativa al percorso preoperatorio del paziente ed alla sala operatoria.

Ad oggi il progetto CCE è ancora in fase di implementazione, è stata avviata la Cardiocirurgia e la Terapia intensiva Cardiochirurgica, ma siamo in attesa dell'avvio da parte della Regione del processo di digitalizzazione del comparto operatorio, dell'integrazione del Pronto Soccorso con CCE e della digitalizzazione dei consensi informati.

2 Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

La presente sezione è articolata nelle seguenti sottosezioni:

a) Valore pubblico, nel quale sono definiti:

- gli obiettivi generali programmati in coerenza con i documenti di salute e programmazione sanitaria adottati da questa azienda, in ragione della mission attribuita dalla pianificazione regionale;
- gli obiettivi specifici dell'azienda inteso come valore pubblico finalizzato all'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale e ambientale a favore dei cittadini;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione;

b) Performance: la sottosezione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e ss.mm.ii. ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di questa Azienda;

c) Rischi corruttivi e trasparenza: la sottosezione è predisposta dal RPCT sulla base degli obiettivi in materia definiti dalla Direzione Strategica, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 e ss.mm.ii.

2.1 Valore pubblico

Per definizione un'amministrazione genera Valore Pubblico quando riesce a gestire le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

Nel contesto sanitario, in particolare, la progressiva centralità del cittadino, visto come cliente/utente e non solo come semplice destinatario di prestazioni, ha spostato l'attenzione sulla qualità delle prestazioni erogate e sull'efficienza della produzione; l'orientamento al risultato ha progressivamente sostituito l'orientamento ai compiti e alle mansioni. Nello specifico, la creazione di Valore Pubblico è strettamente connessa alla mission del Policlinico di Foggia e si esplica nei seguenti principi costitutivi verso cui orientare i comportamenti del personale impegnato nello svolgimento delle funzioni aziendali:

- improntare la propria attività al miglioramento della qualità della vita e di salute del cittadino/paziente, attore principale nell'erogazione delle prestazioni cui sono orientati gli obiettivi generali e specifici individuati;
- coinvolgere tutti gli operatori nel perseguimento degli obiettivi aziendali sulla base del principio della responsabilità diffusa;
- eseguire l'efficientamento delle risorse economiche per migliorare l'offerta sanitaria in termini di tempestività e qualità dei servizi resi alla popolazione assistita;
- valorizzare l'appropriatezza delle prestazioni e mantenere il tempo di attesa per la loro fruizione entro limiti che non ne inficino l'efficacia;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza;
- dare rilievo ai processi di comunicazione verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi dell'Azienda e di consentire una adeguata partecipazione;

- favorire l'azione del Volontariato e dell'Associazione presenti nell'Azienda e fuori costituendo questi, per la stessa, opportunità e stimolo di crescita anche dal punto di vista qualitativo, collegamento con la realtà territoriale e con l'utenza;
- basare lo sviluppo delle proprie attività su programmi finalizzati a migliorare i percorsi assistenziali, anche formulando linee guida e definendo indicatori, in particolare di esito, delle attività cliniche, nell'ottica della valutazione delle metodologie e delle attività sanitarie;
- valorizzare il ruolo di tutti i professionisti nel governo clinico dell'Azienda;
- favorire l'attività di ricerca di base e clinica, quale fattore essenziale dello sviluppo e dell'innovazione della scienza medica e dell'innovazione;
- accrescere costantemente la qualità professionale dei propri operatori, attraverso un processo di formazione e di aggiornamento continuo.

L'Azienda, prendendo spunto dal Programma Nazionale Esiti (PNE) 2024 su dati del 2023 pubblicato da AGENAS, ha identificato i seguenti obiettivi orientati alla creazione di **valore pubblico** poiché incidono significativamente sull'**impatto sanitario** e migliorano alcuni indicatori sui quali l'Azienda non è ancora in linea con gli standard nazionali:

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	TARGET	TEMPISTICA	RESPONSABILE
Migliorare la proporzione di episiotomie nei parti vaginali	% episiotomie effettuate su parti vaginali sul totale dei parti vaginali	<15%	2025	Direttori SS.CC. Ostetricia
Migliorare la proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	% parti vaginali con pregresso cesareo sul totale dei parti con pregresso cesareo	>13%	2025	Direttori SS.CC. Ostetricia
Migliorare la percentuale delle fratture del collo del femore operate entro le 48 ore nei pazienti con età > di anni 65	% interventi frattura collo femore operate entro 48 ore sul totale dei pazienti trattati per frattura collo femore > 65 anni	>70%	2025	Direttore SC Ortopedia

Oltre agli obiettivi di valore pubblico con impatto sanitario, si riporta in formato tabellare specifici obiettivi volti a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale all'amministrazione da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità nonché le procedure da semplificare e reingegnerizzare.

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	TARGET	TEMPISTICA	DIRIGENTE RESPONSABILE
Accessibilità digitale e reingegnerizzazione dei processi				
Introduzione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) per migliorare l'accesso alle informazioni del cittadino-paziente sul proprio stato di salute	Divulgazione della CCE implementata dalla Regione Puglia nei reparti e negli ambulatori	N° reparti/ambulatori avviati	Anni 2025-2026	Direttori Strutture Sanitarie
Ottimizzare e modernizzare l'accettazione e l'accoglienza degli utenti, garantendo una migliore gestione dei tempi di attesa, nonché facilitare l'orientamento degli stessi verso le diverse destinazioni all'interno del complesso sanitario	Creare un sistema centralizzato di elimina code e di wayfinding	Acquisizione software	31/12/2025	Dott.ssa M. L. Notarangelo Ing. G. Piccolo

2.2 Performance

Fra gli strumenti di promozione e sviluppo del Valore Pubblico, assume un particolare rilievo quello relativo alla pianificazione della performance, intesa proprio come capacità di realizzare detto valore, nella prospettiva integrata di obiettivi strategici e di obiettivi e azioni gestionali a supporto o abilitanti le strategie, in un'ottica di breve e medio periodo.

La performance del Policlinico di Foggia viene articolata sulla base delle disposizioni del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance di cui alla deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 59 del 01/02/2022.

2.2.1 Gli obiettivi dell'Azienda

La pianificazione degli obiettivi generali o strategici deve possedere caratteristiche intrinseche tali da renderla uno strumento capace di incidere con reale e misurabile efficacia sulla organizzazione e sul funzionamento dell'Azienda. Come noto, infatti, essa deve:

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

aziendale.

Gli Obiettivi Generali aziendali per l'anno 2025 sono stati elaborati sulla base del Nuovo Sistema di Garanzia adottato dal Ministero della Salute con Decreto del 12 marzo 2019 nonché secondo quanto previsto:

- dal sistema di valutazione delle performance sanitarie sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
- dalle indicazioni del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.), sviluppato da AGENAS, su mandato del Ministero della Salute, in tema di misurazione comparativa di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del SSN;
- dagli obiettivi LEA come da ultimo individuati con D.P.C.M. 12/01/2017;
- dalla D.G.R. 129/2018, avente ad oggetto "Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018";
- dalla D.G.R. n. 90 del 22 gennaio 2019 di approvazione delle nuove linee guida regionali in materia di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie, sia per il pubblico che per il privato accreditato;
- dalla L.R. n. 7 del 24/03/2022 recanti "Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci";
- dalla DGR n. 262 del 6 marzo 2023 riguardante "Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa - Linee di indirizzo per l'aggiornamento e la rimodulazione dei Programmi attuativi aziendali per il recupero delle liste di attesa (L.R. n.13/2019 - D.G.R. n.745/2019)";
- dalla D.G.R. n. 412 del 28/03/2023 avente ad oggetto "Analisi e valutazione della spesa sanitaria (L.R. n.2/2011) – Programma operativo – Misure urgenti di riqualificazione della spesa sanitaria;
- dalla D.G.R. n. 848 del 17/06/2024 recante "Determinazione tetti di spesa, di cui all'art. 1 c. 398, L. n. 232/2016 e obiettivi di contenimento, ai sensi della L.R. n. 7/2022, sulla spesa farmaceutica per acquisto diretto di farmaci e gas medicali per singola Azienda Pubblica del S.S.R., per l'anno 2024";
- dalla D.G.R. n. 849 del 17/06/2024 recante "Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici. Attribuzione dei tetti di spesa, ai sensi dell'art. 1 co. 131 della Legge n. 228/2012 e s.m.i. e degli obiettivi minimi di budget per singola Azienda Pubblica del S.S.R., per l'anno 2024";
- dalla D.G.R. n. 1558 del 13 novembre 2023 relativa alla "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 gli anni 2023 e 2024" (al momento la Regione non ha ancora deliberato gli obiettivi per l'anno 2025 e seguenti).

Inoltre, relativamente alla programmazione per il triennio 2025-2027, si è ritenuto opportuno procedere con l'attribuzione degli obiettivi di cui alla citata D.G.R. n. 1558 del 13 novembre 2023 che tengono conto:

- a) del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" approvato con il Decreto del Ministero Salute del 12/03/2019, quale strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA);
- b) della tempestività pagamenti entro i termini previsti dal DPCM 22/09/2014;
- c) dell'adeguamento della rete ospedaliera e territoriale rispetto alla normativa nazionale e regionale in materia;
- d) del contenimento della spesa farmaceutica e di quella per l'acquisto di dispositivi medici;

e) della riduzione delle liste d'attesa.

La Direzione Strategica, oltre agli obiettivi tipicamente assistenziali, per il 2025 intende perseguire anche gli obiettivi di organizzazione sanitaria nel rispetto del Protocollo d'Intesa Regione Puglia – Università di Foggia:

- attivazione, nell'ambito della Struttura di Medicina Fisica e Riabilitativa, dei codici di disciplina 75 e 28. Il codice 75 è dedicato alla **Neuroriabilitazione** di pazienti con esiti di Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) e quindi con un danno cerebrale tale da determinare uno stato di coma e menomazioni motorie, cognitive e/o comportamentali che comportano una disabilità significativa. Il codice 28 è dedicato all'**Unità Spinale** e costituisce un presidio di alta specialità, espressamente destinato all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, fin dal momento immediatamente successivo all'evento lesivo e ha lo scopo di permettere ai mielolesi il miglior stato di salute, il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione e la maggiore partecipazione sociale;
- attivazione di un nuovo reparto di **Oncologia** per il ricovero dei pazienti oncologici che sarà di interesse per tutto il panorama provinciale e regionale. La Struttura che, a regime, disporrà di 10 posti letto avrà il compito di accompagnare il paziente nella diagnosi, cura e follow up della malattia oncologica;
- avvio delle attività necessarie all'istituzione del **Centro Grandi Ustionati** cioè di un reparto dotato di 5 posti letto di Terapia intensiva e semi-intensiva chirurgica per la cura delle ustioni estese e delle patologie assimilabili.

La Direzione Strategica, anche per quanto riguarda la programmazione edilizia, ha fissato degli obiettivi molto ambiziosi che riguardano:

A) Lavori di adeguamento alla normativa antisismica, impiantistica a antincendio quali:

- la riqualificazione del plesso denominato "Monoblocco" che prevede la demolizione di quello esistente, la ricostruzione di un nuovo corpo d'ingresso che costituirà il polo di connessione dell'area ospedaliera, la costruzione di un auditorium di circa 400 posti in edificio separato nonché la sistemazione delle aree esterne;
- la riqualificazione delle strutture ricadenti nell'area degli ex Ospedali Riuniti e non appartenenti al monoblocco coincidenti con la cd. "Piastra dei Laboratori" (importo totale progetto);
- la riqualificazione degli ambulatori e dei laboratori del presidio ospedaliero "D'Avanzo". Per quanto riguarda il primo intervento nel 2025 si darà corso alla cantierizzazione dell'opera e alla demolizione del cd. "monoblocco" esistente; per gli altri due interventi nel 2025 si darà corso ai cd. servizi tecnici di ingegneria.

B) Altri interventi strutturali programmati per l'anno 2025

- i lavori di completamento del "Reparto Operatorio" ubicato al 6° piano del DEU - Dipartimento Emergenza-Urgenza;
- i lavori per la realizzazione dell'Officina Trasfusionale Centralizzata presso il Presidio Ospedaliero "F. Lastaria" di Lucera;
- i lavori di ristrutturazione dei reparti di Ortopedia, Chirurgia e Neurochirurgia;
- i lavori per la realizzazione del plesso Radiologico da ubicare nel cd. "III lotto" Neurochirurgia.

Rispetto a tali premesse, gli Obiettivi generali Strategici si articolano secondo le macroaree:

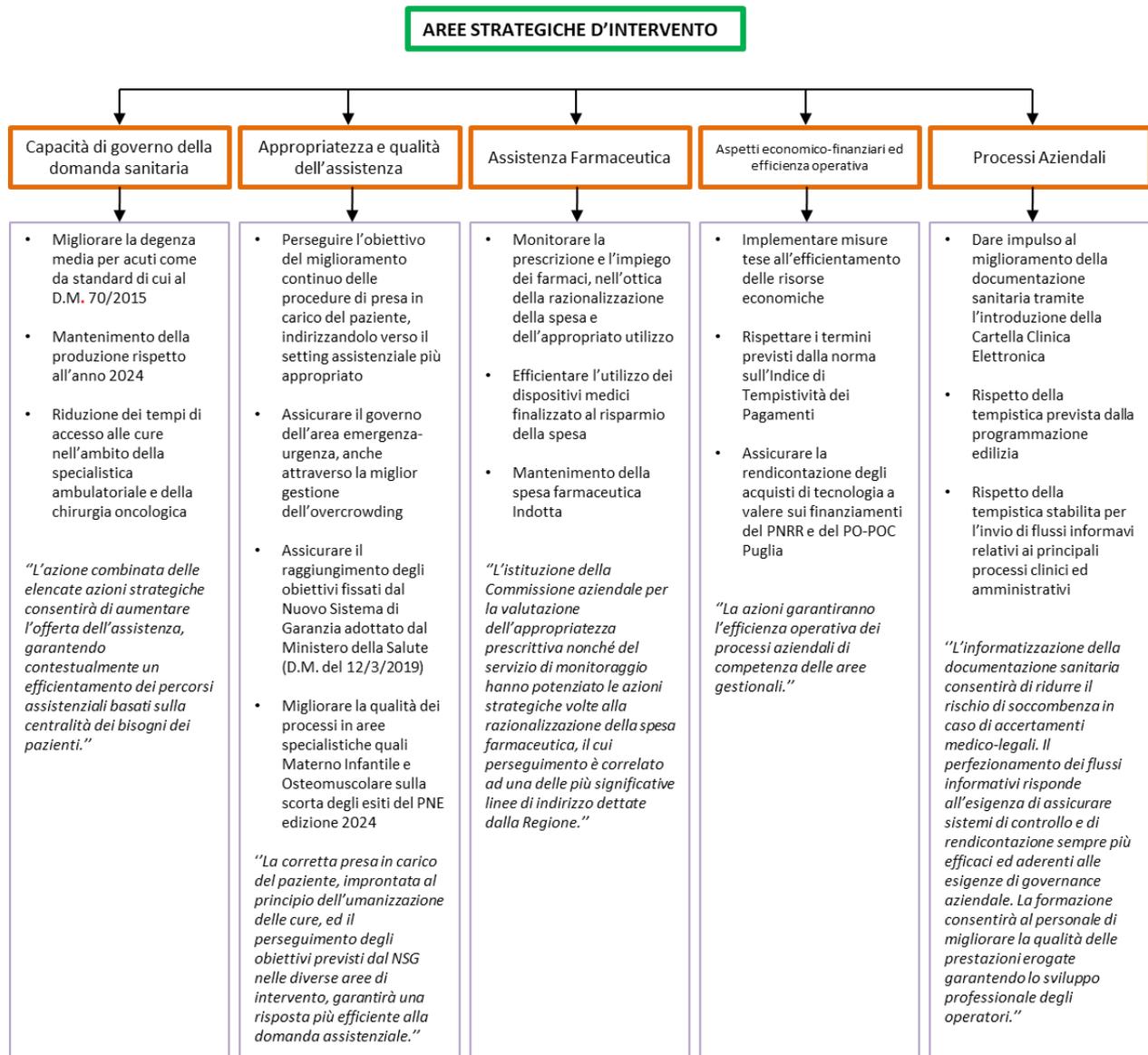
- Capacità di governo della domanda sanitaria;
- Appropriatelyzza e qualità dell'assistenza;
- Assistenza farmaceutica;
- Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa;
- Processi aziendali.

La programmazione della performance viene quindi costruita in relazione agli obiettivi generali di carattere strategico del Policlinico di Foggia in base ai quali le attività aziendali vengono valutate secondo le seguenti prospettive multidimensionali:

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

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

La performance viene quindi prioritariamente costruita seguendo uno schema "ad albero" ovvero individuando prioritariamente gli obiettivi generali di carattere strategico dell'Azienda da cui vengono successivamente declinati gli obiettivi specifici e operativi da assegnare alle singole strutture sanitarie e amministrative. Le aree strategiche (macroaree), sulla base delle quali è orientata l'azione di governo aziendale, sono rappresentate nell'albero della performance che rappresenta i legami tra la programmazione regionale, la missione aziendale, gli obiettivi strategici ed operativi. Tale rappresentazione mostra come gli obiettivi, di diversa natura, contribuiscano ai vari livelli organizzativi al raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali nonché al miglioramento dei livelli di performance sia organizzativa che individuale.



La pianificazione viene, infine, declinata in obiettivi di performance organizzativa - operativi - azioni - indicatori, assegnati alle Strutture aziendali in funzione della specifica competenza. Il piano operativo che si sviluppa è altresì integrato dagli obiettivi che la Direzione Strategica considera importanti per la "governance" dell'Azienda e che tengono conto delle specificità della nostra realtà. Inoltre, per ciascun obiettivo strategico e di performance organizzativa è stato definito l'indicatore, che definisce il criterio di misurazione della performance, ed il risultato atteso (target) per l'esercizio in corso /per ciascun anno di validità del Piano. I valori target costituiscono, in questa sede, valori obiettivo aziendali che, in occasione della definizione del budget di centro di responsabilità, ovvero della programmazione annuale, saranno declinati sulla base della specifica situazione di partenza di ciascuna struttura e del punto di arrivo potenzialmente ottenibile. Tali valori target - per la maggior parte degli indicatori selezionati - sono mutuati da programmi nazionali di benchmark di settore quali il Programma Nazionale Esiti, il Nuovo Sistema di Garanzia del Ministero della Salute, il Sistema elaborato dal Laboratorio di Management S. Anna di Pisa.

La prima stesura dei Piani operativi, elaborati in forma di "proposta", è affidata al Controllo di gestione. Essi rappresentano la base per la discussione che vede coinvolti la direzione strategica e i "responsabili del budget" (Direttori di Dipartimento, Direttori di Struttura Complessa, responsabili di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale). In tale fase trova spazio la negoziazione delle risorse necessarie per

il perseguimento degli obiettivi di “sviluppo”, se in linea con la strategia aziendale ed economicamente compatibili.

E' compito di ogni responsabile del budget, in una fase successiva del percorso, illustrare e condividere gli obiettivi assegnati con il rispettivo staff operativo. Essi hanno la responsabilità della realizzazione dei piani loro affidati e, a tal fine, coinvolgono i dirigenti ed il personale di comparto dell'unità operativa diretta, secondo il principio della cosiddetta “responsabilità diffusa”. In tal modo ciascun dipendente appartenente sia all'area della dirigenza, sia all'area del comparto, è chiamato a fornire il proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, in coerenza con quanto previsto dal sistema di misurazione e valutazione delle performance.

Di seguito si presenta il Piano degli obiettivi e degli indicatori per il triennio 2025-2027.

Piano degli obiettivi e degli indicatori triennio 2025-2027

MACRO-AREA OBIETTIVO	Obiettivo	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie
OBIETTIVI GENERALI							
ASPETTI ECONOMICOFINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza Operativa	[Ind.Int. 25]	Incremento/mantenimento della produzione (ricoveri, DH/DS e prestazioni ambulatoriali)	Mantenimento/incremento della produzione anno 2024	Mantenimento/incremento della produzione anno 2025	Mantenimento/incremento della produzione anno 2026	Responsabili reparti di degenza, ambulatori e servizi
ASSISTENZA FARMACEUTICA	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Ind. Int. 168	Monitorare la prescrizione e l'impiego dei farmaci al fine di efficientare il loro utilizzo	Rispetto del tetto di spesa fissato internamente in linea con le disposizioni regionali	Rispetto del tetto di spesa fissato internamente in linea con le disposizioni regionali	Rispetto del tetto di spesa fissato internamente in linea con le disposizioni regionali	Responsabili reparti di degenza e ambulatori
	Razionalizzazione della spesa dei dispositivi medici	Ind. Int. 170	Efficientare l'uso dei Dispositivi Medici	Rispetto del tetto di spesa fissato internamente in linea con le disposizioni regionali	Rispetto del tetto di spesa fissato internamente in linea con le disposizioni regionali	Rispetto del tetto di spesa fissato internamente in linea con le disposizioni regionali	Responsabili reparti di degenza, ambulatori e servizi
	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera	Ind. Int. 07	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico	>50%	>50%	>50%	Responsabili reparti di degenza
	DGR 204/2021 - Approprietezza prescrittiva e contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci e gas medicali	[Ind.Int. 184]	Riduzione della spesa indotta per acquisto diretto di farmaci dalle prescrizioni di medici specialisti nei confronti della ASL della provincia di Foggia	Riduzione 15%	Riduzione 15%	Riduzione 15%	Responsabili reparti di degenza e ambulatori
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità di processo. Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa. Monitoraggio tempi di attesa	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg (strumentali) P=120gg	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg (strumentali) P=120gg	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg (strumentali) P=120gg	Responsabili reparti e servizi
	Complessità della casistica trattata	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix	>=1	>=1	>=1	Responsabili reparti di degenza
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	[Ind. MES C2a.]	Indice di performance degenza media per acuti	<= 0,35	<= 0,35	<= 0,35	Responsabili reparti di degenza per acuti
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	DGR 1558/2023 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod.Ind. H04Z)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza ordinari	<=0,21	<=0,21	<=0,21	Responsabili reparti di degenza
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale	>=80%	>=80%	>=80%	Responsabili reparti di degenza
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind.Int. 02]	Percentuale dei ricoveri brevi 0-1gg	<=10%	<=10%	<=10%	Responsabili reparti di degenza
	DGR 1558/2023 - Qualificazione Assistenza Ospedaliera	DGR 1558/2023 (Ind. Reg. T01.2)	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	<= 35,25%	<= 35,25%	<= 35,25%	Responsabili reparti di degenza
Miglioramento qualità percepita	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie	<=2%	<=2%	<=2%	Responsabili reparti di degenza	
OBIETTIVI SPECIFICI AREA CHIRURGICA							
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	DGR 684/2022 (MES C4.1.1)	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	<= 26,65%	<= 26,65%	<= 26,65%	Responsabili reparti chirurgici
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	DGR 684/2022 (MES C3)	Degenza media Pre-Operatoria	=1,64gg.	=1,64gg.	=1,64gg.	Responsabili reparti chirurgici
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. MES C10d]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per la chirurgia oncologica	>=90%	>=90%	>=90%	Responsabile reparti chirurgici
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.7]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore alla mammella	>=90%	>=90%	>=90%	Responsabile Chirurgia Senologica
	Miglioramento qualità di processo	DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H022)	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	>75%	>75%	>75%	Responsabile Chirurgia Senologica
	Miglioramento qualità di processo	DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H03C)	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.	122 gg.	122 gg.	122 gg.	Responsabile Chirurgia Senologica
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.8]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore alla prostata	>=70%	>=80%	>=90%	Responsabile Urologia
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.9]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore al colon	>=90%	>=90%	>=90%	Responsabile Chirurgia Generale
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.10]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore al retto	>=75%	>=90%	>=90%	Responsabile Chirurgia Generale

MACRO-AREA OBIETTIVO	Obiettivo	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie
OBIETTIVI GENERALI							
OBIETTIVI SPECIFICI AREA CHIRURGICA							
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.11]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore al polmone	>=90%	>=90%	>=90%	Responsabile Chirurgia Toracica
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.12]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore all'utero	>=90%	>=90%	>=90%	Responsabile Ginecologia
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	NSG D.M. 12/03/2019 [Cod. Ind. H05Z]	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	>=70%	>=70%	>=70%	Responsabile Chirurgia Generale
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H18C)	% Parti cesari primipari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno	<=25%	<=25%	<=25%	Responsabile Ostetricia
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.3]	% Episiotomie depurate - NTSV	<=15%	<=15%	<=15%	Responsabile Ostetricia
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.6]	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<5%	<5%	<5%	Responsabile Ostetricia
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.30]	Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)	>=13%	>=13%	>=13%	Responsabile Ostetricia
	Miglioramento qualità di processo	DRG 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H13C)	% Pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	>=70%	>=70%	>=70%	Responsabile Ortopedia
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. MES C5.12]	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	>=90%	>=90%	>=90%	Responsabile Ortopedia
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. PNE68]	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	<3	<3	<3	Responsabile Ortopedia
OBIETTIVI SPECIFICI AREA MEDICA E SERVIZI							
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità di processo	DRG 684/2022 (Ind. Reg. T01.3)	Numero di interventi in PTCA	>=250	>=250	>=250	Responsabile Cardiologia
	Miglioramento qualità di processo	Ind. MES C5.21	Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro novanta minuti	>=90%	>=90%	>=90%	Responsabile Cardiologia
	Controllo e verifica dei requisiti previsti dalla legge per l'effettuazione dei trattamenti sanitari obbligatori	DSM4	Verifica documentale di tutte le condizioni previste per l'effettuazione di un TSO	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Responsabile Psichiatria
	Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso	NSG D.M. 12/03/2019 (Cod. Ind. D08Z)	Intervallo	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Responsabile 118
	DGR 684/2022 - Qualificazione Assistenza Ospedaliera	DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod.Ind. H08Z)	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue	Responsabile Medicina Trasfusionale
	Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste di emocomponenti rispetto ai criteri del PBM	[Ind.Int. 104]	Numero di richieste inappropriate/totali	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali	Responsabile Medicina Trasfusionale
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza Operativa	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	tendenzialmente in Utile	tendenzialmente in Utile	tendenzialmente in Utile	Responsabili Diagnostica di Laboratorio
OBIETTIVI SPECIFICI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA							
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	<=2%	<=2%	<=2%	Responsabile Pronto Soccorso
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES C16.1.NA]	% Accessi in P.S. con codice di priorità 2 (arancione) visitati entro 15 minuti	>=60%	>=60%	>=60%	Responsabile Pronto Soccorso
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES C16.3.NA]	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice di priorità 4 (verde) visitati entro 2 ore	>=85%	>=85%	>=85%	Responsabile Pronto Soccorso
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES C16.10]	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore	<=10%	<=10%	<=10%	Responsabile Pronto Soccorso
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES C16.7]	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione	>=50%	>=50%	>=50%	Responsabile Pronto Soccorso
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES C16.4.1.N]	Percentuale di dimessi con permanenza in PS entro le 8 ore	>=80%	>=80%	>=80%	Responsabile Pronto Soccorso
OBIETTIVI SPECIFICI AREA TECNICO-AMMINISTRATIVA							
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI E CONTROLLO DI GESTIONE	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità Generale	DGR 1558/2023 [Ind. Reg P01.2]	Invio, entro i termini previsti, del Bilancio di verifica per Centro di Responsabilità in quadratura con il bilancio dell'esercizio precedente e dei dati di struttura relativi all'organico medio per centro di costo e dati di attività per il monitoraggio della spesa ed il completamento dei progetti regionali correlati	Rispetto della tempistica stabilita per l'invio e quadratura al 100%	Rispetto della tempistica stabilita per l'invio e quadratura al 100%	Rispetto della tempistica stabilita per l'invio e quadratura al 100%	Programmazione e Controllo di Gestione

MACRO-AREA OBIETTIVO	Obiettivo	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Strutture Assegnatarie
OBIETTIVI GENERALI							
OBIETTIVI SPECIFICI AREA TECNICO-AMMINISTRATIVA							
ASPETTI ECONOMICICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario	DGR 1558/2023	> Entro il 1 febbraio dell'anno successivo all'esercizio di riferimento - Trasmissione, previo invio di apposite linee guida, dell'istruttoria economica con riferimento all'esercizio economico precedente: - CE IV trimestre (modello NSIS) al lordo e al netto delle quote sociali; o CE IV trimestre Esteso in formato excel; - Tabella Quadratura CE A0030 e CE A0070; - Riepilogo Note di credito Farmaci; - Dettagli su Accantonamenti, Voci straordinarie e Svalutazioni; - Riepilogo Tetti e spesa ospedaliera-specialistica da privato; - Dettaglio investimenti con fondi propri (excel e relazione); - Altri dettagli richiesti nelle LL.GG. - Entro il 15 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento - Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico dell'esercizio precedente, della bozza del modello CE e del modello SP; - Entro il 29 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento - Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico precedente, del modello CE e del modello SP definitivi	Rispetto delle scadenze nel 2025 con riferimento all'esercizio economico 2024.	Rispetto delle scadenze nel 2026 con riferimento all'esercizio economico 2025.	Rispetto delle scadenze nel 2027 con riferimento all'esercizio economico 2026.	Gestione Risorse Finanziarie
	Avvio del processo di controllo interno in tutte le aziende secondo gli indicatori che verranno definiti con Atto Dirigenziale di futura predisposizione	DGR 1558/2023	Numero processi avviati / Numero processi previsti	100%	100%	100%	Gestione Risorse Finanziarie
	Tempi di Pagamento dei fornitori	[Ind.Int.C.10]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 e quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019 (l'indennità di risultato: - non è riconosciuta qualora la struttura registri ritardi superiore a 60 gg - è riconosciuta per la metà qualora la struttura registri ritardi compresi fra 31 ed i 60 gg - è riconosciuta per il 75% qualora la struttura registri ritardi compresi fra 11 e 30 gg - è riconosciuta per il 90% qualora la struttura registri ritardi compresi fra 1 e 10 gg)	ITP = 0	ITP = 0	ITP = 0	Gestione Risorse Finanziarie, Gestione del Patrimonio, Gestione Tecnica
INVESTIMENTI STRUTTURALI	Capacità progettuale e spesa per investimenti	DGR 1558/2023	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR. Rispetto delle scadenze di milestone e target PNRR	100%	100%	100%	Gestione del Patrimonio, Gestione Tecnica Ingegneria Clinica
	Capacità progettuale e spesa per investimenti	DGR 1558/2023	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo dei fondi strutturali (FESR)	100%	100%	100%	Gestione del Patrimonio, Gestione Tecnica
LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	Assolvere agli obblighi in materia di anticorruzione e trasparenza	[Ind.Int.C.81]	Pubblicazione dei dati di competenza delle Strutture Amministrative su "Amministrazione Trasparente"	100%	100%	100%	Tutte le Strutture Amministrative

2.2.2 La programmazione annuale e il ciclo di gestione della performance

Annualmente, l'Azienda definisce, misura e valuta la performance a livello di amministrazione nel suo complesso, di unità organizzative e individuali dei singoli dipendenti sviluppando un ciclo continuo di gestione della performance.

Nel ciclo di gestione della performance si delineano quindi una fase di programmazione, una di monitoraggio intermedio durante l'anno e una di valutazione finale.

Il Policlinico di Foggia, sulla base della pianificazione strategica e uniformando la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale, per la condivisione degli obiettivi e delle risorse necessarie per raggiungerli con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative afferenti ai vari livelli organizzativi.

Con la traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi programmatici per il primo anno di riferimento del Piano (attraverso il percorso di budget), l'amministrazione individua, partendo dagli obiettivi

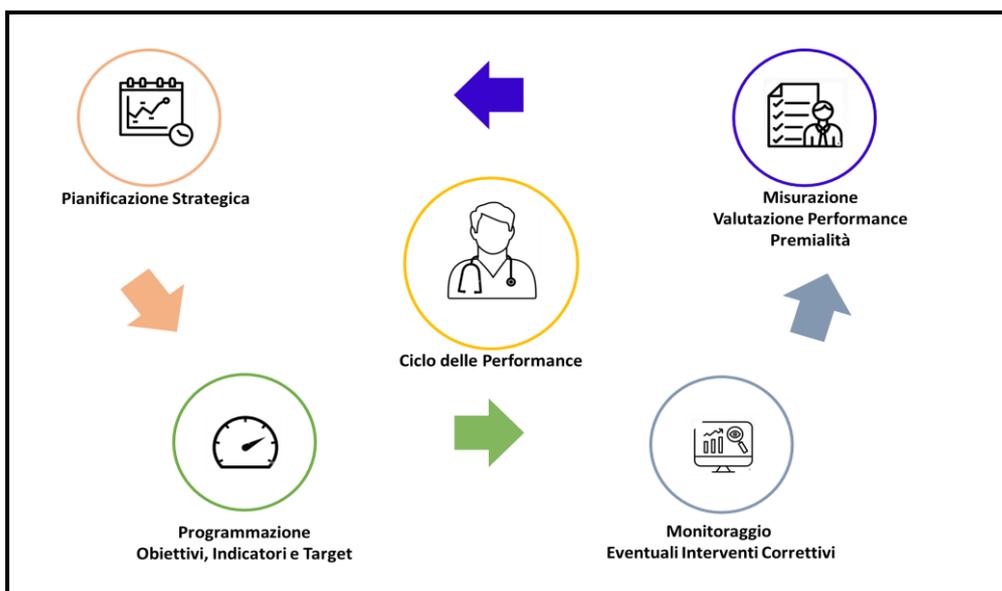
triennali, i risultati attesi per l'esercizio in corso a tutti i livelli dell'organizzazione. Pertanto, è nel processo di budgeting che si sostanzia la negoziazione degli obiettivi organizzativi annuali delle articolazioni aziendali e centri di responsabilità. In tal senso, quindi, gli obiettivi assegnati dalla Direzione strategica costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero della Performance che a sua volta dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, nell'ambito di un disegno strategico complessivo e coerente, contribuiscono al conseguimento del mandato istituzionale ed alla mission aziendale.

Le successive attività di attribuzione degli obiettivi operativi e di budget (avvio del ciclo della performance) alle diverse articolazioni aziendali nonché il loro periodico monitoraggio verranno svolte dalla Struttura Controllo di Gestione con il supporto trasversale degli uffici e/o degli attori coinvolti nel processo di budget.

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

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si attua attraverso l'amministrazione delle risorse disponibili assegnate alle varie articolazioni aziendali, per il raggiungimento delle finalità assistenziali, didattiche e di ricerca, definite dai documenti di programmazione. Tali obiettivi sono declinati in attività specifiche per ogni articolazione aziendale, che ha la responsabilità di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Il Direttore Generale, coadiuvato dalla direzione sanitaria e amministrativa e dagli uffici di staff, sulla base delle indicazioni programmatiche regionali, definisce le linee di equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento. Partendo da tali indicazioni e con la formulazione di obiettivi qualitativi e quantitativi, la Direzione strategica attribuisce gli obiettivi di budget ad ogni struttura attivando specifici percorsi di negoziazione.



Rappresentazione grafica del ciclo di gestione della performance

Ogni Direttore di Struttura incontra il personale incardinato nella struttura di che trattasi al fine di presentare gli obiettivi specifici assegnati.

Per monitorare periodicamente le attività, supportare il processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza aziendale e delle strutture assistenziali e al fine di accertare che le componenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale della struttura Programmazione e Controllo di Gestione.

Il tutto avviene secondo un sistema di regole codificate e condivise con le organizzazioni sindacali e ratificate dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) racchiuse nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance di cui l'Azienda è dotata e il cui aggiornamento, previsto dall'art. 4 del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i., è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 59 del 01/02/2022 al fine di tener conto delle innovazioni introdotte con la riforma Madia e rafforzare il ruolo dei cittadini e utenti nel ciclo di gestione della performance. Infatti, il nuovo articolo 19-bis, ha introdotto delle innovazioni incidendo sulla disciplina relativa al coinvolgimento di cittadini ed utenti nel processo di misurazione della performance organizzativa e impone un'apertura, in chiave partecipativa, della valutazione della performance organizzativa.

2.2.3 Dalla performance organizzativa alla performance individuale

Costituisce principio generale dell'organizzazione dell'Azienda la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere.

La ricaduta degli obiettivi strategici e di performance organizzativa, secondo un processo a cascata su tutti i centri di responsabilità, implica l'individuazione di obiettivi per la dirigenza sia dell'area sanitaria sia di quella amministrativa, professionale e tecnica di supporto che entrano a far parte della performance individuale. Pertanto, annualmente, una volta definiti gli obiettivi della performance organizzativa, parte degli obiettivi individuali vengono collegati ad essa in relazione alla possibilità che ha il valutato di intervenire direttamente.

Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi, opportunamente combinate, concorrono alla definizione della valutazione finale di ciascun dipendente (Indice di Performance Individuale - IPI) che il valutatore illustra al valutato, anche ai fini dell'elaborazione di piani di miglioramento individuali ed all'acquisizione di eventuali osservazioni/ controdeduzioni.

Ciò fermo restando che la performance individuale è connessa per una quota al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa e per una quota all'area dei "comportamenti" come definito da questa azienda nel proprio sistema di misurazione e valutazione della performance, vigente in Azienda, a cui si rinvia per eventuali approfondimenti.

2.2.4 Performance e programmazione di bilancio

Posta la necessaria correlazione tra gli obiettivi prefissati nella programmazione della Performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, si evidenzia che il bilancio di previsione per l'anno 2025, come da disposizioni regionali (nota prot. n. 627687 del 17/12/2024), sarà adottato entro il 15 febbraio 2025 in quanto sia legge di stabilità 2025 che il cd. Decreto Mille proroghe prevedono norme che hanno provocato significative conseguenze sui bilanci regionali in materia sanitaria. In ogni caso si assicura che gli obiettivi di performance dell'anno 2025 saranno resi compatibili con le risorse assegnate in via provvisoria a questo Policlinico dalla Regione Puglia.

2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

Il presente documento costituisce la sezione del P.I.A.O. (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al d.l. 80/2021 e s.m.i.) dedicata ai "**Rischi corruttivi e Trasparenza**" per il periodo 2025-2027, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria **Policlinico Riuniti Foggia** (d'ora in avanti anche "Azienda"), in linea di continuità con i precedenti Piani di prevenzione della corruzione e disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e

dell'illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

Il documento si inserisce nell'ambito di un processo di rinnovamento che l'Azienda ha intrapreso al fine di garantire una gestione efficace ed efficiente delle risorse pubbliche, assicurando ai cittadini ed alla collettività un servizio sanitario di elevata qualità. In particolare, lo scenario normativo-istituzionale, con il quale l'Azienda deve confrontarsi, ha visto un profondo rinnovamento derivante dalle recenti tendenze legislative finalizzate a contrastare i fenomeni corruttivi, nonché a rafforzare il sistema dei controlli interni della P.A.

Il presente Piano predisposto secondo il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 aggiornato con deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, e alla cui elaborazione ha partecipato l'intera Struttura aziendale, altresì recependo gli ultimi orientamenti dell'ANAC per la pianificazione dell'anticorruzione e trasparenza, prevede:

- Valutazione di impatto del contesto esterno;
- Valutazione di impatto del contesto interno;
- Mappatura dei processi;
- Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti
- Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio
- Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure
- Programmazione dell'attuazione della trasparenza

Il presente documento:

- presenta un carattere "dinamico" ed è pertanto suscettibile di modificazioni e adeguamenti su proposta del Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione, in presenza modifiche normative o di sopraggiunte esigenze connesse alle modifiche organizzative aziendali;
- è preceduto da una pubblica consultazione che vede la partecipazione delle Associazioni operanti su scala provinciale oltre ad eventuali suggerimenti provenienti da tutti gli stakeholder aziendali (cittadini/utenti, sindacati, fornitori, enti e istituzioni, associazioni del terzo settore, professionisti) e successivamente sottoposto al vaglio dell'Organo interno di Valutazione (O.I.V.) al fine di acquisire eventuali ulteriori contributi circa la sua stesura;
- si articola in tre sezioni:
 - ✓ la prima sezione è dedicata alla presentazione del modello organizzativo aziendale, contesto interno ed esterno;
 - ✓ la seconda sezione è dedicata alla gestione del rischio e alla programmazione delle misure generali e specifiche di mitigazione del rischio;
 - ✓ la terza sezione è dedicata al tema della trasparenza amministrativa.

2.3.1 Processo di elaborazione

Al fine di assicurare un adeguato supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, con deliberazione del Direttore Generale n. 160 del 22 febbraio 2018 sono stati individuati quali Referenti del RPCT tutti i Direttori di Dipartimento e i Dirigenti di Struttura complessa, di Struttura semplice dipartimentale e di Struttura semplice.

Per l'elaborazione del presente documento sono stati infatti coinvolti tutti i Dirigenti, per quanto di competenza, nella fase di aggiornamento della mappatura dei processi/rischi/misure con relativi monitoraggi di I livello (self assessment) tramite piattaforma web centralizzata di tipo collaborativa.

Il presente documento è oggetto di consultazione pubblica aperta a tutti gli stakeholder, al fine di consentire la formulazione di proposte di integrazione e contributi di aggiornamento rispondenti a specifiche esigenze.

In considerazione del ruolo centrale assegnato dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione ai Dirigenti Responsabili di Struttura, l'Azienda si è dotata di una piattaforma web che prevede e favorisce il più ampio decentramento delle attività di:

- mappatura dei processi a rischio con conseguente valutazione del rischio (in relazione alle probabilità ed all'impatto organizzativo);
- aggiornamento e gestione dei dati e delle informazioni;
- individuazione delle misure di prevenzione;
- aggiornamento e verifica delle misure attuate tramite assegnazione di target di adempimento della misura che sarà oggetto di consuntivo a fine anno utile per l'aggiornamento complessivo del Piano.

Il "cruscotto digitale", a disposizione dei Referenti del RPCT, fornisce inoltre strumenti ed indicatori di autovalutazione del grado di raggiungimento delle azioni e delle misure correlate nonché di una serie di indicatori di monitoraggio.

2.3.2 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

Di seguito i principali soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione:

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale autorità di indirizzo politico-amministrativa del Policlinico Riuniti Foggia, in particolare:

- a) designa il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- b) adotta il P.I.A.O. comprendente la sezione "rischi corruttivi e trasparenza";
- c) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione

Il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) esercita i seguenti compiti attribuiti dalla legge e dal presente Piano, ex art. 1, co. 7 della Legge n. 190/2012, ed assume, in caso di inadempienza, le relative responsabilità. In particolare, come previsto dall'allegato n.3 del PNA 2019 "Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)" e successivo allegato n.3 del PNA 2022 "Parte Generale RPCT e struttura supporto", provvede a:

- definire il Piano triennale di prevenzione della corruzione, contenente una specifica sezione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ex art. 10 c, 2, D. Lgs. n. 33/2013 e diffusione di dati, informazioni e documenti aziendali, oltre ai successivi aggiornamenti annuali, da sottoporre alla Direzione Aziendale;
- diffondere il presente Piano a tutto il personale dipendente attraverso il sito aziendale;
- vigilare sull'attuazione, osservanza e funzionamento del Piano, in particolare:
 - ✓ verificando l'efficace attuazione dello stesso, proponendo modifiche, ove vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda;
 - ✓ verificando, d'intesa con la Direzione Strategica, l'eventuale rotazione del personale con funzioni di responsabilità operativa negli Uffici, in cui è più elevato il rischio di corruzione;
 - ✓ definendo, in collaborazione con il Dirigente della Formazione, corsi di formazione per il personale particolarmente esposto a rischio di corruzione;
- esercitare compiti di vigilanza, monitoraggio e controllo, affinché siano rispettate le disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013, sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi.

Nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, il Responsabile della prevenzione della corruzione riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità penale, deve presentare tempestiva denuncia

alla Procura della Repubblica o ad un ufficiale di polizia giudiziaria secondo le modalità previste dalla legge), dandone informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Ove riscontri dei fatti che rappresentino responsabilità amministrativa, deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti, per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale.

Ove, invece, riscontri dei fatti che possano presentare una rilevanza disciplinare deve darne tempestiva informazione al Dirigente della Struttura di appartenenza del dipendente, nonché alla Struttura Procedimenti Disciplinari, affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare.

In caso di inadempimento delle sue attribuzioni, in caso di mancata predisposizione del Piano ed in caso di mancata adozione delle misure per la formazione dei dipendenti, il Responsabile della prevenzione della corruzione incorre nelle responsabilità amministrative e/o disciplinari previste dalla legge.

In sede di delibera di approvazione del Piano, per ciascun settore in cui si articola l'organizzazione dell'Azienda, sono automaticamente individuati, per gli adempimenti anticorruzione, secondo le rispettive competenze, i dirigenti delle aree/strutture/uffici cui sono preposti. I singoli dirigenti (Referenti del RCPT), possono, per gli adempimenti di cui sopra individuare appositi incaricati.

I Referenti curano la tempestiva comunicazione delle informazioni nei confronti del Responsabile, secondo quanto stabilito nel Piano. I referenti coincidono, di norma, con i Direttori/Dirigenti delle macro-strutture (Dipartimenti) e delle strutture organizzative (complesse, dipartimentali e semplici) in cui è articolata l'Azienda.

A garanzia dello svolgimento delle funzioni di Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione in condizioni di autonomia e indipendenza, è d'obbligo seguire, nell'attribuzione dell'incarico, un criterio di rotazione/alternanza prevedendo la durata correlata alla durata del contratto sottostante all'incarico dirigenziale.

Lo svolgimento del ruolo di impulso che la legge affida al Responsabile della prevenzione della corruzione richiede che l'organizzazione aziendale sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e output finale e che le strutture organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto. In tal senso in sede di contrattazione di budget, in linea con il Piano triennale della performance, saranno individuati obiettivi specifici da misurare ai fini della valutazione delle attività e dei dirigenti.

Tutte le articolazioni dell'organizzazione aziendale svolgono un ruolo fondamentale nel prevenire fenomeni corruttivi e di malfunzionamento dei servizi, talché anche singole figure professionali che svolgono ruoli intermedi e di coordinamento debbono farsi carico del miglioramento della qualità dei servizi e del benessere organizzativo che da tali iniziative viene prodotto.

Gli obiettivi annuali di performance posti ai Dirigenti devono prevedere l'utilizzo degli strumenti dell'integrità e della trasparenza quali strategie di crescita e di sviluppo per delineare nuovi obiettivi organizzativi e individuali.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione identifica modalità di raccordo con le attività dell'Organismo Indipendente per la Valutazione dell'Azienda (in particolare per ciò che concerne il monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni).

Dirigenti

Il Direttore di Dipartimento, il Direttore di Struttura Complessa o Dirigente di Struttura Semplice Dipartimentale o semplice, nell'ambito della propria competenza, hanno poteri propositivi e di controllo e obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione.

In particolare, dovrà:

- proporre misure di carattere generale idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, anche con l'introduzione di adeguate forme interne di controllo, specificamente dirette alla prevenzione e all'emersione di possibili esposizioni al rischio corruttivo;

- fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione le informazioni necessarie e le proposte adeguate all'adozione di misure di verifica e di controllo;
- avanzare proposte per la rotazione del personale soggetto a procedimenti penali e/o disciplinari per condotta di natura corruttiva, qualora emergesse un effettivo e concreto rischio di reiterazione della corruzione;
- fare un attento censimento di tutta l'area di propria competenza, in particolare attraverso una verifica delle risorse umane disponibili, degli incarichi e delle responsabilità, dei singoli obiettivi affidati, dei processi che coinvolgono i poteri di spesa e quelli di acquisizione delle entrate e delle vertenze in corso, al fine di verificarne la congruità in materia di lotta alla corruzione;
- formalizzare, nel rispetto delle prescrizioni legislative e delle disposizioni aziendali, precise disposizioni interne in ordine alle procedure di competenza della struttura, prevedendo puntuali e vincolanti sequenze di comportamenti e di responsabilità, allo scopo di standardizzare e di orientare i procedimenti;
- adottare le misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di conoscere e rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- adottare misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;
- adottare misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge, in materia di autorizzazione di incarichi esterni;
- proporre la programmazione di specifiche attività di formazione del personale e relativa individuazione, in collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione e con la Struttura Formazione;
- prevedere forme di diffusione del Piano triennale di prevenzione della corruzione ai dipendenti/collaboratori/consulenti a qualsiasi titolo dell'Azienda
- rendicontare annualmente al RPCT lo stato di attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo tramite portale web dedicato per il governo del sistema di prevenzione della corruzione aziendale.

Ciascun Direttore di Dipartimento, Dirigente di Struttura Complessa, Semplice o Dipartimentale, in qualità di Referente, relaziona semestralmente (entro il 15 luglio e 15 gennaio di ogni anno) al Responsabile per la prevenzione della corruzione, sullo stato di attuazione relativamente ai punti di cui alle lettere d), e), f), g), h) e j). Ai fini della rendicontazione è utilizzata la piattaforma web aziendale dedicata al governo degli adempimenti in materia di anticorruzione.

Ai medesimi competono, altresì, gli specifici adempimenti di settore, in ordine agli obblighi di pubblicità e trasparenza di dati, informazioni e documenti, come prescritto dal D. Lgs. n.33/2013 e s.m.i. e dal presente Piano, nella sezione inerente la trasparenza.

Personale dipendente

Il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, rispetta le prescrizioni contenute nel presente Piano, presta la sua collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza.

Tutto il personale dell'Azienda è pertanto tenuto alla puntuale osservanza delle norme anticorruzione ed a fornire il suo apporto collaborativo al Responsabile della prevenzione della corruzione per l'attuazione del presente Piano.

Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

Gli Organismi indipendenti di valutazione (O.I.V.) rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Al riguardo si rinvia al d.p.r. del 9 maggio 2016, n. 105 «Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche» e, in particolare all'art. 6. Gli OIV validano la relazione sulle performance, di cui all'art. 10 del d.lgs. 150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propongono all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti; promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza (art. 14, co. 1, lett. g), d.lgs. 150/2009).

Gli OIV sono tenuti a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44). L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al Responsabile della prevenzione della corruzione è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il Responsabile della prevenzione della corruzione segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43). Resta fermo il compito degli OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.):

- a) partecipa al processo di gestione del rischio;
- b) considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- c) svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- d) esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.

Il Policlinico Riuniti Foggia ha costituito e nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) con deliberazione del Direttore Generale n. 397 del 15 luglio 2019.

Ufficio Procedimenti disciplinari (U.P.D.)

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (di seguito indicato U.P.D.) - per le sue specifiche competenze - si caratterizza per la sua indipendenza funzionale rispetto alle UU.OO. amministrative aziendali. Esso ha competenza su tutto il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico Riuniti" di Foggia.

L'U.P.D. è composto da una specifica Sezione per la Dirigenza Medica, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie, una per la Dirigenza Tecnica ed Amministrativa, una per il Comparto.

L'U.P.D. è composto da tre membri titolari e tre membri supplenti, che sostituiscono il titolare in caso di assenza o di legittimo impedimento.

La composizione attuale dell'U.P.D., giusta deliberazione del **Commissario Straordinario n. 371 del 03/08/2022.**

All'Ufficio competono le seguenti attribuzioni, da espletare in conformità alle modalità stabilite dalle disposizioni contrattuali, normative e dal presente regolamento:

- a) istruzione del procedimento disciplinare (salvo i casi di competenza del Responsabile del Servizio).
Acquisisce prove documentali, testimoniali e perizie, anche su indicazione del dipendente, accede ai luoghi ove è avvenuto il fatto oggetto di contestazione, compie ispezioni, sequestri e ricognizioni nei casi e nei limiti previsti dalla vigente normativa, chiede la collaborazione di altre realtà operative e/o di funzionari dotati di particolare esperienza nelle materie oggetto di contestazione;
- b) contestazione degli addebiti (salvo per le ipotesi di rimprovero verbale di competenza del Responsabile con qualifica dirigenziale) procedendo all'audizione a difesa del dipendente;

- c) applicazioni delle sanzioni (salvo per le ipotesi di rimprovero verbale di competenza del Responsabile con qualifica dirigenziale);
- d) proposta di applicazione della sanzione del licenziamento con o senza preavviso da adottarsi con provvedimento del Direttore Generale;
- e) archiviazione del procedimento (salvo per le ipotesi di rimprovero verbale di competenza del Responsabile con qualifica dirigenziale);
- f) tenuta di un registro protocollo riservato per la corrispondenza in arrivo o in partenza;
- g) fornire pareri non vincolanti ai Responsabili delle UU.OO. nei casi in cui le disposizioni vigenti stabiliscono la competenza di questi ultimi in materia disciplinare;
- h) tenere un archivio che raccolga sinteticamente notizie sulle sanzioni disciplinari irrogate, secondo competenza;
- i) collaborare all'organizzazione dell'attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione del Codice di comportamento, del Codice Disciplinare e del relativo procedimento.

Rimane immutata l'incombenza:

- dell'U.P.D. e dei Responsabili delle UU.OO. (nei casi di rispettiva competenza), di trasmettere all'U.O.C. Risorse Umane l'esito del procedimento concluso con l'irrogazione di una sanzione, la quale dovrà essere acclusa nel fascicolo personale del dipendente;
- dei Responsabili delle UU.OO. di trasmettere la contestazione disciplinare ed il provvedimento disciplinare, all'U.P.D. ed all'U.O.C. Risorse Umane per le relative attività di competenza.

Ai sensi dell'art. 55 *sexies*, comma 3 ultimo periodo, D. Lgs. 165/2001, l'Azienda individua, ove necessario anche tramite una convenzione tra aziende ai sensi dell'art. 55 *bis* D. Lgs. 165/2001, i titolari dell'azione disciplinare (c.d. U.P.D. 2) competenti nelle ipotesi di mancato esercizio o di decadenza dall'azione disciplinare, commesse dai componenti dell'U.P.D..

Pertanto, in caso di mancato esercizio o decadenza dall'azione disciplinare, dovuti all'omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare, ovvero a valutazioni manifestamente irragionevoli di insussistenza dell'illecito in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare, comporta, per i soggetti responsabili (Responsabile UO o U.P.D.), l'avvio di un procedimento disciplinare che può concludersi, in caso di accertata responsabilità, con l'irrogazione della sospensione dal servizio fino ad un massimo di tre mesi, salva la maggiore sanzione del licenziamento nel caso in cui si accerti che l'infrazione suddetta è stata commessa con dolo o colpa grave.

Titolare dell'azione disciplinare nei confronti dei componenti dell'U.P.D. è l'Ufficio competente per i procedimenti disciplinari ai sensi dell'art. 55 *sexies*, comma 3, del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., in breve denominato "U.P.D.", i cui componenti sono individuati con atto del Direttore Generale, ove necessario, anche tramite una convenzione tra aziende, ex art. 55 *bis* D. Lgs. n. 165/2001.

L'omessa attivazione del procedimento disciplinare e l'omessa adozione del provvedimento di sospensione cautelare, senza giustificato motivo, nel caso di acquisita conoscenza da parte del Dirigente o dell'U.P.D. della falsa attestazione della presenza in servizio da parte di un dipendente accertata in flagranza o mediante strumenti di sorveglianza o di registrazione degli accessi o delle presenze, comporta a carico del Dirigente responsabile o dell'U.P.D., responsabilità disciplinare punibile con il licenziamento.

In questi casi, la competenza ad attivare il procedimento disciplinare è attribuita, rispettivamente, all'U.P.D. per le infrazione/omissioni commesse dal Dirigente, all'U.P.D. 2 per le infrazioni/omissioni commesse dai componenti U.P.D..

Il Policlinico Riuniti Foggia ha provveduto ad adottare il Regolamento per i procedimenti disciplinari con deliberazione del Commissario Straordinario n. 76 del 04/04/2022.

2.3.3 Obiettivi strategici anticorruzione

In coerenza con gli obiettivi strategici di prevenzione individuati dal PNA (ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, creare un contesto sfavorevole alla corruzione, garantire maggiori livelli di trasparenza), la Direzione Aziendale, nel condividere e fare propri tali obiettivi, intende promuovere:

- **l'incremento della formazione** in materia, al fine di diffondere la cultura dell'etica e della legalità tra tutti i dipendenti;
- **il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata;**
- Intensificazione delle attività di sensibilizzazione e dei controlli in materia di “**conflitto di interessi**” nell'ambito delle procedure di gara e concorsi, costituzione commissioni e nell'ambito delle sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Il **miglioramento delle qualità dei dati** pubblicati in Amministrazione Trasparente;
- l'intensificazione delle azioni relative ai **controlli interni (monitoraggio semestrale) con particolare riferimento agli appalti e contratti.**

2.3.4 Valutazione d'impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Il Policlinico Riuniti Foggia, nella realizzazione delle attività nell'ambito della sua mission, instaura una serie di rapporti con le Istituzioni, gli Enti del S.S.N., le Università, le Associazioni, le Case farmaceutiche ed altri soggetti pubblici e privati.

L'Azienda si caratterizza per l'attività assistenziale di ricovero (urgente e programmato, ordinario e in day hospital), per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali specialistiche ed attività d'emergenza urgenza nonché per altre prestazioni sanitarie non tariffate concordate con la Regione Puglia. In particolare, persegue lo sviluppo di attività d'alta specializzazione in quanto riferimento di un ampio territorio provinciale, regionale ed extraregionale. Svolge in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica (intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori) e ricerca (intesa come continuo progresso delle conoscenze e risorse cliniche e biomediche), costituendo, al tempo stesso, elemento strutturale del Servizio Sanitario della Regione Puglia, nonché del Sistema Universitario. Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche della Facoltà di Medicina e quelle del Servizio Sanitario.

L'interazione dell'Azienda con molteplici soggetti, sia interni che esterni, aventi interessi specifici differenti consentono, assumendo una posizione preliminarmente garantista, di poter considerare come “medio/alto” il rischio corruttivo.

La valutazione del rischio è un processo circolare che parte dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso. In modo sintetico le fasi sono quattro:

Attività	Soggetti	Incidenza variabili esogene	Impatto	Probabilità	Rischio finale
Programmazione	Soggetti pubblici AReSS Agenas Ministero della Salute MEF Università Enti di Ricerca Comunità scientifica Soggetti privati Associazioni di categoria	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio 
Finanziamento	Soggetti pubblici Regione Ministero Salute Altri soggetti pubblici Soggetti privati Aziende Cittadini	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio 
Produzione	Soggetti pubblici Aziende di Servizi alla Persona Soggetti privati Fornitori Dipendenti Sponsor Case farmaceutiche	Territoriali, criminologiche, culturali, sociali ed economiche	Alto	Alta	Alto 

Il rischio corruttivo può ritenersi “alto” con riferimento alle “interazioni” e “relazioni” tra i seguenti soggetti ed il personale del Policlinico Riuniti Foggia:

- Operatori Economici;
- Personaggi politici;
- Imprese esecutrici di lavori pubblici;
- Consulenti e collaboratori;
- Componenti di Commissioni di Gara e Concorsi;
- Aziende farmaceutiche e Sponsor;
- Associazioni di Volontariato;
- Strutture sanitarie private convenzionate e non;

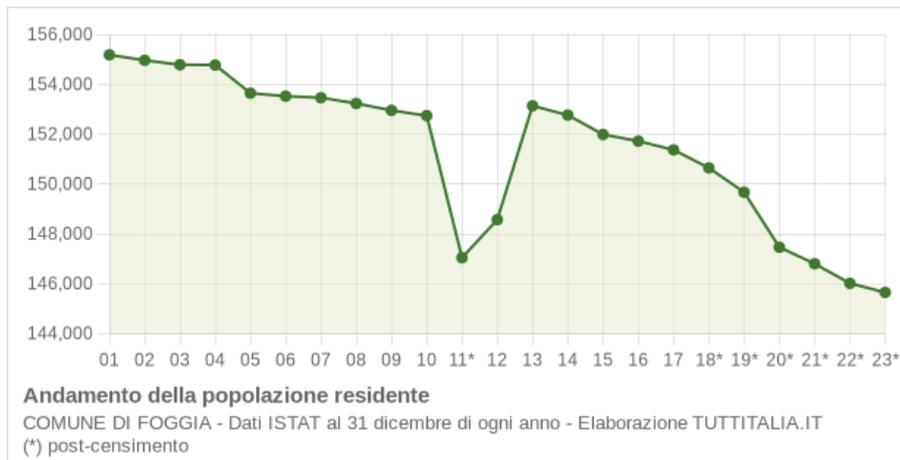
I principali eventi rischiosi rilevati in fase di mappatura delle aree e dei processi sono riconducibili ai seguenti:

- conflitto di interessi;
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione;
- violazione del segreto d'ufficio;
- pilotaggio di procedure per favoritismi;
- alterazione dei tempi di attesa.

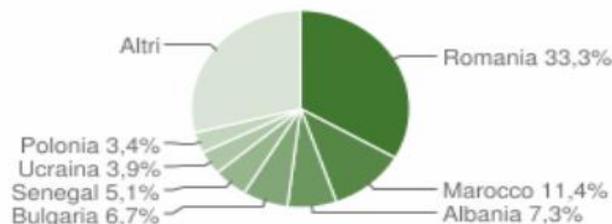
Caratteristiche demografiche

La Provincia di Foggia è una [provincia italiana](#) della [Puglia](#) di 601.419 abitanti (fonte ISTAT 2022). È la **terza provincia più vasta d'Italia** dopo quelle di [Sassari](#) e [Bolzano](#), **prima tra quelle delle Regioni a statuto ordinario**; si estende su una superficie di 7 007,54 km² e comprende 61 comuni.

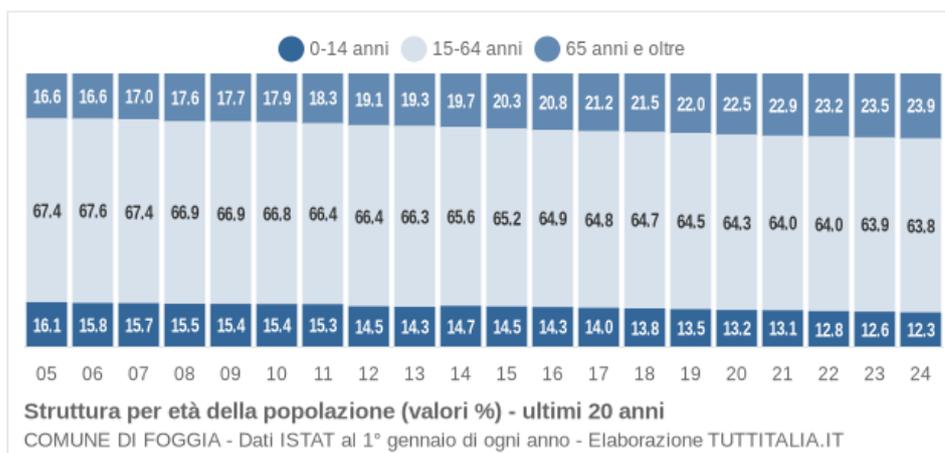
Di seguito il grafico dell'andamento della popolazione residente dal 2001 al 2023:



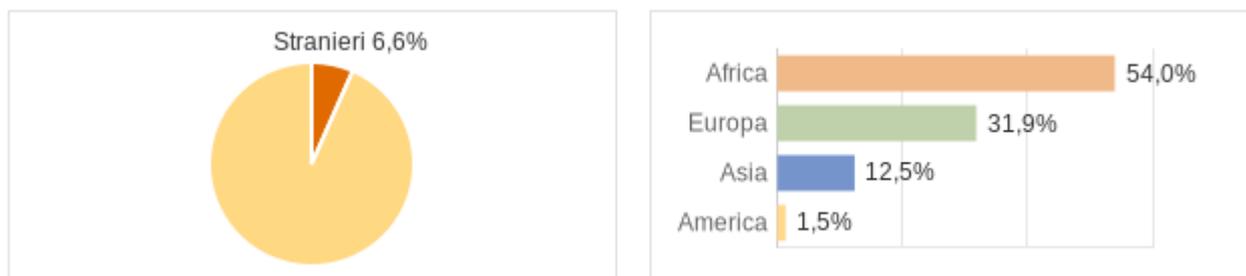
Di seguito l'analisi della struttura per età della popolazione residente in provincia di Foggia che considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo progressiva, stazionaria o regressiva a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana.



Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, sul sistema lavorativo e su quello sanitario.



Gli stranieri residenti in provincia di Foggia al 1° gennaio 2024 sono 9.562 e rappresentano il 6,6% della popolazione residente.



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 15,2% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Senegal** (10,5%) e dal **Marocco** (9,5%).

Indicatori demografici

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente a Foggia.

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità(x 1.000 ab.)	Indice di mortalità(x 1.000 ab.)
	1° gen	1° gen	1° gen	1° gen	1° gen	gen-dic	gen-dic
2002	91,2	45,8	77,2	82,5	20,2	10,4	7,4
2003	95	46,5	80,2	85,2	20,6	10,2	7,8
2004	100,2	47,1	82,6	87,8	20,7	10,3	7,5
2005	103,1	48,4	81,5	92,6	21,1	10	8
2006	105,7	47,9	87,1	96	20,8	9,7	8,1
2007	108,2	48,5	90,6	98,4	20,6	9,3	8,6
2008	114,2	49,5	95,5	101,5	20,4	9,9	8,1
2009	114,9	49,5	105	105,3	20,5	9,6	8,5
2010	116,5	49,8	113,7	109	20,5	9,5	8,6
2011	119,9	50,7	119,6	112,2	20,6	8,7	9,3
2012	131,4	50,6	121,6	114,8	19,2	9,3	9,6
2013	134,7	50,7	122,9	114,3	19,5	8,6	8,6
2014	134,2	52,5	120,2	118,3	19,7	8,5	8,9
2015	140,5	53,3	119,3	120,4	19,6	8,2	9,3
2016	146,2	54,1	119,1	122,8	19,4	7,9	9,1
2017	151,7	54,3	120,5	124,9	19,4	7,7	9,8

2018	156,5	54,5	120,3	125,8	19,1	7,3	9,5
2019	162,9	54,9	121,4	125,9	18,9	6,9	9,9
2020	170,5	55,4	123,7	126,8	18,6	7,2	12
2021	175,3	56,3	124,7	126,9	18,5	6,5	11,9
2022	181,7	56,2	129,4	127,7	18,2	6,9	11,3
2023	187,3	56,5	134,9	128,8	17,9	7	10,8
2024	194,5	56,8	139,4	128,9	18,3	-	-

Indice di vecchiaia

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2024 l'indice di vecchiaia per il comune di Foggia dice che ci sono 194,5 anziani ogni 100 giovani.

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). *Ad esempio, teoricamente, a Foggia nel 2024 ci sono 56,8 individui a carico, ogni 100 che lavorano.*

Indice di ricambio della popolazione attiva

Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. Ad esempio, a Foggia nel 2024 l'indice di ricambio è 139,4 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

Indice di struttura della popolazione attiva

Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

Carico di figli per donna feconda

È il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.

Indice di natalità

Rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti.

Indice di mortalità

Rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

Età media

È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente. Da non confondere con l'aspettativa di vita di una popolazione.

Criminalità organizzata

In relazione agli aspetti di criminalità che possono avere attinenza con il contesto di cui al presente Piano, anche la consultazione di documenti e rendiconti più strettamente collegati alla realtà locale mette in evidenza che alcuni fenomeni sono presenti anche nel nostro tessuto sociale.

Foggia è la provincia al primo posto in Italia, secondo i report annuali, **in quanto a numero di estorsioni denunciate** (28,1 ogni 100mila abitanti) ed è **seconda in classifica**, dietro Caltanissetta, **per numero di omicidi volontari** (2,3 ogni 100mila abitanti). È **seconda**, dietro Crotona, **per tentati omicidi** (3,9 ogni 100mila abitanti) ed è al **terzo posto** dopo Reggio Calabria e Vibo Valentia **per denunce per associazione mafiosa** (1,5 ogni 100mila abitanti).

L'analisi del fenomeno mafioso dimostra come la criminalità organizzata foggiana, nella tradizionale distinzione tra società foggiana, organizzazioni criminali del Gargano e gruppi del Tavoliere conservi, come punto di forza, una tipica impenetrabilità connessa alla struttura familistica e al forte radicamento sul territorio.

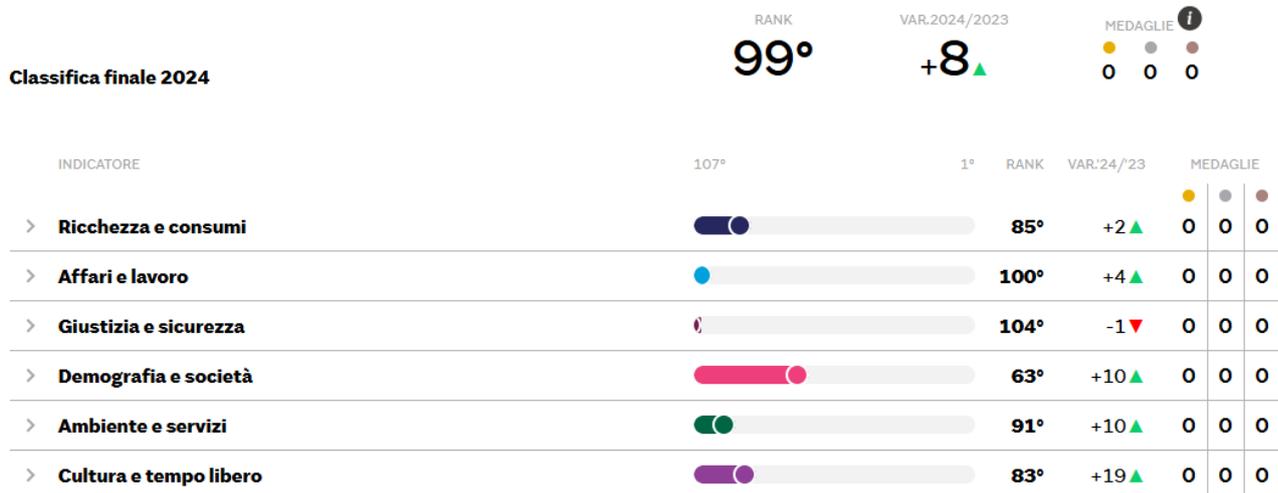
Occupazione

Il mercato occupazionale si presenta relativamente poco soddisfacente e per quanto riguarda le infrastrutture sociali Foggia presenta un ritardo piuttosto consistente non solo in ambito nazionale ma anche regionale. Il contesto sociale, economico e criminale in cui opera l'Azienda, certamente rappresentano importanti fattori abilitanti il rischio corruttivo che impongono un rafforzamento delle misure di mitigazione, così come riportate nel presente Piano.

E' stata esaminata l'indagine della Qualità della vita del Sole 24 Ore che prende in esame 90 indicatori, suddivisi nelle tradizionali sei macro-categorie tematiche (ciascuna composta da 15 indicatori) che accompagnano l'indagine dal 1990:

- ricchezza e consumi;
- affari e lavoro;
- ambiente e servizi;
- demografia, società e salute;
- giustizia e sicurezza;
- cultura e tempo libero.

Il quadro generale della qualità di vita a Foggia è rappresentato nella seguente grafica:



2.3.5 Valutazione d'impatto del contesto interno

L'analisi del contesto interno ha come obiettivo quello di analizzare le caratteristiche dell'Azienda e della sua gestione operativa che potrebbero rivelare criticità nell'ambito del sistema di gestione della prevenzione della corruzione. Tale analisi, in particolare consente di evidenziare il livello di complessità organizzativa dell'amministrazione e soprattutto il sistema delle responsabilità.

Il Policlinico Riuniti Foggia si articola in 10 Dipartimenti Assistenziali Integrati e in 2 dipartimenti amministrativi.

Essendo un'Azienda integrata con l'Università degli Studi di Foggia, il Policlinico Riuniti Foggia interagisce costantemente con la Facoltà di Medicina dell'Ateneo foggiano, in modo coordinato ed inscindibile con l'attività di ricerca e di didattica che in essa si svolge per la formazione dei professionisti del futuro.

La "mission" del Policlinico è rispondere alla domanda di salute (fisica e psichica), garantendo appropriatezza, sicurezza, qualità ed efficienza delle prestazioni e delle cure anche mediante un progressivo sviluppo della ricerca (in ambito clinico e biomedico) e un miglioramento delle competenze degli operatori, grazie ad attività didattiche di supporto.

Svolge in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica (intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori) e ricerca (intesa come continuo progresso delle conoscenze e risorse cliniche e biomediche), costituendo, al tempo stesso, elemento strutturale del Servizio Sanitario della Regione Puglia nonché del Sistema Universitario.

Sebbene il quadro complessivo non richieda ulteriori misure di mitigazione del rischio corruttivo, la Direzione Strategica aziendale intende rafforzare i presidi anticorrittivi, con particolare riferimento ai progetti PNRR, attraverso monitoraggi di I e II livello, al fine di scongiurare ogni eventuale evento corruttivo.

2.3.6 Mappatura dei processi

Ai sensi della Legge 190/2012 e nell'osservanza del Piano Nazionale Anticorruzione, l'Azienda ha provveduto alla mappatura dei processi aziendali nonché all'individuazione delle "fasi" più frequentemente soggette al rischio corruttivo, prendendo come riferimento metodologico la norma ISO 31000 "Risk Management - Principles and guidelines".

Preso atto dell'importanza strategica della mappatura dei processi nell'ambito dell'analisi del contesto interno, nel corso dell'anno 2024, i Referenti del RCPT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate con l'ausilio di una piattaforma web centralizzata.

I vari processi sono stati inquadrati in aree di rischio con l'indicazione del Responsabile e la descrizione del processo e delle fasi rilevanti per la valutazione del rischio corruttivo.

In particolare, sono state considerate le seguenti Aree a rischio:

A) Acquisizione e progressione del personale

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

B) Affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti
2. Definizione dell'oggetto ed individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte

6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

C) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

D) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

Di seguito le aree a rischio individuate:

1. Contratti pubblici;
2. Incarichi e nomine;
3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
4. Controlli, verifiche ispezioni e sanzioni;
5. Attività libero professionale e liste di attesa;
6. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
7. Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni);
8. Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

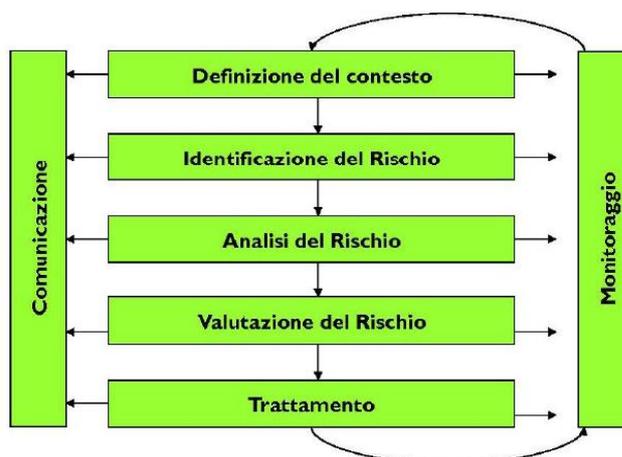


Figura 1 Fasi dell'analisi del rischio

Nel corso dell'anno 2024 sono stati mappati ed analizzati 185 processi aziendali. Per dettagli si rinvia al documento "Allegato 1 - Analisi dei rischi".

2.3.7 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

La valutazione del rischio è un processo circolare che parte dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso. In modo sintetico le fasi sono quattro:

- la mappatura dei processi di ogni area aziendale;
- la valutazione del rischio per ogni processo;
- la definizione delle misure per la prevenzione, già in essere e da adottare;
- l'attività di monitoraggio e valutazione



Figura 2 - Schema gestione del rischio

Sono stati individuati cinque criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata effettuata la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

Discrezionalità	
Valore	Rischio
Processo con alta discrezionalità (assenza di leggi e regolamenti, assenza di procedure, ecc)	Alto
Processo parzialmente vincolato (presenza di leggi o di atti amministrativi):	Medio
Processo totalmente vincolato	Basso
Rilevanza esterna e valore economico	
Valore	Rischio
Destinatari esterni all'azienda/Valore economico alto	Alto
Destinatari esterni all'azienda/Valore economico basso	Medio
Destinatari interni all'azienda/Valore economico alto	Medio
Destinatari interni all'azienda/Valore economico basso	Basso
Efficacia controlli	
Valore	Rischio
Misure applicate ma da implementare	Alto
Misure applicate ma alcune da implementare	Medio
Misure correttamente applicate	Basso
Presenza di segnalazioni in realtà simili	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Basso
Presenza di segnalazioni	
Valore	Rischio
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi nell' Azienda	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi nell' Azienda	Basso

Con la nuova metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori risulta il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si dà particolare rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un “alert” per la gestione del rischio corruttivo e porteranno i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro “intrinseca rischiosità”.

Il rischio è stato calcolato considerando i due “fattori probabilità” e “impatto” con la seguente formula:

$$\text{Rischio} = \text{media probabilità} \times \text{media impatto}$$

L’analisi del rischio così condotta, tramite sistema informatizzato aziendale di rilevazione dei processi/rischi/misure, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto), ha consentito di giungere alla determinazione del livello di rischio, rappresentato da un valore numerico nella scala 1-25.

Si è ritenuta coerente la seguente ponderazione del rischio:

fino a 4,99 rischio basso; da 5 a 13,99 rischio medio; dal 14 a 25 rischio alto.

- **Rischio basso:** richiede il mantenimento delle azioni già messe in atto ritenute sufficienti a realizzare l’invarianza del grado di rischio. Il rischio, infatti, è tale che può essere sostenuto dall’organizzazione in riferimento agli obblighi di legge e alla politica adottata non richiede interventi nel breve periodo ma interventi tesi a convalidare le procedure in essere ed ad elevare nel tempo le condizioni di sicurezza.
- **Rischio medio:** richiede un miglioramento delle misure di controllo, diminuzione della discrezionalità, aumento dei livelli di controllo.
- **Rischio alto:** richiede interventi immediati mirati a migliorare i controlli, ad eliminare per quanto possibile la discrezionalità e a prevedere la formazione del personale.

Ciascun livello di rischio è valutato, con riferimento agli interventi di prevenzione del rischio, in relazione al valore che assume all’interno del *range* di riferimento.

Nel corso dell’anno 2024 è stato perfezionato il processo di gestione del rischio corruttivo, facilitato dall’utilizzo di una piattaforma web centralizzata, dedicata al governo del sistema anticorruttivo aziendale. Tale piattaforma ha consentito di gestire in modo uniforme tutti gli adempimenti previsti dalla L. 190/12, rendendo maggiormente consapevoli i Dirigenti, coinvolgendo le Strutture e garantendo nel contempo la tracciabilità ed il monitoraggio continuo delle misure adottate dai Referenti del RPCT.

Un concetto cruciale nello stabilire se attuare nuove azioni è quello di “rischio residuo”, ossia del rischio che persiste una volta che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. Nell’analizzare il rischio residuo si considera inizialmente la possibilità che il fatto corruttivo venga commesso in assenza di misure di prevenzione; successivamente, si analizzano le misure generali e specifiche che sono state già adottate dall’amministrazione valutandone l’idoneità e l’effettiva applicazione. Nella valutazione del rischio, quindi, è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sul rischio residuo.

Sono stati altresì considerati i “fattori abilitanti” ovvero i fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fattori corruttivi, come di seguito elencati:

- Mancanza / inadeguatezza di controlli
- Mancanza di trasparenza
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento
- Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto
- Scarsa responsabilizzazione interna

- Assenza di adeguate competenze in capo al personale addetto ai processi
- Carenza e/o inadeguata diffusione della cultura della legalità, responsabilità, integrità
- Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

2.3.8 Misure di prevenzione

Al fine di ridurre il livello di rischio corruttivo sono state individuate le misure di prevenzione (trasversali e specifiche) inserite nel registro dei rischi all'interno del software aziendale.

Per ciascuna area di rischio sono indicate le misure di prevenzione già esistenti e quelle nuove da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, la tempistica per l'introduzione e implementazione e le responsabilità della stessa.

Il principio per decidere la nuova applicazione o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio è quello del rapporto costo-efficacia, ossia il cercare di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

Così come previsto nel Piano Nazionale Anticorruzione, sono previste alcune misure trasversali, fra cui:

- ✓ la trasparenza, che costituisce oggetto del Programma Triennale sulla Trasparenza;
- ✓ l'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti e il riutilizzo degli stessi;
- ✓ il monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali facendo emergere eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi.
- ✓ l'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi (workflow - gestore degli atti – delibere e determine) consentendo la loro tracciabilità al fine di ridurre il rischio di "blocchi" non controllabili con l'emersione delle responsabilità per ciascuna fase;
- ✓ controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti da parte dei servizi competenti;
- ✓ promozione di convenzioni tra amministrazioni per l'accesso alle banche dati istituzionali;
- ✓ affidamento delle ispezioni, dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione di norma ad almeno due dipendenti abbinati;
- ✓ sottoscrizione da parte degli utenti dei verbali redatti a seguito di attività di vigilanza;
- ✓ ascolto dell'utente, raccolta di suggerimenti, osservazioni e proposte di miglioramento anche riguardo ai temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione attraverso i canali di comunicazione presenti.

Di seguito l'elenco delle misure definite nell'ambito del sistema di gestione della prevenzione della corruzione, meglio illustrate nei capitoli successivi:

Descrizione misura	Attuazione misura (Si/No)
Inconferibilità e incompatibilità	SI
Incarichi extra-istituzionali	SI
Incompatibilità successive (pantouflage)	SI
Astensione per conflitto di interessi	SI
Rotazione del personale (ordinaria e straordinaria)	SI
Codice di Comportamento	SI
Segnalazioni illecite (whistleblowing)	SI

Formazione del personale	SI
R.A.S.A.	SI
Gestore U.I.F. e misure antiriciclaggio	SI
Controlli Commissioni e conferimento incarichi	SI
Patto di integrità	SI
Trasparenza	SI
Informatizzazione e dematerializzazione	SI
Regolamentazione delle Sponsorizzazioni	SI
Controllo attività conseguenti al decesso	SI
Regolamentazione donazioni e comodati d'uso	SI
Regolamentazione ALPI e Liste di attesa	SI
Certificazione bilancio di esercizio	SI

Nei successivi capitoli sono rendicontate le misure generali applicate dall'Azienda per la mitigazione del rischio corruttivo. Per dettagli sulle misure specifiche si rinvia all'Allegato_3-Stato attuazione misure.

2.3.9 Patto di integrità

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Patto di integrità	attuata	% presenza patto di integrità nelle procedure di gara (100%)	Referenti interni

Programmazione triennale della misura	2025	2026	2027
	controlli su sottoscrizione patto di integrità	controlli su sottoscrizione patto di integrità	controlli su sottoscrizione patto di integrità

Per "Patto di Integrità" si intende un accordo, tra amministrazione e partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'esplicito impegno anticorruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.

L'art. 1 c. 17 della Legge 190/2012 prevede che "Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara." Si tratta pertanto di uno strumento volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice sia nei confronti dei concorrenti, sia nei confronti dell'amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione e del senso di responsabilità. Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e

affidamento, Il Policlinico Riuniti Foggia ha elaborato un “Patto di integrità” per le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, anche sotto-soglia che è stato notificato a tutti i Responsabili e Direttori di Strutture amministrative, tecniche e professionali, giusta nota del 11 marzo 2019 con prot. n. 3361.

I Responsabili delle Strutture preposte alla gestione delle relative procedure, assicurano l’inserimento del Patto di integrità nell’ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti Responsabili curano inoltre l’inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia in virtù della quale la sottoscrizione del Patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l’esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto. La carenza della dichiarazione di accettazione del patto di integrità o la mancata produzione dello stesso debitamente sottoscritto dal concorrente possono considerarsi regolarizzabili attraverso la procedura di soccorso istruttorio di cui al nuovo Codice dei Contratti, con applicazione della sanzione pecuniaria stabilita dal bando di gara.

Eventuali violazioni del patto di integrità sono tempestivamente comunicate al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2.3.10 Conflitto di interessi

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Gestione conflitti di interesse	attuata	% verifiche sulle segnalazioni effettuate	RPCT e Referenti interni

Programmazione triennale della misura	2025	2026	2027
	Monitoraggio conflitti interessi	Monitoraggio conflitti interessi	Monitoraggio conflitti interessi

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire o appare avere la potenzialità di interferire, con il dovere di una persona ad agire in conformità con un interesse primario, ad esempio, nel caso del funzionario e del dipendente pubblico, in conformità con l’interesse pubblico perseguito mediante l’esercizio della funzione e/o con l’interesse facente capo al destinatario del provvedimento e tutelato dall’ordinamento (*Institute of Medicine, 2009, Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice, Washington, DC: The National Academies Press*).

Ai sensi dell’art. 6-bis della L. n. 241/90, così come introdotto dall’art. 1, comma 41, della L. 190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale devono astenersi, in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale, ai loro superiori gerarchici. I Dirigenti formulano la segnalazione, riguardante la propria posizione, al Direttore Generale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l’affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull’imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all’immagine dell’Azienda.

Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.

Costituiscono, per tutto il personale, misure generali di prevenzione del fenomeno corruttivo, le disposizioni contenute nell’art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, così come introdotto dall’art. 1 comma 46 della L. 190/2012. In particolare, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Si ravvisano casi di conflitto di interesse, anche nelle seguenti ipotesi:

- a) rapporti di collaborazione e consulenza, sia retribuiti che a titolo gratuito, svolti nell'ultimo quinquennio, a favore di soggetti ai quali sia stato aggiudicato, nel medesimo periodo o concorso ad aggiudicare, in nome e per conto dell'Azienda, appalti di lavori, forniture e servizi;
- c) eventuali relazioni di parentela o affinità fino al secondo grado, sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con l'Azienda stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, limitatamente agli ambiti di lavoro di competenza;
- d) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti, con i quali l'Azienda ha in corso di definizione qualsiasi controversia civile, amministrativa o tributaria;
- e) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti privati, con i quali l'Azienda ha instaurato o è in procinto di instaurare un rapporto di partenariato.

In tutte le sopraindicate ipotesi di conflitto di interesse, il dipendente ha l'obbligo di presentare con cadenza annuale all'Area gestione del Personale una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi di cui al D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

I dati così acquisiti avranno in ogni caso carattere riservato, nel rispetto di quanto previsto in materia di tutela della protezione dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Durante l'anno 2024 non sono emerse situazioni di sussistenza di conflitto di interessi.

2.3.11 Codice di Comportamento

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Aggiornamento Codice di Comportamento	Misura attuata	Aggiornamento del Codice di Comportamento	RPC e Referenti interni - Affari Generali – OIV

Programmazione triennale della misura	2025	2026	2027
	Attuazione e monitoraggio Codice	Attuazione e monitoraggio Codice	Attuazione e monitoraggio Codice

L'art. 54, co. 5 del D.lgs. n. 165/2001, così modificato e sostituito dall'art. 1, co. 44, della Legge 190/2012, prevede che ciascuna Amministrazione Pubblica approvi, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere favore dell'Organismo di Vigilanza, un proprio Codice di Comportamento nel rispetto dei criteri, delle linee guida e dei modelli predisposti dall'ANAC.

Il Policlinico Riuniti Foggia ha predisposto una proposta di aggiornamento del proprio Codice di Comportamento, alla luce di quanto disposto dal d.P.R. 13 giugno 2023, n. 81, recante modifiche al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 in tema di "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165". Il nuovo decreto ha introdotto in particolare

l'art. 11-bis rubricato "utilizzo delle tecnologie informatiche" e l'art. 11-ter rubricato "utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media".

Il Codice di comportamento aziendale è stato aggiornato al DPR 81/2023, con deliberazione del Direttore Generale n. 30 del 12 gennaio 2024.

A riguardo si precisa che i principi del Codice si applicano a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per il Policlinico Riuniti Foggia, con particolare attenzione a:

- a. tutti coloro che a qualunque titolo svolgono attività sanitaria, inclusi i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati;
- b. coloro che ricoprono ruoli e/o svolgono funzioni strategiche in seno all'organizzazione;
- c. personale operante nelle aree c.d. "a rischio generale o specifico";
- d. soggetti impiegati presso le strutture di rappresentanza legale dell'amministrazione;
- e. componenti di organi, titolari di incarichi presso gli uffici di diretta collaborazione con il vertice politico e amministrativo;
- f. soggetti impiegati presso gli uffici per le relazioni con il pubblico;
- g. dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, comunque vincolati da un rapporto di lavoro con l'amministrazione;
- h. collaboratori e consulenti dell'amministrazione con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, conferito a qualsiasi titolo;
- i. collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Nel corso dell'anno 2024 sono emerse alcune violazioni al Codice di comportamento aziendale, così come riportate nell'allegata Relazione del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

2.3.12 Incompatibilità successiva

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Codice di comportamento	Misura attuata	% verifiche presenza di clausole anti-pantouflage nei contratti individuali di lavoro e nei bandi di gara (100%) Formazione e sensibilizzazione del personale sul Codice di Comportamento (almeno 1 corso/anno)	RPCT e Referenti interni

Programmazione triennale della misura	2025	2026	2027
	Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento	Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento	Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento

La L. n. 190/2012 ha valutato un nuovo rischio corruttivo, connesso all'impiego del dipendente in un momento successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia precostituito, durante l'attività lavorativa, situazioni vantaggiose così da sfruttare a proprio vantaggio la sua posizione all'interno

dell'amministrazione per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

La misura di prevenzione è che il personale dipendente che per il ruolo e la posizione ricoperta nell'amministrazione ha avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (funzionari responsabili di Posizione organizzativa, responsabili di procedimento), ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D. Lvo n.165/2001, così come inserito dalla lettera l) del comma 42 dell'art. 1 della L. 6 novembre 2012, n. 190, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati che siano stati destinatari dell'attività della stessa pubblica amministrazione presso la quale sussisteva il rapporto di pubblico impiego. I contratti e gli atti conclusi in violazione del presente comma sono nulli. Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. n. 165/2001 e dell' art. 21 del d.lgs. 39/2013, il Policlinico Riuniti Foggia adotta le seguenti misure:

- **nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;**
- **nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;**

I soggetti per i quali emerge la situazione di cui al punto precedente sono esclusi dalle procedure di affidamento; si agisce in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.Lgs. n.165/2001.

2.3.13 Segnalazione illeciti

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Segnalazione illeciti	attuata	numero segnalazioni ricevute dai dipendenti (assenza segnalazioni)	RPCT

Programmazione triennale della misura	2025	2026	2027
	Attuazione nuovo regolamento sul whistleblowing	Monitoraggio segnalazioni	Monitoraggio segnalazioni

Il Policlinico Riuniti Foggia ha recepito il nuovo decreto sul whistleblowing, ai sensi del D.lgs. 24/2023 che ha abrogato l'art. 54 bis del D. Lgs.165/2001 e ha adottato la piattaforma informatica prevista per adempiere agli obblighi normativi, aderendo al progetto WhistleblowingPA. Inoltre, sono state recepite le Linee guida ANAC avente a oggetto: "Linee guida whistleblowing- Parte prima- I canali e le modalità di presentazione delle segnalazioni" adottate dall'Autorità con Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 che hanno sostituito quelle adottate con Delibera n. 469/2021.

Il nuovo regolamento sulla gestione delle segnalazioni di illecito è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 31 del 12 gennaio 2024.

Le disposizioni del decreto si applicano alle seguenti persone che segnalano, denunciano all'autorità giudiziaria o contabile o divulgano pubblicamente informazioni sulle violazioni di cui sono venute a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo:

- a) i dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ivi compresi i dipendenti di cui all'articolo 3 del medesimo decreto, nonché i dipendenti delle autorità amministrative indipendenti di garanzia, vigilanza o regolazione;
- b) i lavoratori autonomi, ivi compresi quelli indicati al capo I della legge 22 maggio 2017, n. 81, nonché i titolari di un rapporto di collaborazione di cui all'articolo 409 del codice di procedura civile e all'articolo 2 del decreto legislativo n. 81 del 2015, che svolgono la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- c) i lavoratori o i collaboratori, che svolgono la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico o del settore privato che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore di terzi;
- d) i liberi professionisti e i consulenti che prestano la propria attività presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- e) i volontari e i tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, che prestano la propria attività presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- f) gli azionisti e le persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- g) Soggetti in periodo di prova o in fase di colloquio;
- h) Ex dipendenti.

Con il D.lgs. 24/2023 aumentano le condotte meritevoli di segnalazione; la disciplina prevista dal decreto si estende infatti anche alle violazioni che possano ledere gli interessi dell'Unione Europea. Ricadono nella normativa anche le violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della Pubblica Amministrazione o dell'ente privato, inclusi gli illeciti amministrativi, contabili, civili o penali. Rimangono, invece, escluse dal decreto le segnalazioni circa i rapporti individuali di lavoro e quelle in materia di sicurezza e difesa nazionale.

Nel corso dell'anno 2024 non risultano segnalazioni di illecito da parte del personale dipendente.

2.3.14 Inconferibilità ed incompatibilità

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Attestazioni inconferibilità ed incompatibilità	attuata	% controlli sulle attestazioni ricevute e pubblicate annualmente (100%)	RPCT

Programmazione triennale della misura	2025	2026	2027
	Verifiche su attestazioni	Verifiche su attestazioni	Verifiche su attestazioni

Ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle Pubbliche Amministrazioni si osservano le disposizioni contenute nel decreto legislativo dell'8 aprile

2013 n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”. L’Autorità Nazionale per la Prevenzione della Corruzione (ANAC) con Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 ha fornito l’interpretazione in merito all’applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario.

In particolare, la delibera stabilisce che “le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le Aziende Sanitarie devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”.

Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi di cui all’art. 53 del d.lgs n. 165/ 2001.

Come previsto dai commi 5, 7, 9 e 14 dell’art. 53 del d.lgs. 165/2001, così come modificati dalla L. 190/2012, nel caso di conferimento o autorizzazione di incarichi a propri dipendenti l’Azienda verificherà l’insussistenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse anche potenziale.

In fase di monitoraggio delle misure per l’anno 2024, sono state acquisite le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità al conferimento dell’incarico del Direttore Generale, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, senza rilevare alcuna criticità.

2.3.15 Rotazione del Personale

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Rotazione del personale dipendente	Misura attuata	Numero rotazioni del personale per anno	Direzione Strategica – Ufficio del Personale

Programmazione triennale della misura	2024	2025	2026
	Monitoraggio misura rotazione	Monitoraggio misura rotazione	Monitoraggio misura rotazione

Con la direttiva n. 8 del 17 giugno 2015 l’ANAC ha definito che “uno dei principali fattori di rischio di corruzione è costituito dalla circostanza che uno stesso soggetto possa sfruttare un potere o una conoscenza nella gestione di processi caratterizzati da discrezionalità e da relazioni intrattenute con gli utenti per ottenere vantaggi illeciti”, e pertanto ha previsto tra le misure organizzative di prevenzione alla corruzione l’applicazione della rotazione o delle misure alternative finalizzate a prevenire il citato fattore di rischio. L’Autorità ha anche chiarito che la rotazione non può comunque tradursi nella sottrazione di competenze professionali specialistiche ad Uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.

La misura di prevenzione deve consistere nella rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Tale misura presenta non indifferenti profili di criticità. La rotazione può essere applicata compatibilmente con la dotazione organica e con l’esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture aziendali.

La valutazione in merito alla rotazione dei Dirigenti e del personale del comparto titolare di posizioni organizzativa viene effettuata alla scadenza dell’incarico. Fatti salvi i casi di sospensione cautelare per procedimento penale, il soggetto competente alla nomina procede comunque, nel rispetto delle procedure e delle garanzie previste dai contratti collettivi di lavoro e dalle altre norme applicabili, alla

rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva o non conformi a canoni di correttezza ai sensi della normativa vigente in materia.

Il Policlinico Riuniti Foggia, nel corso dell'anno 2024, ha applicato la misura della rotazione con riferimento a taluni profili dirigenziali ed in aggiunta ha applicato le seguenti misure alternative di mitigazione del rischio corruttivo:

- segregazione delle funzioni per cui chi istruisce gli atti è sempre una persona differente da chi autorizza;
- affiancamento di un funzionario al funzionario "istruttore" al fine di condividere le valutazioni inerenti l'istruttoria finale;
- formazione graduale dei dipendenti coinvolti nei processi ad alto rischio finalizzata al trasferimento di competenze professionali trasversali, quali precondizioni necessarie alla rotazione e contestualmente configurandosi quale stimolo alla crescita personale e professionale degli individui.

Il Policlinico Riuniti Foggia ha inoltre adottato uno specifico Regolamento sulla rotazione del personale con la deliberazione del Commissario Straordinario n. 30 del 19/03/2022.

2.3.16 Incarichi extra-istituzionali

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Autorizzazioni incarichi extra-istituzionali	Misura attuata	% presenza autorizzazione sul totale degli incarichi conferiti (100%)	RPCT e Gestione Personale

Programmazione triennale della misura	2025	2026	2027
	Monitoraggio autorizzazioni	Monitoraggio autorizzazioni	Monitoraggio autorizzazioni

La disciplina relativa all'autorizzazione a poter svolgere, da parte dei dipendenti, attività extra-istituzionali trova la sua ratio nella necessità di evitare situazioni di conflitto d'interesse.

Infatti, ai sensi dell'art.53, comma 5 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n.190 del 2012, si stabilisce che "...il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgano attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente".

Ai fini del rilascio di autorizzazioni all'esercizio di incarichi ai dipendenti seguendo il disposto dell'art. 53, comma 7 del d.lgs 165/2001, così come modificato dalla Legge 190/2012, l'Azienda ha adottato apposito Regolamento, con deliberazione del Commissario Straordinario n. 138 del 27 giugno 2014, che disciplina le modalità di autorizzazione per incarichi extra istituzionali, contemplando anche le ipotesi di situazioni di incompatibilità o di conflitto, anche potenziale, di interessi.

2.3.17 Monitoraggio tempi procedurali

I Responsabili delle Strutture aziendali provvedono al monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza (anche ove si tratti solo di fasi endo-procedimentali nell'ambito di procedimenti più ampi).

La valutazione del rispetto dei termini procedurali è effettuata sulla base del Piano di approvazione delle linee di attività per singola struttura e del relativo cronoprogramma, da adottare, per ogni Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, sulla scorta della tempistica prevista nel Piano delle Performance.

Degli eventuali risultati negativi di tale monitoraggio viene informato il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione, tramite reportistica periodica.

2.3.18 Formazione del Personale

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Formazione e sensibilizzazione	attuata	Numero partecipanti sul totale degli interessati/invitati	RPCT - Area Formazione

Programmazione triennale della misura	2025	2026	2027
	Programmazione attività formative	Programmazione attività formative	Programmazione attività formative

La formazione del personale costituisce uno degli strumenti fondamentali per la messa a punto di una efficace strategia di prevenzione della corruzione. Una formazione adeguata consente di fornire al personale la necessaria conoscenza delle leggi e soprattutto degli strumenti di prevenzione della corruzione e delle modalità per riconoscere i segnali d'allarme, quali ad esempio situazioni in cui sussiste il conflitto di interessi. Nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diviene sistemica, divenga oltre che un comportamento illegale del singolo anche un indicatore di una cultura che se radicata compromettere l'integrità ed il buon funzionamento dell'organizzazione, occorre investire in percorsi formativi che supportino un cambiamento culturale ed organizzativo.

Il Policlinico Riuniti Foggia prevede due diverse tipologie di formazione, una di tipo generale per tutti i dipendenti e una specifica per particolari funzioni aziendali, sia per il livello di rischio, sia per l'attività specifica svolta.

- Formazione generale. E' rivolta a tutti i dipendenti e riguarda le tematiche dell'etica e della legalità, ed una conoscenza approfondita del presente Piano e del Codice di Comportamento aziendale. Le metodologie utilizzate sono basate sull'approccio frontale rafforzato dall'esame di casi concreti e su focus group.
- Formazione specifica. E' rivolta principalmente al Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza e ai Referenti del RPCT.

Nel corso dell'anno 2024 sono stati programmati eventi formativi sul tema dell'etica e della legalità, sia di livello generale che specifico per i Dirigenti. Le attività formative proseguiranno nel triennio 2025-2027 in linea con gli aggiornamenti normativi nazionali e regionali.

Per quanto riguarda le attività di sensibilizzazione rivolte alla società civile, il Policlinico Riuniti Foggia organizzerà la giornata della trasparenza, rilevando suggerimenti ed osservazioni da tutti gli stakeholder interessati, pubblicando l'avviso anche sul sito internet istituzionale.

2.3.19 Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante

Come evidenziato dalla Determinazione ANAC n 831/2016, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), con Deliberazione del Direttore Generale si provvede alla nomina del soggetto Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricato alla compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti", quale soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Il Policlinico Riuniti Foggia ha nominato il RASA con deliberazione del Commissario Straordinario n. 425 del 9 settembre 2022.

2.3.20 Sponsorizzazioni

Le attività di sponsorizzazione e i rapporti che si creano tra il Policlinico Riuniti Foggia e le Aziende private, Associazioni ed Enti profit e non profit, sono ambiti esposti a rischio corruzione, anche in considerazione dell'incremento dell'attività in tale settore. Nel corso dell'anno 2018 è stato elaborato uno specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 462 del 14 giugno 2018.

Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro attività, sui quali gravi la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, delle consulenze e collaborazioni (legali e tecniche), il Policlinico Riuniti Foggia intende avviare, nel triennio 2025-2027, l'iter per l'acquisizione delle "dichiarazioni pubbliche di interesse" su modello Agenas.

I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:

- **Prima Sezione** - "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti".
- **Seconda Sezione** - "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario".
- **Terza Sezione** - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi".
- **Quarta Sezione** - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".
- **Quinta Sezione** - "Modulo per la notifica dei doni ricevuti".

Le informazioni potranno essere acquisite tramite piattaforma informatizzata Agenas e utilizzate per l'attivazione di controlli ex ante e/o ex post in seno ai sistemi aziendali di controllo interno, al fine di consolidare e diffondere una gestione "trasparente" delle attività istituzionali e prevenire potenziali condizionamenti in settori altamente delicati quali quelli della ricerca e delle sponsorizzazioni.

2.3.21 Attività conseguenti al decesso

I servizi funebri rappresentano uno dei processi a rischio corruzione, come ampiamente desumibile dalla stampa regionale e nazionale. Il Policlinico Riuniti Foggia, consapevole di tale rischio, ha ampliato le misure di trasparenza già adottate, che prevedono l'affissione dell'elenco delle ditte operanti sul territorio nei locali dell'obitorio, nonché di svolgere attività formativa e informativa rivolta ai dipendenti che espletano attività finalizzata a ridurre il rischio corruzione attraverso l'imposizione del divieto di indicazione di ditte e l'adozione di specifiche linee guida estrinsecate nella DDG n. 184 del 6 luglio 2015,

avente ad oggetto: “approvazione Regolamento disciplinante le attività dell'obitorio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Riuniti Foggia, in attuazione del regolamento di polizia mortuaria”.

2.3.22 Donazione e Comodati d'uso

Il Policlinico Riuniti Foggia pone particolare attenzione alle modalità attraverso le quali i beni, di diversa natura, entrano all'interno dell'Azienda con canali diversi dai canali tradizionali di approvvigionamento, come per esempio le donazioni.

Pertanto, le misure di controllo previste per tali modalità di accesso sono:

- Predisposizione di appositi atti deliberativi/determinazioni dirigenziali con indicazione del soggetto che ha effettuato la donazione e le finalità della stessa;
- Pubblicazione degli stessi atti sul sito del Policlinico Riuniti Foggia;
- Predisposizione di appositi atti amministrativi che definiscano le modalità di utilizzo delle donazioni, anch'esso pubblicato sul sito aziendale.

Il Policlinico Riuniti Foggia ha provveduto:

- a) all'aggiornamento del Regolamento in materia di donazioni, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 38 del 24 gennaio 2019;
- b) all'adozione del Regolamento aziendale per la gestione delle donazioni in denaro, giusta deliberazione n. 219 del 07 aprile 2020.

2.3.23 Attività Libero Professionale – ALPI

Le attività libero professionali intramoenia rappresentano uno dei processi a maggior rischio corruzione del settore sanitario.

Il Policlinico Riuniti Foggia consapevole di tale rischio e nell'ottica di non limitare il diritto di libera scelta del paziente ha adottato il Regolamento aziendale per l'attività libero-professionale intramuraria del personale dipendente della dirigenza medica e del ruolo sanitario dell'A.O.U. di Foggia, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 492 del 9 ottobre 2017.

Con deliberazione n. 357 del 12 luglio 2017 il Policlinico Riuniti Foggia ha costituito il Nuovo Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI deputato agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di attività libero professionale della dirigenza medica del SSN e in ottemperanza al Regolamento Regionale n. 2/2016 della Regione Puglia.

Altresì, ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 13/2019, è stato nominato il Responsabile Unico Aziendale delle Liste di Attesa (RULA), giusta deliberazione del Direttore Generale n. 242 del 09 maggio 2019.

2.3.24 Referente monitoraggio Opere Pubbliche

E' stata istituita la Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP), ai sensi della Legge n.196/2009, in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), al fine di assicurare un efficace controllo e monitoraggio degli andamenti della finanza pubblica.

Con riferimento alle procedure in materia di monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13 della L. n. 196/2009, il Policlinico Riuniti Foggia ha provveduto alla nomina del Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche previsto dal decreto legislativo n. 229/2001, designando quale referente interno presso la Struttura Gestione Tecnica, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 478 del 10 ottobre 2022.

2.3.25 Gestore procedure antiriciclaggio

Il Decreto Legislativo n. 231/2007 ha imposto una serie di obblighi volti a garantire l'adeguata verifica dei titolari effettivi della società con cui si contrae e che ha altresì imposto alla P.A. l'obbligo di

segnalare le operazioni sospette all'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) istituita all'uopo presso la Banca d'Italia.

Altresì, il Decreto del Ministero dell'Interno del 25/09/2015, ha provveduto, con l'Allegato A, ad indicare una serie di indicatori di anomalia nelle transazioni e le pubbliche amministrazioni, in presenza di uno degli indici di anomalia, devono provvedere alla segnalazione all'UIF.

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno, il Policlinico Riuniti Foggia ha provveduto alla nomina del gestore delle comunicazioni alla UIF, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 26 del 19 marzo 2022 e all'adozione del Regolamento delle procedure di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e finanziamento del terrorismo giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 118 del 19 aprile 2022.

2.3.26 Flussi informatici periodici

Il Policlinico Riuniti Foggia prevede, nel triennio 2025-2027, periodici flussi informativi verso il RPCT la cui presa in carico e corretta gestione è obbligatoria in capo ai relativi Responsabili delle Strutture Aziendali, secondo la tabella riportata nell'allegato "**Allegato_3-StatoAttuazioneMisure**".

2.3.27 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Nell'ambito del quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione di traguardi ed obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al d.l. 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, questa Azienda, su richiesta della Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ha individuato un Dirigente quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute". La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento regionale è avvenuta con nota n. 93 del 12 aprile 2022.

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

- a) Interfacciarsi con le proprie strutture aziendali beneficiarie di finanziamenti a valere sulla Missione 6 del PNRR per assicurare il rispetto degli obblighi contenuti nel PNRR, nel Piano Operativo e nel Contratto Istituzionale di sviluppo che la Regione Puglia sottoscriverà con il Ministero proponente;
- b) Aggiornare periodicamente sullo stato di attuazione del PNRR Missione 6 evidenziando eventuali criticità che possano inficiare il rispetto dei milestone e dei target fissati;
- c) Supportare la struttura dipartimentale nel monitoraggio periodico sullo stato di attuazione (fisico ed economico) degli interventi;
- d) Supportare la struttura dipartimentale nella definizione delle linee di indirizzo operative necessarie per assicurare l'attuazione della Missione 6 "Salute".

Attraverso il rafforzamento dei presidi **antiriciclaggio**, il Policlinico Riuniti Foggia intende **prevenire i rischi di infiltrazione criminale** nell'impiego dei fondi rivenienti dal **PNRR**, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed **evitando che le stesse finiscano per alimentare la criminalità organizzata**.

2.3.28 Monitoraggio e Riesame Periodico

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase strategica del processo di gestione del rischio grazie ai quali è possibile verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso, consentendo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività differenti ma strettamente collegate. Il monitoraggio è inteso quale attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sottofasi:

- Monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio
- Monitoraggio sull'adeguatezza delle misure di trattamento del rischio

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Nel corso dell'anno 2024, è stato effettuato un monitoraggio interno di I livello da parte dei Referenti RPCT e di II livello con campionamento ragionato e statistico, da parte del RPCT, che ha permesso la correzione di inesattezze e l'aggiornamento di alcuni processi, rischi e relative misure di mitigazione del rischio corruttivo.

Entrambi i monitoraggi hanno riguardato sia lo stato di attuazione delle misure di carattere generale che lo stato di attuazione delle misure di carattere specifico. L'obiettivo del monitoraggio è stato quello di accertare la corretta applicazione, da parte dei Dirigenti, delle misure predisposte secondo le modalità e nei tempi previsti, e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio. Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l'attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta. Il riesame generale è effettuato dal RPCT, entro il mese di gennaio di ciascun anno, al fine di valutare l'efficienza ed efficacia del sistema anticorruttivo nel suo complesso.

Da una lettura comparativa con i precedenti report si rileva un continuo miglioramento delle attività di prevenzione della corruzione, svolte da tutto il personale del Policlinico Riuniti Foggia, ed una generalizzata attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo "generali" e "specifiche".

In particolare, sono state rendicontate da ciascun Referente RPCT le misure di mitigazione del rischio corruttivo per ciascun processo a rischio, ivi compreso l'indicatore con relativo stato di avanzamento delle attività. Gli esiti complessivamente positivi del monitoraggio al 31 dicembre 2022, confermano l'adeguatezza della programmazione definita a monte, in termini di efficacia ed efficienza delle medesime misure.

Dei risultati del monitoraggio si è dato conto anche nella Relazione annuale del RPCT per l'anno 2024, di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, pubblicata sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione - Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione.

2.3.29 Trasparenza Amministrativa

La trasparenza dell'attività istituzionale, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, rappresenta uno dei principali strumenti di lotta alla corruzione all'interno dell'Azienda. E' assicurata mediante la pubblicazione, nel sito web aziendale, dei dati, delle informazioni e dei documenti riconducibili alle macro-voci della sezione "Amministrazione Trasparente" - in conformità alle previsioni di cui all'allegato del D. Lgs n.33/2013 - secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali.

La trasparenza deve essere finalizzata a:

- favorire forme di controllo diffuso degli utenti, in ordine al corretto svolgimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche;

- concorrere ad attuare il principio democratico ed i principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità e buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

Le informazioni pubblicate sul sito devono essere accessibili, complete, integre, comprensibili ed aggiornate (delibera CIVIT n.50/2013). Tale obbligo grava, innanzitutto, sui dirigenti e sugli incaricati, in base alla rispettiva sfera di competenza. I dati, le informazioni ed i documenti devono essere pubblicati secondo griglie di facile lettura e confronto. Qualora questioni tecniche (estensione dei file, difficoltà all'acquisizione informatica, etc.) siano di ostacolo alla completezza dei dati pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda, deve essere reso chiaro il motivo dell'incompletezza, l'elenco dei file mancanti e le modalità alternative di accesso agli stessi dati.

Il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 43, D.lgs n.33/2013, assicura completezza chiarezza e aggiornamento delle informazioni, nei limiti della corretta attuazione delle misure organizzative imposte nel Programma triennale per la Trasparenza.

Ciascun Direttore/Dirigente, sulla scorta del quadro sinottico in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di dati, informazioni e documenti da parte dell'Azienda, oltre all'attività di controllo e supervisione diretta, si avvale di uno o più dipendenti, dal medesimo formalmente incaricati, e provvede alle operazioni di pubblicazione, aggiornamento, correzione dei dati, delle informazioni e dei documenti inerenti alle attività istituzionali di propria competenza, come meglio descritti nel precitato schema allegato, conforme alle prescrizioni normative in allegato al D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e alle recenti "Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015/2017" emanate dall'ANAC.

L'Azienda intende curare con particolare attenzione l'aggiornamento e l'inserimento delle informazioni e dei dati relativi all'organizzazione, alle attività, alle funzioni e alle responsabilità nella sezione "Amministrazione trasparente".

Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di trasparenza per le procedure di gara avviate dopo il 01/01/2024, sono contenute nel provvedimento ANAC n. 264 del 20/06/2023 e successivi aggiornamenti nonché nel relativo allegato, cui il Policlinico Riuniti Foggia fa riferimento.

Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di pubblicità legale dei contratti sono contenute nel provvedimento ANAC n. 263 del 20/6/2023 e riguardano tutte le procedure indette a partire dal 01/01/2024.

A tale scopo, è stata predisposta la tabella in allegato ("**Allegato_6-Obblighi di Pubblicazione**") cui si rinvia, che individua, per ogni obbligo informativo, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati relativi, tenendo conto delle modifiche legislative e del nuovo assetto organizzativo.

Secondariamente l'Azienda intende rendere disponibili, laddove si ravvisi la necessità, brevi note esplicative dei dati pubblicati. Chiunque ha diritto di accedere, direttamente ed immediatamente, al sito istituzionale aziendale. Il Policlinico Riuniti Foggia si impegna a promuovere il sito istituzionale e a pubblicizzarne, con le forme ritenute più idonee, le modalità di accesso.

Nel corso del triennio 2025-2027 è **prevista la pubblicazione dei seguenti dati ulteriori**, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

- i nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nelle sperimentazioni cliniche di medicinali ad uso umano e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti, ai sensi decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52;
- dati relativi al censimento delle autovetture di servizio, già oggetto di comunicazione obbligatoria al Dipartimento di Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 4 c.1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 settembre 2014.

Nel triennio 2025-2027 è prevista altresì l'implementazione di specifiche misure di trasparenza, alla luce delle istruzioni operative dell'ANAC per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione, giusta deliberazione n. 495/2024. Con tale delibera sono stati messi a disposizione tre nuovi schemi relativi alla trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, agli obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e a quelli concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione. Tale delibera, inoltre, ha reso disponibili ulteriori dieci schemi non ancora definitivamente approvati, per una sperimentazione di un anno su base volontaria da parte di amministrazioni ed enti che intendano avviare una fase pilota. Altresì, è prevista la reingegnerizzazione del processo di pubblicazione degli atti e informazioni nell'Amministrazione Trasparente, secondo un **iter di validazione** dei seguenti requisiti di qualità:

1. **INTEGRITÀ:** il dato non deve essere parziale.
2. **COMPLETEZZA:** la pubblicazione deve essere esatta, accurata, esaustiva e riferita a tutti gli uffici dell'Amministrazione, ivi comprese le eventuali strutture interne e gli uffici periferici. Per quanto riguarda l'esattezza essa fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, concerne la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.
3. **TEMPESTIVITÀ:** le informazioni, i dati e i documenti vanno pubblicati nell'immediatezza della loro adozione.
4. **COSTANTE AGGIORNAMENTO:** il dato deve essere attuale e aggiornato rispetto al procedimento a cui si riferisce. In corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente", le amministrazioni indicano la data di aggiornamento.
5. **SEMPLICITÀ DI CONSULTAZIONE:** il dato deve essere organizzato in modo da consentirne agevolmente la consultazione, ad esempio evitando articolazioni complesse o ripetuti rinvii esterni.
6. **COMPRESIBILITÀ:** il dato deve essere chiaro e facilmente intellegibile nel suo contenuto.
7. **OMOGENEITÀ:** il dato deve essere coerente e non presentare contraddittorietà rispetto ad altri dati del contesto d'uso dell'amministrazione che lo detiene.
8. **FACILE ACCESSIBILITÀ E RIUTILIZZABILITÀ:** il dato deve essere predisposto e pubblicato in formato aperto ai sensi dell'art. 1, co. 1, lett. I-bis) e I-ter) del d.lgs. n. 82/2005 "Codice dell'amministrazione digitale" e deve essere riutilizzabile senza ulteriori restrizioni. Le amministrazioni non possono disporre filtri e altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione «Amministrazione trasparente»
9. **CONFORMITÀ AI DOCUMENTI ORIGINALI IN POSSESSO DELL'AMMINISTRAZIONE:** occorre assicurare la conformità dei documenti pubblicati all'originale; qualora il dato sia alimentato dai contenuti di atti o documenti, è necessario che non ne sia alterata la sostanza.
10. **INDICAZIONE DELLA LORO PROVENIENZA:** qualora il dato sia il risultato di una rielaborazione di atti o documenti, è necessario indicarne la fonte.
11. **RISERVATEZZA:** la diffusione tramite il sito istituzionale e il trattamento del dato deve rispettare i principi sul trattamento dei dati personali.

2.3.30 Coinvolgimento degli Stakeholders

Uno degli scopi fondamentali delle politiche di prevenzione è quello di fare emergere i fatti di corruzione o di cattiva amministrazione. Secondo l'Europa il raggiungimento di questo obiettivo è attuato anche col concorso di soggetti esterni all'amministrazione, ai cittadini, agli utenti, agli assistiti nel caso del SSN.

Il Policlinico Riuniti Foggia ha da sempre sostenuto politiche di coinvolgimento degli stakeholder, attività che proprio in considerazione dell'aggiornamento annuale del Piano per la prevenzione della corruzione, risulta di particolare rilievo per il ritorno informativo che potrebbe arrivare dai vari portatori di interesse, sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati, nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze riscontrate. Obiettivo principale del Policlinico Riuniti Foggia è proseguire e migliorare l'attività di ascolto dei cittadini prevedendo nella sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti –

corruzione” la possibilità di trasmettere proposte integrative/migliorative al Piano anticorruzione e di partecipare attivamente alla ridefinizione delle misure in materia di etica e legalità. I Portatori di Interesse o Stakeholder del Policlinico Riuniti Foggia sono tutti gli attori o gruppi attivamente coinvolti, a vario titolo, nelle attività del Policlinico. Nello specifico sono da considerarsi stakeholder dell’Azienda le seguenti categorie:

i Cittadini fruitori dei servizi sanitari, i Familiari, le Associazioni di volontariato, le Associazioni di Malattia, le Associazioni dei Consumatori, gli Enti pubblici e Istituzioni, i Sindacati, i Patronati, i Media, gli Ordini Professionali, i Dipendenti del Policlinico Riuniti Foggia, le Pubbliche Assistenze, i Fornitori, le Strutture Pubbliche e Convenzionate, gli Studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari.

2.3.31 Accesso Civico Semplice e Generalizzato

Accesso civico semplice

Le prescrizioni di pubblicazione previste dal D.Lgs. n. 33/ 2013 e dal D.Lgs 97/16 (c.d. FOIA – Freedom of Information Act) sono obbligatorie. Nei casi in cui il Policlinico Riuniti Foggia abbia omissso la pubblicazione degli atti è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli atti medesimi non pubblicati in base a quanto stabilito dall'art. 5 del medesimo decreto. La richiesta di accesso civico (c.d. accesso civico semplice), ai sensi dell'art. 5, non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) del Policlinico Riuniti Foggia.

Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare già pubblicati, nel rispetto della normativa vigente, il RPCT provvederà, entro 30 giorni, ad indicare a chi ne abbia fatto istanza il relativo collegamento ipertestuale. Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare non pubblicati, il RPCT richiederà alla Struttura competente di provvedere alla pubblicazione entro 30 giorni dalla ricezione dell'istanza. Qualora la pubblicazione, per motivi tecnici, dovesse richiedere tempi superiori a 30 giorni, l'istante sarà informato da parte del Responsabile. In ogni caso, a pubblicazione avvenuta, verrà inviata una comunicazione contenente il relativo collegamento ipertestuale e, se richiesto, il documento, l'informazione e il dato oggetto della richiesta.

Accesso civico generalizzato

Con riferimento agli atti, documenti e informazioni non oggetto di obblighi di pubblicazione, è data altresì facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli stessi (c.d. accesso civico generalizzato), ai sensi dell’art. 5 bis del D.lgs. 33/13.

L’accesso Civico definito “generalizzato” o “ampliato” costituisce l’innovazione di maggiore rilievo apportata dal decreto legislativo n. 97/2016, ed è quella che motiva la denominazione di F.O.I.A. (Freedom Of Information Act) data all’intervento legislativo.

Pertanto, ad oggi sono tre le forme di accesso a dati, documenti, informazioni della pubblica amministrazione:

- **accesso “documentale”** (artt. 22 e seguenti legge n. 241/1990);
- **accesso civico “semplice”** (a dati, documenti, informazioni da pubblicarsi in Amministrazione Trasparente - art. 5 decreto n. 33/2013);
- **accesso civico “generalizzato” o “ampliato”** (art. 5, comma 2, decreto n. 33 come modificato dal D.lgs n. 97/2016).

Con l’accesso civico, ampliato o generalizzato, è possibile accedere a dati, documenti, informazioni detenuti da pubbliche amministrazioni ma ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione:

“Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall’art. 5 bis (esclusioni e limiti all’accesso civico)”.

Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

Il Policlinico Riuniti Foggia ha adottato apposito Regolamento sull'accesso agli atti ed alla documentazione amministrativa con relativa disciplina dell'accesso civico (deliberazione del Direttore Generale n. 128 del 20/03/2017).

Nel corso dell'anno 2024 sono stati garantiti gli accessi civici, resi disponibili nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/altri-contenuti-accesso-civico>.

2.3.32 Allegati

- Allegato_1-Analisi-rischi
- Allegato_2-Stato_attuazione_misure
- Allegato_3-Priorità di trattamento rischi
- Allegato_4-Relazione_RPCT
- Allegato_5-Programmazione_Misure
- Allegato_6-Obblighi di Pubblicazione

3 Sezione 3: Organizzazione del capitale umano

3.1 Struttura organizzativa

L'assetto organizzativo è finalizzato al raggiungimento dell'efficienza e qualità dell'intero processo assistenziale ed è orientato a favorire la convergenza di competenze ed esperienze, in coerenza con la programmazione della didattica e della ricerca.

Il modello organizzativo del Policlinico, introdotto a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale di cui alla deliberazione del Direttore generale n. 951 del 29.11.2024, prevede un'articolazione dipartimentale, basato sui Dipartimenti strutturali ad Attività Integrata (D.A.I.) quale strumento utile ad assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. L'organizzazione di tali attività in forma dipartimentale ha lo scopo di:

- fornire ai cittadini percorsi assistenziali coordinati in campo diagnostico, terapeutico e riabilitativo all'interno di una rete sanitaria regionale che garantisca il più alto livello possibile di appropriatezza delle cure attraverso l'applicazione di linee guida tecnico-professionali;
- assicurare coerenza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
- favorire una formazione di alta qualità ed una ricerca biomedica e sanitaria che migliori l'attività assistenziale;
- svolgere attività di ricerca di tipo clinico e traslazionale;
- assicurare condizioni logistiche ed organizzative coerenti con lo svolgimento delle attività formative e di ricerca della Facoltà di Medicina e dei Dipartimenti universitari di area medica ad essa afferenti.

Per raggiungere maggiore razionalità ed efficienza organizzativa presso il Policlinico Foggia saranno attivati 10 Dipartimenti sanitari ad attività integrata (D.A.I.):

- Chirurgico (a direzione universitaria);
- Diagnostico (a direzione universitaria);
- Emergenza-Urgenza (a direzione ospedaliera);
- Medico-Internistico (a direzione universitaria);
- Medico-Specialistico (a direzione universitaria);
- Nefro-Urologico e dei Trapianti d'Organo e Tessuti (a direzione universitaria);
- Neuroscienze (a direzione ospedaliera);
- Ostetrico-Ginecologico (a direzione universitaria);
- Pediatrico (a direzione ospedaliera);
- Radiodiagnostico (a direzione ospedaliera).

Inoltre saranno attivati 2 Dipartimenti dell'Area Tecnico-Giuridico-Amministrativa che, nello specifico, sono:

- Giuridico-amministrativo;
- Tecnico-economico.

All'interno dei Dipartimenti si articolano le Strutture organizzative, nell'ambito delle quali sono individuati gli ambiti di specializzazione e i livelli di responsabilità dei professionisti e degli operatori e sono classificate in:

- Strutture complesse (SC);
- Strutture semplici a valenza dipartimentale (SSVD);
- Strutture semplici articolazioni di SC (SS).

In totale sono previste 144 Strutture di cui:

- 58 Strutture Complesse (49 ospedaliere e 9 non ospedaliere);
- 47 Strutture Semplici a valenza dipartimentale (33 ospedaliere e 14 non ospedaliere);
- 39 Strutture Semplici (32 ospedaliere e 7 non ospedaliere).

Tabella n.3.1.1 – Organizzazione Dipartimenti ad attività integrata

DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA	STRUTTURE COMPLESSE (S.C.)	OSPEDALIERA	UNIVERSITARIA
	STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE (S.S.V.D.) STRUTTURE SEMPLICI (S.S.)		
CHIRURGICO	S.C. Chirurgia Generale		U
	S.C. Chirurgia Maxillo-Facciale		U
	S.C. Chirurgia Plastica e Grandi Ustionati		U
	S.C. Chirurgia Toracica		U
	S.C. Ortopedia e Traumatologia		U
	S.C. Otorinolaringoiatria		U
	S.S.V.D. Audiovestibologia	0	
	S.S.V.D. Chirurgia Epatobiliopancreatica	0	
	S.S.V.D. Chirurgia Mininvasiva	0	
	S.S.V.D. Chirurgia Senologica e Interventistica	0	
	S.S.V.D. Odontoiatria	0	
	S.S. Accessi Vascolari	0	
	S.S. Chirurgia Barietrica		U
	S.S. Chirurgia Plastica Oncologica		U
	S.S. Chirurgia Mininvasiva e Artroscopica	0	
S.S. Chirurgia Oncologica Cervico-Facciale	0		
S.S. Chirurgia Toracica Mininvasiva		U	
DIAGNOSTICO	S.C. Anatomia Patologica		U
	S.C. Genetica Medica		U
	S.C. Medicina di Laboratorio Avanzata	0	
	S.C. Patologia Clinica		U
	S.S.V.D. Cromatografia e Spettrometria di Massa e Tossicologia		U
	S.S.V.D. Diagnostica Molecolare e Genetica Oncologica	0	
	S.S. Citogenetica Pre e Post Natale	0	
	S.S. Diagnosi Patologie Gastrointestinali	0	
S.S. Microbiologia Ospedaliera	0		
EMERGENZA-URGENZA	S.C. Anestesia e Rianimazione		U
	S.C. Cardiocirurgia		U
	S.C. Cardiologia		U
	S.C. Chirurgia Vascolare	0	
	S.C. Medicina d'Accettazione e d'Urgenza	0	
	S.C. Medicina Trasfusionale	0	
	S.C. Neurochirurgia	0	
	S.C. Radiologia Interventistica	0	
	S.S.V.D. Cardioanestesia	0	
	S.S.V.D. Centro Antiveleni	0	
	S.S.V.D. Emodinamica	0	
	S.S.V.D. Neuroradiologia Interventistica	0	
	S.S.V.D. Officina del Sangue	0	
	S.S.V.D. Stroke Unit e Neurosonologia	0	
	S.S.V.D. Terapia del Dolore	0	
	S.S.V.D. UTIC e Terapia Sub-Intensiva	0	
	S.S. Elettrofisiologia	0	
S.S. Gestione Aree a Diversa Intensità di Cure	0		
S.S. Medicina e Chirurgia d'Urgenza	0		
S.S. Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero Lucera	0		
MEDICO-INTERNISTICO	S.C. Epatologia		U
	S.C. Gastroenterologia		U
	S.C. Medicina Interna	0	
	S.C. Medicina Interna e dell'Invecchiamento		U
	S.C. Oncologia Osp.	0	
	S.C. Oncologia Univ.		U
	S.S.V.D. Oncologia Clinica Polispecialistica	0	
	S.S.V.D. Oncologia Medica Integrata	0	
	S.S.V.D. Medicina e Geriatria	0	
	S.S.V.D. Lungodegenza	0	
	S.S. Angiologia	0	
	S.S. Diagnostica Ecografica e Interventistica		U
	S.S. Endoscopia Digestiva	0	
S.S. Nutrizione Clinica e Artificiale	0		

DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA	STRUTTURE COMPLESSE (S.C.)	OSPEDALIERA	UNIVERSITARIA
	STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE (S.S.V.D.) STRUTTURE SEMPLICI (S.S.)		
MEDICO-SPECIALISTICO	S.C. Malattie Apparato Respiratorio		U
	S.C. Malattie Endocrine e del Ricambio		U
	S.C. Malattie Infettive e Tropicali		U
	S.C. Reumatologia		U
	S.S.V.D. Allergologia e Immunologia Clinica		U
	S.S.V.D. Dermatologia		U
	S,S.V.D. Medicina dello Sport		U
	S.S. DH Patologie Infezioni Acute, Croniche ed Emergenti	0	
	S.S. Diagnosi e Cura del Diabete Gestazionale	0	
	S.S. Diagnosi e Cura delle Malattie Rare Reumatologiche		U
	S.S. Pneumologia Oncologica	0	
S.S. Sleepapnea e Disturbi Respiratori del Sonno	0		
NEFRO-UROLOGICO E DEI TRAPIANTI D'ORGANO E TESSUTI	S.C. Ematologia	0	
	S.C. Nefrologia e Dialisi		U
	S.C. Oftalmologia		U
	S.C. Urologia e Trapianti		U
	S.S.V.D. Andrologia e Chirurgia Ricostruttiva Genitali Esterni		U
	S.S.V.D. Trapianti di Rene	0	
	S.S. Chirurgia Endoscopica, D.T. Cancro Prostate	0	
	S.S. Chirurgia Robotica Mininvasiva	0	
S.S. Trapianti di Rene e Terapia Intensiva	0		
NEUROSCIENZE	S.C. Medicina Fisica e Riabilitativa		U
	S.C. Neurologia Osp.	0	
	S.C. Neurologia Univ.		U
	S.C. Neuropsichiatria Infantile	0	
	S.C. Psichiatria		U
	S.S.V.D. Neurofisiopatologia	0	
	S.S.V.D. Psicologia Clinica		U
	S.S. Cefalee e Algie Cranio-Facciali	0	
	S.S. Epilessia dell'Età Evolutiva e Malattie Rare a Gestione Complessa	0	
	S.S. Malattie Neurodegenerative Motorie e Muscolari	0	
S.S. Psichiatria Ambulatoriale Day Service	0		
S.S. Riabilitazione Cardiologica	0		
OSTETRICO-GINECOLOGICO	S.C. Ostetricia e Ginecologia 1		U
	S.C. Ostetricia e Ginecologia 2		U
	S.S.V.D. Fisiopatologia della Riproduzione e P.M.A.		U
	S.S.V.D. Sale Parto e Percorso Nascita	0	
	S.S. Diagnosi Trattamento e Cura dell'Endometriosi	0	
S.S. Ostetricia e Diagnosi Prenatale	0		
PEDIATRICO	S.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale	0	
	S.C. Pediatria		U
	S.S.V.D. Chirurgia Pediatrica Ospedaliera	0	
	S.S.V.D. Nido e STEN	0	
RADIOLOGICO	S.C. Medicina Nucleare	0	
	S.C. Radiodiagnostica		U
	S.C. Radiodiagnostica d'Urgenza	0	
	S.C. Radioterapia Oncologica	0	
	S.S.V.D. Diagnostica Senologica	0	
	S.S.V.D. Radiologia d'Urgenza	0	
S.S.V.D. Radiologia Interventistica	0		

Sono poi in essere due Dipartimenti amministrativi articolati come da tabella seguente:

Tabella n.3.1.2 – Organizzazione Dipartimenti Amministrativi

DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI	STRUTTURE COMPLESSE (S.C.)
	STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE (S.S.V.D.) STRUTTURE SEMPLICI (S.S.)
GIURIDICO AMMINISTRATIVO	S.C. Burocratico Legale
	S.C. Direzione Amministrativa di Presidio
	S.C. Politiche del Personale
	S.C. Programmazione e Controllo di Gestione
	S.S.V.D. Affari Generali e Privacy
	S.S.V.D. CUP e Libera Professione
	S.S. Concorsi e Assunzioni
	S.S. Contabilità Analitica e Prrocessi Valutativi
	S.S. Trattamento Giuridico Pers. Osp. e Univ. e Rapporti con OO.SS.
S.S. Trattamento Economico Previdenziale	
TECNICO-ECONOMICO	S.C. Area Servizi Informativi e Digitalizzazione
	S.C. Gestione del Patrimonio
	S.C. Gestione Risorse Finanziarie
	S.C. Gestione Tecnica
	S.S.V.D. Ingegneria Clinica
	S.S.V.D. Ingegneria delle Strutture Sanitarie
	S.S. Appalti e Contratti di Beni e Servizi
	S.S. Appalti e Contratti di Farmaci e Dispositivi

Sono presenti, infine, delle Strutture in staff alla Direzione Sanitaria:

Tabella n.3.1.3 – Strutture in staff alla Direzione Sanitaria

STAFF DIREZIONE SANITARIA	STRUTTURE COMPLESSE (S.C.)	OSPEDALIERA	UNIVERSITARIA
	STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE (S.S.V.D.) STRUTTURE SEMPLICI (S.S.)		
	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	0	
	S.C. Farmacia	0	
	S.C. Igiene	0	
	S.C. Medicina Legale e Rischio Clinico		U
	S.C. Statistica ed Epidemiologia		U
	S.S.V.D. Approvvigionamenti Tecnologie e Beni d'Interesse Sanitario	0	
	S.S.V.D. Fisica Sanitaria	0	
	S.S.V.D. Formazione del Personale	0	
	S.S.V.D. Igiene e Accreditamento Istituzionale	0	
	S.S.V.D. Medicina del Lavoro	0	
	S.S.V.D. Organizzazione Presidio Lucera	0	
	S.S.V.D. Professioni Sanitarie Area 1	0	
	S.S.V.D. Professioni Sanitarie Area 2	0	
	S.S.V.D. Risk Management	0	
	S.S.V.D. Stewardship Antimicrobica	0	
	S.S. Farmacovigilanza	0	

3.2 Organizzazione del lavoro agile

In via preliminare va detto che i contenuti del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), a seguito dell'emanazione del DPR n. 81 del 24 giugno 2022 che ha soppresso, tra l'altro, l'articolo 14 comma 1 della Legge 7 agosto 2015 n. 124 riferito proprio al POLA, sono riassorbiti nella seguente Sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

3.2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

Lo smart working quale modalità alternativa di lavoro si è sviluppato essenzialmente durante la fase emergenziale, anche a seguito dell'emanazione di una serie di disposizioni legislative e regolamentari, consentendo di svolgere le attività lavorative in una situazione di maggior sicurezza rispetto al rischio epidemico, garantendo la continuità delle attività e il perseguimento degli obiettivi prefissati, seppure modificati dallo stato di emergenza stesso.

Si riportano i dati inerenti allo smart working relativamente all'anno 2024:

NUMERO DIPENDENTI AUTORIZZABILI SMWK	210
ORE SETTIMANALI PER DIPENDENTE	36
NUMERO SETTIMANE	52
ORE PER OGNI DIPENDENTE (36X52)	1872
NUMERO DIPENDENTI CHE HA UTILIZZATO SMWK	24
ORE COMPLESSIVE LAVORATIVE (1872X24)	44.928
ORE COMPLESSIVE EFFETTIVE IN SMWK	9.105
PERCENTUALE	20.26

La valutazione della performance organizzativa ed individuale ha tenuto conto dei risultati conseguiti dalle Strutture e dai singoli dipendenti anche grazie all'attività svolta, in modalità smart working seppure, in taluni casi, senza un'evidenza specifica.

3.2.2 Modalità attuative del lavoro agile durante la fase ordinaria

La Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica ha fornito le linee guida operative alle amministrazioni per la definizione del POLA, in linea con quanto richiesto dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, al fine di elaborare una programma di sviluppo graduale nell'arco temporale di un triennio.

Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione e passa ad una collaborazione tra l'amministrazione ed i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione. Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi;
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- Responsabilizzazione sui risultati;
- Benessere del lavoratore;
- Utilità per l'amministrazione;
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;

- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive;
- Equilibrio in una logica *win-win*: l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "*Work-life balance*".

Il lavoro è stato disciplinato per il personale dell'Area di Comparto dal CCNL Comparto Sanità 2019/2021 sottoscritto il 2/11/2022, quale possibile modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi ed attività di lavoro.

Da ultimo il CCNL dell'Area Sanità sottoscritto il 23/01/2024, ha previsto il lavoro agile, tra le modalità di effettuazione della prestazione lavorativa. Tale possibilità è comunque consentita con riferimento a procedimenti e/o attività, "previamente individuati, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità", ad esclusione dei "lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili. Sono comunque escluse le attività... che per l'erogazione della prestazione necessitano della presenza fisica del dirigente". Anche in tale ipotesi è necessaria la sottoscrizione di apposito accordo individuale tra il Dirigente richiedente ed il Direttore/Dirigente responsabile della Struttura di appartenenza.

Infine il CCNL relativo al personale dell'Area Funzioni Locali sottoscritto il 16/07/2024 ha disciplinato il lavoro agile con riferimento alla dirigenza PTA, quale possibilità di effettuazione della prestazione lavorativa "per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle amministrazioni, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità". Anche in tale ipotesi è necessaria la sottoscrizione di apposito accordo individuale, prevedendo che vi sarà l'accesso a tale modalità soprattutto per i "lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure".

3.2.3 Soggetti, procedura e svolgimento della prestazione

I dipendenti possono richiedere al Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza e/o Direttore di Dipartimento di essere autorizzati a svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità di "lavoro agile" presentando apposita istanza e sottoscrivendo accordo individuale (i modelli sono disponibili nella sezione modulistica del sito aziendale al link:

<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/documenti-e-modulistica>).

L'accordo individuale, sottoscritto ai sensi degli artt. 19 e 21 della legge n. 81/2017, disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta dal dipendente al di fuori del Policlinico.

Il Direttore e/o Dirigente Responsabile e/o Direttore di Dipartimento individua le attività "smartabili" compatibili con l'esecuzione del rapporto di lavoro in modalità "agile" che, per il loro espletamento, non necessitano della presenza fisica in ufficio e possano essere svolte senza recare disagio alla funzionalità, efficienza della Struttura e senza arrecare rallentamenti delle procedure e disservizi. Provvede alla pianificazione delle attività da delocalizzare, assegnando obiettivi al personale individuato che, a turnazione e mediamente per due giorni a settimana, potrà accedere alla modalità del lavoro agile, salvo nel caso in cui sussistendo una particolare causa di priorità, è necessario disporre diversamente per una maggiore tutela del dipendente. A tal fine, dispone un piano organizzativo delle attività e dei carichi di lavoro su base settimanale, secondo apposito modello. L'attività è definita sulla base del programma stabilito, secondo apposita modulistica. Al termine delle attività, il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura e/o Direttore di Dipartimento compilerà il modello di verifica delle attività svolte, controfirmato dallo stesso dipendente. Tutta la suddetta documentazione attestante l'attività svolta e la verifica del raggiungimento degli obiettivi, deve essere archiviata agli atti della Struttura e trasmessa all'Area per le Politiche del Personale, al fine dell'inserimento da parte dell'Ufficio rilevazione presenze nell'apposito applicativo RILPRES delle giornate svolte in lavoro agile.

Il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura/Direttore di Dipartimento dovrà monitorare le attività affidate e verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati ai dipendenti, attraverso le modalità che ritiene più opportune (ad es. mail con comunicazione dell'avvenuta attività, report di monitoraggio, verifica sugli applicativi aziendali, ecc.).

Al fine di garantire una efficace ed efficiente interazione e un completo svolgimento dell'attività lavorativa, il personale autorizzato al lavoro agile dovrà garantire il collegamento telefonico e via mail nella fascia di contattabilità coincidente con l'orario giornaliero di lavoro. Durante questa fascia, il dipendente sarà tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza. Durante le giornate di lavoro agile, il dipendente potrà fruire di tutti i permessi o altri istituti previsti dalle disposizioni contrattuali e normative, previa comunicazione e autorizzazione del Direttore della struttura di appartenenza. Qualora il dipendente autorizzato dovesse, per motivi eccezionali o per fruire di permessi brevi, allontanarsi dal proprio domicilio dovrà immediatamente comunicare al proprio servizio l'interruzione della prestazione e, per la durata della stessa, è sollevato dagli obblighi previsti per la fascia di contattabilità. In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio Dirigente o Responsabile. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

Al di fuori dalla fascia di contattabilità, al lavoratore è riconosciuto il diritto alla disconnessione e non sono richiesti contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda o Ente.

La modalità di lavoro agile, sulla base di motivate esigenze organizzative, può essere svolta anche in giornate alternate ovvero con possibilità di accesso agli uffici, al fine di reperire la documentazione necessaria allo svolgimento di attività in smart.

Nelle giornate di lavoro agile non sono configurabili prestazioni di lavoro straordinarie e /o prestazioni aggiuntive.

Al dipendente deve essere garantito l'accesso alle applicazioni telematiche aziendali, verificata la fattibilità e garantita la sicurezza della connessione, senza che possano derivare pregiudizi alle banche dati aziendali, nel rispetto della normativa della privacy. In materia di sicurezza sul lavoro, in applicazione dell'art. 22 della Legge n. 81/2017 e dell'art. 76, comma 2 del C.C.N.L. del Comparto Sanità 2019/2021, il Policlinico consegna al lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza annuale, apposita informativa nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro. Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal Policlinico per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali. Inoltre, in applicazione dell'art. 23 della Legge n. 81/2017, è cura del Policlinico provvedere agli obblighi di comunicazione e assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Il dipendente si impegna a garantire in modo sicuro e corretto la prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro aziendale, attuando le misure di prevenzione predisposte dall'Azienda per fronteggiare i rischi ad essa connessi.

I dipendenti che svolgono la prestazione in modalità di lavoro agile hanno diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi di cui all'art. 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno dell'azienda.

Il dipendente in modalità di lavoro agile è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza ed al trattamento dei dati personali, in applicazione del codice della privacy ed alla disciplina aziendale in materia, secondo le prescrizioni e istruzioni impartite dall'Azienda in qualità di Titolare del Trattamento e s'impegna, al termine del periodo di lavoro agile, a distruggere qualsiasi dato e/o documento memorizzato su hardware non di proprietà dell'Azienda. Infine, si richiamano gli obblighi sanciti per i dipendenti pubblici in attuazione del codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Sono a carico del dipendente le spese riguardanti i consumi elettrici, di connessione alla rete Internet e le comunicazioni telefoniche necessarie all'espletamento delle proprie attività professionali.

Sulla base della valutazione effettuata dal Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza è consentito prioritariamente il lavoro agile ai dipendenti che si trovino in una delle seguenti condizioni:

- dipendenti con gravi patologie (es. malati oncologici, cardiopatici, nefropatici, diabetici, bronco-pneumopatici, con infezioni respiratorie acute, con patologie congenite, immunodepressi, con malattie rare, autoimmuni);
- dipendenti "pendolari";
- dipendenti sui quali grava la cura dei figli minori fino a 14 anni;
- dipendenti con figli in condizioni di disabilità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, ai sensi dell'articolo 18, comma 3-bis, della legge 22 maggio 2017, n. 81;
- personale in stato di gravidanza, che non si trova ancora in congedo obbligatorio;
- personale in condizione di disabilità, ai sensi dell'art. 3, co. 3 della Legge n. 104/92;
- dipendenti che devono attendere alla cura dei genitori conviventi affetti da gravi patologie in assenza di altro familiare convivente che possa attendere alla cura degli stessi.

I predetti requisiti devono essere posseduti al momento della presentazione della domanda. All'interno della stessa Struttura, qualora le richieste di accedere al lavoro agile eccedano le possibilità di concessione in relazione all'organizzazione e al funzionamento dell'ufficio, sarà data priorità alle richieste effettuate dai lavoratori in possesso di uno dei predetti requisiti.

Le attività da svolgere in lavoro agile rientrano tra le seguenti tipologie:

- attività che possono essere assegnate al dipendente, senza che sia necessaria la sua presenza in Azienda e che non comportino disagi alla funzionalità della Struttura e alla qualità del servizio e che necessitano di documentazione cartacea non in originale;
- attività che possono essere svolte utilizzando strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori dei locali dell'Azienda eventualmente anche con connessione internet. In tali casi, è richiesta apposita dichiarazione del dipendente di utilizzare supporti informatici in suo possesso presso il domicilio. La manutenzione delle attrezzature e dei relativi software è a carico del lavoratore agile, sul quale vige un obbligo di diligenza aggravato dovendo garantire la corretta funzionalità delle attrezzature messe a disposizione;

- attività che richiedono anche il collegamento ai sistemi informativi aziendali, cui si rimanda per la definizione degli aspetti tecnici al SIA aziendale.

Nel rispetto di quanto previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2/2019, sarà valorizzato il ruolo dei CUG anche nell'attuazione del lavoro agile, al fine di favorire e promuovere politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

Ruolo fondamentale ha l'OIV non solo ai fini della valutazione della performance organizzativa, ma anche per la verifica degli indicatori previsti non solo nel Piano della performance, ma anche per quanto riguarda il POLA e per fornire indicazioni sull'adeguatezza metodologica degli indicatori stessi.

Il Responsabile della transizione al digitale (RTD), che è a conoscenza degli sviluppi digitali dell'amministrazione, può intervenire sulle attività "smartabili", sui processi formativi di apprendimento dei nuovi strumenti digitali e sull'ammodernamento dei servizi digitali offerti ai dipendenti.

3.2.4 Strumenti tecnologici in dotazione al dipendente

Il dipendente espleta l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti di dotazione informatica di sua proprietà (nelle more che l'Azienda provveda all'acquisto di postazioni di lavoro mobili e di quant'altro necessario) garantendo adeguati livelli di sicurezza e protezione di rete e deve essere in grado di collegarsi alla rete aziendale. Deve possedere un computer con sistema operativo aggiornato, un antivirus aggiornato e deve proteggere il computer utilizzato e autorizzato con password di sicurezza. Per il collegamento alla rete aziendale verrà messa a disposizione una VPN con apposite credenziali, che consentirà l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali necessari alla prestazione lavorativa.

3.2.5 Percorsi formativi

Al fine di favorire il lavoro agile, quale azione migliorativa per intervenire e ridurre il rischio di stress lavoro-correlato e di conseguenza migliorare l'organizzazione aziendale, con un maggior coinvolgimento del personale ed un rendimento maggiore saranno promosse attività formative, che favoriscano una regolare attività di smart working. In tal senso sarà cura dell'Azienda organizzare specifici corsi di formazione, sia per il personale di comparto che per la Dirigenza, per coinvolgere il maggior numero di dipendenti in questa nuova modalità di lavoro e accompagnarli in questo nuovo processo di cambiamento delle abitudini lavorative.

3.2.6 Programma di sviluppo del lavoro agile

La messa a regime delle nuove modalità di lavoro agile avverrà gradualmente nel corso del prossimo triennio, sulla base della programmazione aziendale. È definito un sistema di indicatori, sulla base di quanto proposto dalle Linee Guida nazionali, al fine di misurare lo stato di avanzamento, lungo tre diverse fasi: avvio, sviluppo intermedio e sviluppo avanzato e nell'arco di un triennio. Gli indicatori saranno rendicontati dal Controllo di Gestione in apposita sezione del Piano della Performance e rappresenteranno il punto di partenza per l'individuazione dei contenuti della programmazione dei cicli successivi.

Si riporta di seguito il sistema di indicatori, da implementare lungo le tre fasi, che sarà utilizzato per misurare il livello raggiunto, così come previsto dalle "Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di Performance (Art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'articolo 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77).

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2025	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2026	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2027	FONTI
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA					
	Adeguare l'organizzazione dell'Ente rispetto all'introduzione del lavoro agile	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working	<i>Effettuare una prima mappatura</i>	<i>Revisione della mappatura iniziale</i>	<i>Revisione della mappatura iniziale</i>	<i>Dirigenti strutture</i>
		Mappatura delle esigenze (formazione, hardware, software, rete informatica) e quantificazione dei costi	<i>Effettuare una prima mappatura</i>	<i>Revisione della mappatura iniziale</i>	<i>Revisione della mappatura iniziale</i>	<i>SIA, Ufficio Formazione, Area Gest. Tec., Agref</i>
		Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi e/o per progetti, processi	<i>Progettazione</i>	<i>Implementazione</i>	<i>Implementazione</i>	<i>Controllo di Gestione</i>
		Presenza di un help desk informatico dedicato al lavoro agile	<i>Progettazione di un sistema di rilevazione</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Rendicontazione</i>	<i>SIA</i>
	SALUTE PROFESSIONALE					
	Adeguatezza dei profili professionali esistenti rispetto a quelli necessari	-% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno	<i>Percorsi di formazione</i>	<i>Percorsi di aggiornamento di profili esistenti</i>	<i>Percorsi di aggiornamento di profili esistenti</i>	<i>Ufficio Formaz.</i>
		-% lavoratori che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno	=====	<i>A consuntivo</i>	<i>A consuntivo</i>	<i>Ufficio Formaz.</i>
		-% lavoratori che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali utili al lavoro agile nell'ultimo anno	=====	<i>A consuntivo</i>	<i>A consuntivo</i>	<i>Ufficio Formaz.</i>
		-% lavoratori che utilizzano le tecnologie digitali utili per il lavoro agile	=====	<i>A consuntivo</i>	<i>A consuntivo</i>	<i>SIA</i>

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2025	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2026	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2027	FONTI	
SALUTE DIGITALE							
	Predisposizione di un piano di transizione digitale	Piano triennale dell'informatica	Ricognizione	Predisposizione del piano	Implementazione	SIA	
	Implementazione di un sistema VPN	Presenza di un sistema VPN	Conduzione	Conduzione	Conduzione	Area Gestione Tecnica	
	Implementazione di una rete intranet aziendale	Presenza di una rete intranet aziendale	Reingegnerizzazione	Implementazione	Implementazione	Area Gestione Tecnica	
	Attivazione di un sistema di collaboration	Assenza/Presenza di sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	Estendere il Doc flow in remoto. Il monitoraggio delle attività è implicito nel sistema	Estendere il Doc flow in remoto. Il monitoraggio delle attività è implicito nel sistema	=====	SIA	
		% Utilizzo firma digitale tra i lavoratori	Verifica	Verifica	Verifica	SIA	
SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA							
	Inserimento di finanziamenti e investimenti e di ricavi e costi per il lavoro agile nel bilancio preventivo	€ Costi per formazione delle competenze direzionali, organizzative e digitali funzionali al lavoro agile	=====	Previsione budget necessario per l'organizzazione di corsi di formazione	Previsione budget necessario per l'organizzazione di corsi di formazione	Area Gestione Finanz.	
		€ Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile	Verifica necessità acquisto postazioni di lavoro mobili	Acquisto postazioni di lavoro mobili in funzione del budget assegnato	Acquisto postazioni di lavoro mobili in funzione del budget assegnato	SIA Area Patrimonio	
QUANTITA'							
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	Incrementare il n. di dipendenti in lavoro agile	% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali	Verifica delle priorità	Implementazione del lavoro agile per il personale avente priorità	Implementazione del lavoro agile per la restante parte del personale	Area Risorse Umane	
	Incrementare il n. di giornate lavorative in lavoro agile	% Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali	=====	A consuntivo	A consuntivo	Area Risorse Umane	
	QUALITÀ						
	Incrementare il benessere organizzativo dei dipendenti	% dirigenti soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori	=====	A consuntivo	A consuntivo	Affari Generali	
% dipendenti in lavoro agile soddisfatti		=====	A consuntivo	A consuntivo	Affari Generali		

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2025	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2026	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2027	FONTI
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE	ECONOMICITÀ					
	Riduzione dei costi	Riduzione di costi per lavoro straordinario, utenze, contributo aziendale servizio mensa, materiale consumo, ecc...;	=====	A consuntivo	A consuntivo	Area Risorse Finanziarie
	EFFICIENZA					
	Riduzione delle giornate di assenza	Giornate di assenza	=====	Limitate alle ferie e malattie	Limitate alle ferie e malattie	Area Risorse Umane
	Verifica andamento produttività	Quantità di pratiche ordinarie lavorate/servizi erogati per Struttura	=====	Ottimizzazione dei tempi in relazione alla tipologia di pratiche processate	Ottimizzazione dei tempi in relazione alla tipologia di pratiche processate	Dirigenti strutture
		Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie	=====	Ottimizzazione dei tempi in relazione alla tipologia di pratiche processate	Ottimizzazione dei tempi in relazione alla tipologia di pratiche processate	Dirigenti strutture
	EFFICACIA					
	Aumento della qualità percepita dagli utenti	Standard di qualità dei servizi erogati in modalità agile	=====	Esito della valutazione	Esito della valutazione	Affari Generali
		% customer satisfaction di utenti serviti da dipendenti in lavoro agile	=====	Esito della valutazione	Esito della valutazione	Affari Generali
	IMPATTI	IMPATTO SOCIALE				
Migliorare la qualità della vita del dipendente		% di dipendenti che ritiene di aver migliorato il rapporto - vita privata	=====	A consuntivo	A consuntivo	Affari Generali
IMPATTO ECONOMICO						
Migliorare la qualità della vita del dipendente		€ risparmiati per riduzione spese di viaggio per andare a lavoro	=====	A consuntivo	A consuntivo	Affari Generali
IMPATTI INTERNI						
Migliorare il clima lavorativo all'interno dell'Azienda	Salute organizz. % di dipendenti per cui il lavoro agile ha migliorato il clima lavorativo aziendale	=====	A consuntivo	A consuntivo	Affari Generali	

3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

La programmazione del fabbisogno avviene nel rispetto delle normative vigenti, sia con riferimento alle modalità di redazione del documento e sia nel rispetto dei vincoli imposti, in coerenza con l'attività di programmazione complessiva a partire dalle previsioni programmatiche inserite nell'atto aziendale ed alla programmazione sanitaria legata alla realizzazione degli obiettivi di salute assegnati alla Direzione strategica dell'azienda.

La programmazione dei fabbisogni si sviluppa, inoltre, nel rispetto dei vincoli finanziari e degli equilibri di finanza pubblica in materia di spesa del personale, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance, con i principi generali di legalità e con la disciplina in materia di anticorruzione.

Il piano triennale del fabbisogno si articola in prospettiva triennale, viene adottato annualmente con la conseguenza che di anno in anno può essere modificato in risposta alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale, secondo un approccio cosiddetto "a scorrimento" tra le diverse annualità oggetto di programmazione.

L'eventuale modifica in corso di anno è consentita solo a fronte di situazioni nuove e non prevedibili e deve essere in ogni caso adeguatamente motivata. Esso deve, quindi, considerarsi uno strumento programmatico modulabile e flessibile per le esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie all'organizzazione.

Il percorso programmatico si avvia con una analisi interna finalizzata alla definizione di alcuni elementi quali il volume previsto delle attività, la forza lavoro attuale in termini quantitativi e qualitativi, nonché il loro grado di utilizzo, le forme e i gradi di innovazione tecnologica necessari che possono ridurre il fabbisogno di lavoro o cambiare le competenze professionali richieste, l'eventuale ricorso al lavoro straordinario, il volume di lavoro contrattualmente pattuito, il tasso di assenteismo, l'eventuale esternalizzazione di alcune attività.

Il fabbisogno è adottato in attuazione delle disposizioni di cui agli artt. 5 e 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 75, che prevede l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di redigere il "Piano Triennale dei fabbisogni di personale (PTFP)" allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e di perseguire obiettivi di performance organizzativa, di efficienza, di economicità e di qualità dei servizi ai cittadini.

Il Piano costituisce, dunque, uno strumento di programmazione necessario per accrescere l'efficienza organizzativa, razionalizzare il costo del lavoro e migliorare l'utilizzo delle risorse umane; è inoltre un atto presupposto rispetto alle procedure di reclutamento, dato che la sua mancata adozione impedisce ex lege l'assunzione di nuovo personale (articolo 6, comma 6, del d.lgs. n. 165/2001).

L'art. 5 del D. Lgs. n. 165/01 e s.m.i. prevede che: *"Le amministrazioni pubbliche assumono ogni determinazione organizzativa al fine di assicurare l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, e la rispondenza al pubblico interesse dell'azione amministrativa. Nell'ambito delle leggi e degli atti organizzativi di cui all'articolo 2, comma 1, le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro, nel rispetto del principio di pari opportunità, e in particolare la direzione e l'organizzazione del lavoro nell'ambito degli uffici, sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro, fatte salve la sola informazione ai sindacati ovvero le ulteriori forme di partecipazione, ove previsti nei contratti di cui all'articolo 9. Gli organismi di controllo interno verificano periodicamente la rispondenza delle determinazioni organizzative ai principi indicati all'articolo 2, comma 1, anche al fine di proporre l'adozione di eventuali interventi correttivi e di fornire elementi per l'adozione delle misure previste nei confronti dei responsabili della gestione..."*

L'art. 6 del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i. ha introdotto elementi significativi tesi a realizzare il superamento definitivo del tradizionale concetto di dotazione organica, stabilendo che:

1. Le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2,

gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.

2. 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, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Qualora siano individuate eccedenze di personale, si applica l'articolo 33. 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.

3. In sede di definizione del piano di cui al comma 2, ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima e di quanto previsto dall'articolo 2, comma 10-bis, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente.

4. Nelle amministrazioni statali, il piano di cui al comma 2, adottato annualmente dall'organo di vertice, è approvato, anche per le finalità di cui all'articolo 35, comma 4, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro delegato, su proposta del Ministro competente, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. Per le altre amministrazioni pubbliche il piano triennale dei fabbisogni, adottato annualmente nel rispetto delle previsioni di cui ai commi 2 e 3, è approvato secondo le modalità previste dalla disciplina dei propri ordinamenti. Nell'adozione degli atti di cui al presente comma, è assicurata la preventiva informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.

4-bis. COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 25 MAGGIO 2017, N. 75.

5. Per la Presidenza del Consiglio dei ministri, per il Ministero degli affari esteri, nonché per le amministrazioni che esercitano competenze istituzionali in materia di difesa e sicurezza dello Stato, di polizia e di giustizia, sono fatte salve le particolari disposizioni dettate dalle normative di settore. L'articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, relativamente al personale appartenente alle Forze di polizia ad ordinamento civile, si interpreta nel senso che al predetto personale non si applica l'articolo 16 dello stesso decreto. Restano salve le disposizioni vigenti per la determinazione delle dotazioni organiche del personale degli istituti e scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative. Le attribuzioni del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, relative a tutto il personale tecnico e amministrativo universitario, ivi compresi i dirigenti, sono devolute all'università di appartenenza. Parimenti sono attribuite agli osservatori astronomici, astrofisici e vesuviano tutte le attribuzioni del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica in materia di personale, ad eccezione di quelle relative al reclutamento del personale di ricerca. (71)

6. Le amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti di cui al presente articolo non possono assumere nuovo personale...

6-bis. Sono fatte salve le procedure di reclutamento del personale docente, educativo e amministrativo, tecnico e ausiliario (ATA) delle istituzioni scolastiche ed educative statali, delle istituzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica e delle istituzioni universitarie, nonché degli enti pubblici di ricerca di cui al decreto legislativo 25 novembre 2016, n. 218. Per gli enti del servizio sanitario nazionale sono fatte salve le particolari disposizioni dettate dalla normativa di settore."

Con DPCM dell'8/05/2018 sono state emanate le prime Linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 6 ter, co. 1 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. che hanno fornito indicazioni preliminari dando seguito alle novità legislative introdotte dal D.Lgs. n. 75/2017; in modo particolare, sono orientate verso il definitivo

superamento del consueto concetto di “dotazione organica” ora definito invece uno strumento flessibile e finalizzato a rilevare le effettive esigenze quale il PTFP (Piano triennale di fabbisogni del personale). Elemento prioritario è la dinamicità, nessun processo strategico infatti deve essere considerato dal punto di vista della staticità, ma il tutto dovrà essere rivisto periodicamente sulla base del turn over e dell'avvicendamento del personale stesso.

In attuazione delle modifiche intervenute sull'art. 6 ter del D.Lgs. n. 165/2001 da parte del D.L. n. 36/2022, sono state pubblicate nella G.U. del 14/09/2022 le “Linee di Indirizzo per l'individuazione dei nuovi fabbisogni professionali da parte delle Pubbliche Amministrazioni” emanate con Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 22/07/2022. Le Linee di Indirizzo in ultimo pubblicate sono volte ad orientare le pubbliche amministrazioni nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti e alla definizione dei nuovi profili professionali individuati dalla contrattazione collettiva, con particolare riguardo all'insieme di conoscenze, competenze, capacità del personale da assumere anche per sostenere la transizione digitale ed ecologica della pubblica amministrazione.

Relativamente alla spesa del personale, è necessario far riferimento all'art. 2, co. 71 della Legge n. 191/2009 e succ. modif. ed integraz., secondo cui le spese del personale comprensive degli oneri riflessi e dell'IRAP non dovevano superare il corrispondente ammontare dell'anno 2004 ridotto dell'1,4%.

Il Piano triennale dei fabbisogni del personale 2022/24 è stato da ultimo adottato con DDG n. 963 del 29/11/2024, in esecuzione di quanto previsto dalla DGR n. 520 del 22/04/2024 e secondo le prescrizioni e le linee guida di cui alle DD.GG.RR. n. 1818 del 12/12/2022, n. 261 del 6/03/2023, n. 412 del 28/03/2023 e n. 640 del 10/05/2023, nonché della determinazione del Dirigente della sezione Strategie e Governo dell'offerta n. 136 del 17/05/2023. Tale PTFP tiene conto da un lato del trasferimento della SC Centrale Operativa 118 dal Policlinico all'ASL FG con decorrenza 1/11/2024 e dall'altro dell'attivazione con decorrenza 1/11/2024 della SC di Cardiochirurgia presso il Policlinico. Il limite di spesa definito dalla DGR n. 1818/2022 è pari ad € 141.355.186,00 e nell'ambito di tali risorse con la suddetta DDG n. 963/2024 si è definito di destinare le risorse di cui all'art. 1, co. 612 della legge n. 234/2021 pari ad € 47.235,00 per le finalità dell'art. 21, co. 2 del CCNL Comparto Sanità 2019/21.

In particolare, con deliberazione di Giunta Regionale n. 261 del 6/03/2023 sono state adottate le nuove linee guida per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) Aziende ed Enti del SSR, unitamente al modello di predisposizione del PTFP, redatto secondo la classificazione prevista dal D.M. 70/2015 e del modello HSP 12 del D.M. 5 dicembre 2006. Con propria nota n. 7743 del 23/03/2023 il Dipartimento promozione della salute e del benessere animale della Regione Puglia ha comunicato ai Direttori delle aziende ed enti del S.S.R. che le delibere di adozione dei PTFP aziendali 2022-2024 devono essere definite secondo le indicazioni ed il modello di predisposizione approvati con la citata DGR n. 261/2023; con riferimento ai criteri di definizione del fabbisogno di personale, la citata deliberazione dispone che “l'assegnazione del personale per ciascuna unità operativa ospedaliera e territoriale deve essere commisurata alla produttività delle stesse, nonché al ruolo delle stesse nell'ambito delle reti cliniche ed assistenziali, ferma restando la dotazione minima di personale necessaria a garantire la continuità delle prestazioni inerenti ai servizi minimi essenziali, con particolare riferimento al personale medico”.

Con la DGR n. 412 del 28/03/2023 recante “Analisi e valutazione della spesa sanitaria – L.R. n.2/2011 – Programma operativo – Misure urgenti di riqualificazione e razionalizzazione della spesa”, la Giunta regionale ha previsto misure non differibili per il contenimento della spesa sanitaria del SSR, anche al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario negli esercizi 2023 e 2024. La suddetta DGR n. 412/2023 ha altresì rinviato a specifici successivi provvedimenti, per ciascun ambito di maggiore criticità, la formulazione di puntuali direttive in merito alle previste misure di contenimento della spesa sanitaria. Con particolare riferimento al contenimento della spesa del personale SSR, ed in considerazione della rilevante incidenza di tale voce di costo rispetto alla spesa complessiva del Sistema Sanitario Regionale, la citata deliberazione ha previsto, al punto 8), lettera g), la successiva

adozione di specifico provvedimento recante puntuali direttive in merito, le quali prevedano “[...] che tutte le tipologie di reclutamento di personale del SSR del comparto e della dirigenza, ivi comprese le assunzioni a tempo determinato e indeterminato, nonché il conferimento di nuovi incarichi di direzione di struttura complessa e di struttura semplice di tutte le articolazioni aziendali, di direzione di Dipartimento ospedaliero e territoriale, di direzione dei Distretti Socio Sanitari, potranno essere effettuate previa autorizzazione da parte delle Giunta Regionale, sulla base di eventuali esigenze documentate rappresentate dal Direttore Generale delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli I.R.C.C.S. pubblici per le quali sia, ad ogni modo, attestato il rispetto dei Piani Triennali di Fabbisogno del Personale, dei PIAO e dei relativi tetti di spesa assegnati, nei limiti del Fondo Sanitario Regionale annuale”.

Con D.G.R. n. 640 del 10/05/2023, sulla base della consistenza di personale in servizio nel SSR nel periodo intercorrente tra il 31/12/2019 ed il 31/12/2022 che ha comportato una variazione soprattutto per effetto della stabilizzazione che per il Policlinico è stata pari a:

AZIENDA SANITARIA	TOTALE 31/12/2019	TOTALE 31/12/2022
AOU - OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	2.570	3.398

si è stabilito tra l’altro,

- di prendere atto della necessità di dare attuazione al processo di razionalizzazione e di contenimento della spesa sanitaria, in conformità con le previsioni della DGR n. 412 del 28/03/2023 e nel rispetto degli obblighi derivanti dal Piano Operativo cui la Regione Puglia è assoggettata, esposti in narrativa che qui si intendono integralmente riportati;
- di dare atto che in fase di definizione dei Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP), a decorrere dal triennio 2022-2024, le Aziende ed Enti del SSR, nei limiti delle risorse assegnate, devono tener conto delle finalità previste dall’art. 1, commi 4, 5 e 8 e dall’art. 2, commi 1, 5 e 7 del D.L. n. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020 e dal Decreto del Ministero della Salute 23 dicembre 2022;
- di disporre, nell’ambito del percorso di qualificazione della spesa del personale, che il finanziamento assegnato a ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Regionale sia destinato in base all’organizzazione ospedaliera e territoriale, in coerenza, già dall’anno 2023, con particolare riferimento al potenziamento dell’assistenza territoriale. A tal proposito, il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale effettuerà un periodico monitoraggio volto a verificare l’effettiva implementazione della strategia organizzativa regionale, espressamente prevista dai provvedimenti di programmazione regionale;
- di stabilire che, con separato provvedimento di Giunta regionale, si procederà alla ripartizione tra le Aziende ed Enti del SSR delle risorse previste dall’art. 1, commi 4, 5 e 8 e dall’art. 2, commi 1, 5 e 7 del D.L. n. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020 e dal Decreto del Ministero della Salute 23 dicembre 2022, sulla base dei volumi di produzione ed esiti, nonché delle esigenze di programmazione regionale in materia di assistenza ospedaliera e territoriale;
- di modificare quanto disposto dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 261 del 06/03/2023 in merito alla quantificazione dei costi derivante da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all’anno 2004, determinando, con riferimento ai Piani Triennali del Fabbisogno del Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del SSR relativi al triennio 2022-2024 e salvo ulteriori aggiornamenti contrattuali, una quota pari al -20,80% quale percentuale standard che dovrà essere applicata in detrazione da ciascuna Azienda ed Ente del SSR rispetto al costo complessivo del fabbisogno di personale del Comparto, e una quota pari al -17,72% quale percentuale standard che dovrà essere applicata in detrazione da ciascuna Azienda ed Ente del SSR rispetto al costo complessivo del fabbisogno di personale dei ruoli dirigenziali;

- di disporre che la competente Sezione regionale “Strategie e Governo dell’Offerta” provveda, con atto apposito dirigenziale, all’integrazione del modello di predisposizione dei PTFP aziendali adottato con deliberazione di Giunta Regionale n. 261 del 06/03/2023, definendo uno specifico prospetto di dettaglio che dia evidenza del fabbisogno di personale previsto da ciascuna Azienda ed Ente del SSR per la rispettiva attuazione delle specifiche finalità previste dall’art. 1, commi 4, 5 e 8 e dall’art. 2, commi 1, 5 e 7 del D.L. n. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020 e dal Decreto del Ministero della Salute 23 dicembre 2022, al fine di consentirne la puntuale verifica di coerenza e di comunicarne i relativi esiti ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute ed al Ministero dell’Economia e Finanze);
- di stabilire, considerato che la Regione Puglia è in Piano Operativo e, dunque, che il rispetto dei vincoli di spesa e le esigenze di finanza pubblica rappresentano i principi cardine dell’azione amministrativa, che l’inosservanza delle direttive di cui al presente provvedimento costituirà grave inadempienza da parte dei Direttori generali delle Aziende sanitarie e, pertanto, comporterà nell’immediato l’avvio del procedimento di decadenza del Direttore Generale ex art. 2, co. 5 del D.Lgs n. 171/2016 s.m.i., come previsto dalla D.G.R. n. 1487 del 2/8/2019 di approvazione degli schemi di contratto per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R.

Con determinazione del Dirigente della sezione Strategie e Governo dell’offerta. 136 del 17/05/2023 avente ad oggetto “DGR n. 640 del 10/05/2023. Integrazione modello di predisposizione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del SSR adottato con DGR n. 261 del 06/03/2023, secondo le finalità ex D.L. 34/2020 conv. in L. n. 77/2020 e del D.M. n. 77/2022.” si è stabilito, tra l’altro:

- di procedere, ad integrazione del modello di predisposizione dei PTFP aziendali approvato con deliberazione di Giunta Regionale n. 261 del 06/03/2023, all’adozione del prospetto integrativo di dettaglio del fabbisogno di personale destinato alle finalità di cui al D.L. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020 e al D.M. n. 77/2022;
- di procedere, a parziale modifica ed integrazione del prospetto denominato “Costi PTFP” di cui al modello di predisposizione dei PTFP approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 261 del 06/03/2023, all’adozione del prospetto comprensivo dei riferimenti alle voci di costo che la citata Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006 include espressamente ai fini del vincolo di spesa 2004-1,4%, e delle quote percentuali standard rideterminate con deliberazione di Giunta regionale n. 640 del 10/05/2023 in misura pari al -20,80% per il personale del Comparto e pari al -17,72% per il personale dei ruoli dirigenziali, da applicarsi in detrazione da parte di ciascuna Azienda ed Ente del SSR rispetto al costo complessivo del fabbisogno di personale.

Il piano triennale di fabbisogno di personale è inoltre, connesso a quanto previsto dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1436 del 19/10/23 avente ad oggetto: “Autorizzazione alla spesa e approvazione del Piano assunzionale dell’Azienda Ospedaliera “OO.RR.” di Foggia 2023-24 ex deliberazione di Giunta regionale n. 640 del 10/05/2023. Ulteriori disposizioni in materia di personale del S.S.R.”, con cui è stato autorizzato il Piano assunzionale di questo Policlinico per il periodo ultimo trimestre 2023 e anno 2024 pari a € 7.958.268,20, nei limiti dello spazio assunzionale riveniente dalle cessazioni a vario titolo riferite al periodo 01/09/2023 – 31/12/2023 e anno 2024, disponendo che non potranno essere effettuate assunzioni oltre il citato limite di spesa, in modo tale da non determinare maggiori oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale, nel pieno rispetto dei vincoli di spesa sopra menzionati, previsti dalla vigente normativa nazionale in materia. Inoltre, ha stabilito, tra, l’altro che:

- le assunzioni devono essere programmate su base mensile e definite sulla base delle unità effettivamente cessate nel mese precedente. Pertanto, non potranno essere effettuate assunzioni superiori al numero di unità effettivamente cessate e dunque, in assenza di effettivo spazio finanziario resosi disponibile;

- l'obbligo da parte del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Policlinico Riuniti" di Foggia di effettuare le assunzioni nei limiti dello spazio assunzionale approvato con il presente provvedimento e del fabbisogno di personale definito nel vigente PTFP aziendale per ciascun profilo professionale e/o disciplina.

Inoltre, tiene conto di quanto previsto con la DGR n. 696 del 28/05/2024 avente ad oggetto: "Autorizzazione alla spesa e approvazione del Piano assunzionale 2024-2025 dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia ex Deliberazione di Giunta regionale n. 640 del 10/05/2023. Ulteriori disposizioni in materia di personale del S.S.R."

Il PTFP 2022-2024 è disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente" all'indirizzo:

<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/dotazione-organica>

La Regione Puglia - Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, con nota del 24/01/2025 prot. n. 40113, ha comunicato che la delibera del PTFP aziendale 2023-2025 dovrà essere adottata entro il 14/02/2025, al fine di consentire al citato Dipartimento di effettuare in tempi stretti le attività finalizzate alla relativa approvazione. Seguirà la tempestiva pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente".

3.3.1 Formazione del personale

Il policlinico Foggia, mediante la Struttura di Formazione, in ottemperanza al DGR n. 1.381 del 21/06/2011, è riconosciuta quale soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità ed è, pertanto, abilitato a realizzare attività formative idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai progetti ed eventi del Piano Formativo Aziendale, nella qualità di Provider Regionale n.52.

Il Provider di Formazione dell'Azienda garantisce l'attività formativa per tutte le figure professionali ECM al fine di assicurare l'evoluzione ed il miglioramento qualitativo degli operatori attraverso l'implementazione di un sistema di sviluppo professionale continuo.

Per il perseguimento di questi obiettivi, veri autentici motori di tutte le elaborazioni dei processi formativi, lo strumento operativo aziendale diventa: l'elaborazione e l'attuazione di un Piano Aziendale di Formazione annuale, che tenendo presente le "Priorità Formative regionali", attui le direttive aziendali e soddisfi i bisogni peculiari di ogni disciplina e di tutte le professioni sanitarie avvalendosi della rete dei referenti dipartimentali.

Col Piano di formazione annuale si realizza un notevole miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, con un riscontro positivo anche per la stessa immagine della Azienda, la quale ha conseguito un notevole risparmio di risorse economiche con l'attuazione in sede dei processi formativi. Detti programmi di formazione hanno valorizzato le competenze e le risorse umane nonché l'istituzione del sistema formazione - qualità aziendale e relative linee guida, così specificate:

- Centralità della persona;
- Appropriatezza, Efficacia, efficienza delle cure;
- Completezza e continuità assistenziale;
- Integrazione col la rete dei servizi territoriali;
- Affidabilità, sicurezza;
- Ricerca scientifica;
- Benessere della comunità;
- Economia delle risorse.

Nella seguente tabella vengono rappresentati schematicamente i soggetti e le attività del sistema di formazione aziendale.

Management della Formazione Aziendale					
SOGGETTI	DEFINIZIONE POLITICHE	RICOGNIZIONE BISOGNO FORMATIVO	INDIVIDUAZIONE RISORSE E OBIETTIVI	ORGANIZZAZIONE EVENTI	VERIFICA DI IMPATTO
Direzioni aziendali (Generale, Sanitaria, Amministrativa)					
Struttura Formazione					
Direttori di struttura complessa e/o dipartimentali					
Rete referenti					
Comitato Scientifico ECM					
Associazioni volontari					
Sindacati					

Di seguito la ricognizione dei bisogni formativi del personale e degli eventi in programma per l'anno 2025

TITOLO	PERIODO	DESTINATARI
CORSI DI FORMAZIONE INFORMAZIONE AI SENSI DEL D.L.GS. 81/2008, IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	I° e II° Sem	TUTTE LE PROFESSIONI
AREA EMERGENZA-URGENZA	I° e II° Sem	MEDICO CHIRURGO INFERMIER E OSTETRICA/O
LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI	I° e II° Sem	TUTTE LE PROFESSIONI
LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	I° e II° Sem	TUTTE LE PROFESSIONI
RADIOPROTEZIONE DI BASE NELLE ATTIVITÀ SANITARIE CORSO DI RADIOPROTEZIONE – D.lgs.101/2020	I° Sem	DIRIGENTI E PREPOSTI
RADIOPROTEZIONE DI BASE NELLE ATTIVITÀ SANITARIE R NELLE PRATICHE CON SORGENTI AD ALTA ATTIVITA' – D.lgs.101/2020	I° Sem	TUTTE LE PROFESSIONI
BUON USO DEL SANGUE: ASPETTI NORMATIVI, ORGANIZZATIVI E PROCEDURALI	I° e II° Sem	DIRIGENTI MEDICI, COORDINATORI TECNICI E INFERMIERISTICI, I.P. TLB, PERSONALE AUSILIARIO

TITOLO	PERIODO	DESTINATARI
RADIOPROTEZIONE E INNOVAZIONE IN DIAGNOSTICA PER IMMAGINI D.lgs.101/2020	I° Sem.	MEDICO CHIRURGO ODONTORIALTRA TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE FISICO INFERMIERE TSRM
RADIOPROTEZIONE DI BASE NELLE ATTIVITA' SANITARIE (CORSO DI RADIOPROTEZIONE PER LAVORATORI D.lgs.101/2020)	I° Sem	MEDICO CHIRURGO ODONTORIALTRA TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE FISICO INFERMIERE TSRM
DISTURBI DI PERSONALITA': IL DISTURBO B	I° e II° Sem	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, OSS
DISTURBO DEPRESSIVO E DISTURBI DELL' UMORE	I° e II° Sem	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE OSS- ASS
APPROFONDIMENTO SUL RISCHIO SUICIDARIO	I°e II° Sem	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE OSS- ASS
LA DISFORIA DI GENERE. ASPETTI DESCRITTIVI, EPIDEMIOLOGICI E CLINICI	I° e II° Sem	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE OSS- ASS
INTRODUZIONE ALLA SCHIZOFRENIA E PSICOSI	I° e II° Sem	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE OSS- ASS
INTRODUZIONE ALLA SCHIZOFRENIA E PSICOSI	I° e II° Sem	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE OSS- ASS
RELAZIONE E COMUNICAZIONE IN NEFROLOGIA E DIALISI: TRA DIFFICOLTA' E OPPORTUNITA'	II° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
INFERMIERE E OSS: PROFILO INTEGRAZIONE, COMPETENZE E RESPONSABILITA'	I° e II° Sem	INFERMIERE INFERMIERE-PEDIATRICO OSS
ENGLISH FOR NURSES AND HEALTHCARE PROFESSIONALS	I° Sem	INFERMIERE INFERMIERE-PEDIATRICO OSTETRICA/O
HEALTH TALK: NETWORKING SANITARIO	I° Sem	TUTTE LE PROFESSIONI
RISCOPIRIRE IL PIACERE NELLA CURA IL BENESSERE ORGANIZZATIVO	I° Sem	TUTTE LE PROFESSIONI

TITOLO	PERIODO	DESTINATARI
TRA ARTE E MEDICINA: LE HUMANITIES NEL PERCORSO CLINICO	I° Sem	TUTTE LE PROFESSIONI
EGA E IL MONITOR IN MEDICINA DI EMERGENZA: INTERPRETAZIONE RAPIDA	I° Sem.	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE
ASPETTI MEDICO LEGALI IN MEDICINA D'EMERGENZA URGENZA	I° Sem	MEDICO- CHIRURGO
AGGIORNAMENTI IN TOSSICOLOGIA CLINICA 2025	I° e II° Sem	TUTTE LE PROFESSIONI
XV CONVEGNO DI TOSSICOLOGIA CLINICA	I° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
ATTIVITA' DI VIGILANZA DEL CENTRO ANTIVELENI DI PUGLIA IN MATERIA REACH-CLP E BPR, QUALI EVOLUZIONI	II° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
LE CRITICITA' DEL LABORATORIO, ESIGENZE CLINICHE E SENSIBILITA' ANALITICA E DIAGNOSTICA	II° Sem.	MEDICO CHIRURGO BIOLOGO - TSLB INFERMIERE

4 Sezione 4: Monitoraggio

L'Azienda procede a monitorare il valore pubblico generato per mezzo delle proprie azioni strategiche misurando i risultati raggiunti negli ambiti delineati nel P.I.A.O.2025–2027 e rendicontati nella Relazione sulla Performance. Come già evidenziato nel paragrafo “La programmazione annuale e il ciclo di gestione della Performance” nella sezione “Performance”, l'Azienda attraverso il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato con deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 59 del 01/02/2022, valuta le Strutture aziendali e il personale dipendente appartenente sia alla Dirigenza delle diverse Aree che all'Area di Comparto. Il ciclo si conclude con l'adozione della Relazione sulla Performance da parte della Direzione Strategica che è soggetta alla validazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.). In tale attività, la Direzione Strategica è coadiuvata dalla Struttura Programmazione e Controllo di Gestione.

In riferimento alla Prevenzione della corruzione detto che il monitoraggio interno di I livello è effettuato da parte dei referenti RPCT, si fa rinvio a quanto dettagliatamente indicato nella Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” al paragrafo 2.3.28 “Monitoraggio e riesame periodico”.



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Policlinico Foggia

ospedaliero-universitario



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio	Valutazione Rischio	Basso	Medio	Alto	Totale Processo
A - GESTIONE RISORSE UMANE	 Medio	6	11	0	17
B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	 Medio	6	30	2	38
C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	 Medio	0	1	0	1
D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	 Medio	0	2	0	2
E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	 Medio	3	11	0	14
F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	 Medio	8	6	0	14
G - INCARICHI E NOMINE	 Medio	0	2	0	2
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	 Medio	2	4	0	6
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	 Medio	15	9	0	24
M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	 Medio	2	9	0	11
N - DECESSI INTRA AZIENDALI	 Medio	0	1	0	1
TOTALE AREE 11	TOTALE	42	86	2	130



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio	Valutazione Rischio	Sottoarea	Valutazione Rischio
A - GESTIONE RISORSE UMANE	Medio 😞 7	<u>A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE</u>	Basso 😊 4
		<u>A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO</u>	Medio 😞 8
		<u>A.A11 - BORSE DI STUDIO</u>	Medio 😞 11
		<u>A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI</u>	Medio 😞 7
		<u>A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE</u>	Medio 😞 6
		<u>A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE</u>	Medio 😞 9
		<u>A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI</u>	Basso 😊 0
		<u>A.A6 - BENEFICI EX LEGE</u>	Medio 😞 5
		<u>A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI</u>	Medio 😞 11
		<u>A.A8 - ECM</u>	Medio 😞 11
		<u>A.A9 - FORMAZIONE NORMATA</u>	Medio 😞 7
		B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Medio 😞 10
<u>B.B10 - FABBISOGNI</u>	Medio 😞 5		
<u>B.B11 - CONVENZIONI</u>	Medio 😞 7		
<u>B.B2 - CAPITOLATI</u>	Medio 😞 12		
<u>B.B3 - BANDI</u>	Medio 😞 13		
<u>B.B4 - COMMISSIONI</u>	Medio 😞 12		
<u>B.B5 - REQUISITI</u>	Medio 😞 11		
<u>B.B6 - CONTRATTI</u>	Medio 😞 11		
<u>B.B7 - TRASPARENZA</u>	Medio 😞 6		
<u>B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO</u>	Medio 😞 12		
<u>B.B9 - ORDINI</u>	Medio 😞 13		
C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Medio 😞 11	<u>A.A8 - ECM</u>	Medio 😞 11



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio	Valutazione Rischio	Sottoarea	Valutazione Rischio
D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO	Medio 😞 11	<u>G.G1 - INCARICHI E NOMINE</u>	Medio 😞 11
		<u>E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO</u>	Medio 😞 8
E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Medio 😞 8	<u>E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI</u>	Medio 😞 7
		<u>E.E12 - CASSA</u>	Medio 😞 6
		<u>E.E2 - PROGRAMMAZIONE</u>	Medio 😞 8
		<u>E.E3 - MANUTENZIONI</u>	Medio 😞 11
		<u>E.E4 - BENI e RISORSE</u>	Medio 😞 6
		<u>E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE</u>	Basso 😊 2
		<u>E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA</u>	Medio 😞 12
		<u>E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI</u>	Medio 😞 13
F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Medio 😞 6	<u>F.F1 - RISCHI E MISURE</u>	Basso 😊 3
		<u>F.F4 - RIFIUTI SPECIALI</u>	Medio 😞 9
		<u>F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI</u>	Medio 😞 5
G - INCARICHI E NOMINE	Medio 😞 11	<u>G.G1 - INCARICHI E NOMINE</u>	Medio 😞 11
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Medio 😞 5	<u>H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI</u>	Medio 😞 10
		<u>H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI</u>	Medio 😞 7
		<u>H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI</u>	Basso 😊 4
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Medio 😞 6	<u>I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE</u>	Medio 😞 7
		<u>I.I2 - PRESTAZIONI E CUP</u>	Basso 😊 2
		<u>I.I3 - TICKET</u>	Medio 😞 6
		<u>I.I4 - ALPI</u>	Medio 😞 10
M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Medio 😞 8	<u>M.M1 - PIANI TERAPEUTICI</u>	Medio 😞 9
		<u>M.M2 - GESTIONE SPESA</u>	Medio 😞 12
		<u>M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO</u>	Medio 😞 7
		<u>M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI</u>	Medio 😞 7



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio	Valutazione Rischio	Sottoarea	Valutazione Rischio
M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Medio 😞 8	<u>M.M5 - SEGNALAZIONI</u>	Medio 😞 9
		<u>M.M6 - SOMMINISTRAZIONE</u>	Medio 😞 5
		<u>M.M7 - SPERIMENTAZIONI</u>	Medio 😞 5
		<u>M.M8 - SPONSORIZZAZIONI</u>	Medio 😞 6
N - DECESSI INTRA AZIENDALI	Medio 😞 9	<u>N.N1 - DECESSI</u>	Medio 😞 9

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

Sottoarea	<u>A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE</u>		
Processo	A.A1.4.ORG013 - Procedure di reclutamento del personale - Procedure per progressione di carriera - Procedure di conferimento incarichi (dirigenziali, di posizione, di coordinamento)		
Valutazione Rischio	Basso		4
Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Le procedure di reclutamento del personale avvengono nel rispetto della pianificazione e programmazione prevista dai piani di fabbisogno adottati con deliberazione del Direttore Generale ed approvati dalla Giunta Regionale con proprio atto (in quanto organo tutorio garante del rispetto della capacità assunzionale e garante del rispetto del limite di spesa), in pieno ossequio delle procedure previste dalla normativa vigente e dalle disposizioni regionali in materia. Il reclutamento avviene attraverso procedure concorsuali, nei limiti del Piano dei fabbisogni, avviate e gestite nel rispetto delle disposizioni in materia e, in particolare, dai DPR nn. 483/1997 e 484/1997 per la dirigenza e n. 220/2001 per il personale dell'Area di comparto		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RA.01 - Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutar	Misura effettiva specifica obbligatoria 052 - Trasparenza amministrativa nei procedimenti concorsuali	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni eseguite su AT e Albo pretorio online rispetto al totale delle procedure di reclutamento (Perc. 2024: 100,00%)	
	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Controlli interni previsti dai regolamenti	Indicatori di monitoraggio della misura: Acquisizione delle attestazioni di insussistenza conflitto interessi e di incompatibilità in sede contrattuale (S/N)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli a campione sui requisiti di accesso (Perc.)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica della insussistenza della condizione ostativa per soggetti in quiescenza (S/N)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica della sussistenza di precedenti penali al momento della formazione di Commissioni di concorso (S/N)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica della sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici (S/N)	
Sottoarea	<u>A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO</u>		
Processo	A.A10.16.ORG050 - Attività didattico-formativa		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	Responsabile	Santantonio Teresa Antonia
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RA.07 - Discrezionalità e favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 254 - Seduta pubblica in sede di prove orali	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza verifiche collegiali sulla preparazione studenti (S/N 2024: Si)	
Sottoarea	<u>A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa</u>		
Processo	A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	Responsabile	CANTATORE Francescopaolo
Storico fattori di rischio			

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

Sottoarea	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.07 - Collusione e favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 215 - Previsione della presenza di più docenti in commissione per esami	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione misura della co-presenza docenti in Commissione (S/N)
RA.15 - Omessa verifica di eventuali incompatibilità per attività sponsorizzate	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti	Indicatori di monitoraggio della misura:

Processo	A.A10.24.ORG009 - Autorizzazione personale partecipazione eventi, corso o master per formazione specialistica/specifica (agg. facoltativo e obbligatorio) sia di tipo sanitario che tecnico-professionale e amministrativo con oneri		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Atto Deliberativo n. 339 del Registro, adottato dal Direttore Generale il 30 novembre 2012, avente ad oggetto "Regolamento Aziendale per le Attività di Formazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria OO.RR. di Foggia, in considerazione di quanto regolamentato dalle "Linee di indirizzo regionale sull'attività di formazione nelle aziende sanitarie", adottato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 394 del 5 marzo 2012.		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.14 - Formazione e sensibilizzazione	Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N 2024:Si)
	Misura effettiva specifica ulteriore 255 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza banca dati interna per controlli (S/N 2024:Si)

Sottoarea	A.A11 - BORSE DI STUDIO		
Processo	A.A11.26.OORG012 - Procedimento di assegnazione di borse di studio		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>L'assegnazione delle Borse di Studio viene effettuata al termine di un iter amministrativo delineato da un Regolamento Aziendale che disciplina i presupposti, i requisiti e le procedure per il loro conferimento destinate a laureati e/o diplomati, finanziate dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia o da terzi, sia pubblici che privati.</p> <p>Le Borse di Studio comportano erogazioni in favore di soggetti esterni, per sostenere attività di studio e ricerca o assimilate.</p> <p>La procedura di conferimento si attiva su diretta indicazione della Direzione Strategica ovvero a seguito di specifica e motivata richiesta presentata alla stessa dal Direttore della struttura aziendale presso la quale si svolgerà l'attività di studio a seguito di un iter formale di valutazione dei candidati. Il Direttore Generale, una volta verificata la regolarità della procedura, con deliberazione approva gli atti predisposti dalla Commissione e procede con il conferimento della BdS al candidato ritenuto maggiormente idoneo alla stessa. Nel corso dell'anno è stato aggiornato il regolamento in questione e adottato con deliberazione n. 766 del 04.10.2024.</p>		

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

Sottoarea	A.A11 - BORSE DI STUDIO	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.06 - Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari	Misura effettiva specifica obbligatoria 013 - Regolamento per conferimento e autorizzazione incarichi	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento (S/N 2024:Si)
	Misura effettiva specifica ulteriore 243 - Attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione sistema di gestione delle segnalazioni illeciti (S/N 2024:Si)

Sottoarea	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI	
Processo	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	
Valutazione Rischio	Basso  2	
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio		
Descrizione processo e relative fasi	Il compito di vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679 è affidato al DPO aziendale	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche	Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarichi (Perc. 2024:100,00%)
	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero verbali all'anno in materia di privacy audit (Num. 2024:100,00)

Processo	A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-ufficio di competenza	
Valutazione Rischio	Medio  9	
Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	Responsabile CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio		
Descrizione processo e relative fasi	Gli incarichi extraistituzionali sono disciplinati da apposito regolamento aziendale in applicazione di quanto previsto dall'art. 53 del d. lgs. n. 165/2001 e s.m.i. A completamento della procedura di conferimento o di autorizzazione si provvede all'inserimento dell'incarico nella piattaforma digitale PERLAPA - Anagrafe delle prestazioni	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.04 - Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità	Misura effettiva specifica ulteriore 211 - Intensificazione dei controlli a campione	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero controlli interni a campione (Num.)
RA.15 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento incarichi extra-aziendali (S/N 2024:Si)

Processo	A.A2.7.ORG002 - Rilascio di autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione o concessione	
Valutazione Rischio	Medio  9	
Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	Responsabile MISCIO Leonardo
Storico fattori di rischio		

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

Sottoarea		
A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.07 - Collusione	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale	Indicatori di monitoraggio della misura: Controlli in co-presenza (S/N)

Sottoarea		
A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE		
Processo		
H.H2.220.ORG014 - Rapporti e informative sindacali		
Valutazione Rischio	Basso	 3
Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	Responsabile CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio		
Descrizione processo e relative fasi	I rapporti con i sindacati delle varie categorie avvengono nel rispetto delle disposizioni contrattuali in materia e nel pieno spirito di collaborazione. L'informativa avviene regolarmente quando dovuta mediante trasmissione della documentazione e degli atti con la consueta forma con cui avvengono le convocazioni ai tavoli di contrattazione	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.10 - Contrattazione su materie non disciplinabili dalla contrattazione aziendale o non rispettosa delle risorse destinate alla contrattazione stessa (fondi aziendali)	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Applicazione normativa e Controlli periodici	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N)

Processo		
A.A3.9.ORG013 - Corresponsione mensile emolumenti stipendiali, emolumenti accessori, competenze arretrate, cessione del quinto dello stipendio, rilascio certificati di stipendio		
Valutazione Rischio	Medio	 8
Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	Responsabile CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio		
Descrizione processo e relative fasi	La corresponsione degli emolumenti stipendiali previsti dai CC.CC.NN.LL. di categoria avviene mensilmente con apposito provvedimento dirigenziale a seguito di verifica sulla documentazione riferita al trattamento economico accessorio del personale, debitamente autorizzata, pervenuta agli uffici dell'Area e inserita nel sistema di gestione del personale. La liquidazione attiene anche al trattamento fondamentale e alle provvidenze spettanti al personale dipendente come previsto dalle disposizioni di legge e contrattuali in materia.	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.07 - Collusione	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N)

Sottoarea		
A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE		
Processo		
A.A4.12.ORG013 - Attestazione della presenza in servizio		
Valutazione Rischio	Medio	 9
Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	Responsabile CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio		
Descrizione processo e relative fasi	L'attestazione della presenza in servizio avviene attraverso procedura informatica collegata ai marca tempo dislocati nei vari plessi aziendali e viene verificata attraverso procedure di controllo sulla corretta utilizzazione del cartellino fornito a ciascun dipendente per attestare la presenza in servizio. Eventuali assenze dal servizio vengono giustificate in applicazione delle disposizioni contrattuali in materia e inserite manualmente nel sistema di rilevazione delle presenze.	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

Sottoarea A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.07 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva specifica ulteriore 225 - Nell'ambito delle risorse disponibili, informatizzazione del servizio di gestione del personale con controlli incrociati automatizzati	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza sistema rilevazione presenze informatizzato (S/N)

Sottoarea A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI		
Processo	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni	
Valutazione Rischio	Basso  0	
Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	Responsabile CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio		
Descrizione processo e relative fasi	Il processo di collocamento a riposo dei dipendenti, nonché le operazioni propedeutiche alle determinazioni dell'assegno pensionistico da parte dell'INPS, compresi gli adempimenti connessi agli scatti e alle ricongiunzioni sono gestite nel rispetto delle disposizioni in materia tramite appositi provvedimenti dirigenziali, la cui adozione presuppone le dovute verifiche sui requisiti di legge, le cui risultanze sono comunicate in via telematica all'INPS	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati	Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Codice di Comportamento: Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo.	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N)

Sottoarea A.A6 - BENEFICI EX LEGE		
Processo	A.A6.16.ORG013 - Riconoscimento di benefici non economici connessi a permessi, congedi e aspettative dal servizio (L.104 etc.)	
Valutazione Rischio	Medio  5	
Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	Responsabile CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio		
Descrizione processo e relative fasi	Il riconoscimento dei benefici avviene con appositi provvedimenti dirigenziali a seguito delle verifiche sulla sussistenza dei requisiti previsti dalle disposizioni di legge e contrattuali in materia. Per quanto attiene ai permessi ex L. 104/1992 si provvede adempimenti previsti per legge sulla piattaforma digitale PERLAPA nell'apposita sezione.	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.10 - Illegittimo rilascio di autorizzazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000).	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

Sottoarea	<u>A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI</u>		
Processo	A.A7.18.ORG009 - Elaborazione Piano Formativo Aziendale		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>Analisi e Ricognizione dei Bisogni di Formazione, indirizzata ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori e Responsabili delle Strutture Sanitarie, Tecniche e Amministrative, ai Dirigenti del Servizio Infermieristico, ai Preposti (Posizioni Organizzative, Coordinatori e Infermiere Ostetrico e Tecnico) e ai Referenti della Formazione), resa pubblica sul sito web dell'Azienda de quo.</p> <p>Comunicazione del Piano Formativo Aziendale, corredato del parere favorevole del Comitato Scientifico ECM e della Commissione paritetica sull'Attività di Formazione, al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario dell'Azienda de quo, per ogni eventuale e necessaria adozione di atti o comportamenti consequenziali.</p>		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RA.14 - Piano aziendale - regolamentazione della formazione	Misura effettiva trasversale obbligatoria 385 - Aggiornamento Piano formativo aziendale e Formazione del personale	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale sul tema della legalità, codice di comportamento e sull'istituto del whistleblowing (Num.) Indicatori di monitoraggio della misura: Inserimento nel PFA di percorsi formativi al personale in materia di etica, legalità e codice di comportamento (S/N 2024:Si) Indicatori di monitoraggio della misura: Rilevazione fabbisogni formativi dalle strutture aziendali (S/N 2024:Si)	
Sottoarea	<u>A.A8 - ECM</u>		
Processo	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>In attuazione all'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, mediante la Struttura di Formazione, in ottemperanza al DGR n. 1.381 DEL 21/06/2011, è riconosciuta quale soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità ed è, pertanto, abilitata a realizzare attività formative idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai progetti ed eventi del Piano Formativo Aziendale, nella qualità di Provider Regionale.</p>		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RC.06 - Abuso della discrezionalità	Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità?	Indicatori di monitoraggio della misura: Utilizzo portale Agenas (S/N 2024:Si)	
Sottoarea	<u>A.A9 - FORMAZIONE NORMATA</u>		
Processo	A.A9.32.ORG075 - Attività didattico-formativa		
Valutazione Rischio	Basso		1
Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	Responsabile	SOLLITTO Francesco
Storico fattori di rischio			

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

Sottoarea			A.A9 - FORMAZIONE NORMATA		
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RA.07 - Favoritismi		Misura effettiva specifica ulteriore 249 - Costituzione di commissioni secondo criteri precisi e vincolanti		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza calendario per tirocini e frequenza (S/N)	
Processo		A.A9.22.ORG009 - Formazione per Enti pubblici rivolti al Personale Dipendente Aziendale			
Valutazione Rischio		Medio		12	
Struttura		ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE	
Storico fattori di rischio					
Descrizione processo e relative fasi		<p>Questa Azienda Ospedaliera Universitaria ha organizzato:</p> <p>Progetto Formativo Aziendale E.C.M obbligatorio di formazione ed informazione, previsto dagli articoli 36 e 37 del D.L.gs. 81/2008, in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, destinati ai Dirigenti, ai Preposti, ai Lavoratori ed ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza;</p> <p>Progetto Formativo Aziendale E.C.M obbligatorio, articolato nei seguenti Corsi BLS-D (Basic Life Support - Defibrillation) - Adulto e Pediatrico, e ALS (Advance Life Support) rivolti ai Medici e al Comparto Sanitario, per aggiornare le conoscenze teoriche e le abilità pratiche in tema di gestione avanzata dell'Emergenza Urgenza, in ottemperanza alle vigenti normative in materia.</p> <p>Il Provider di Formazione Residenziale, di Formazione sul Campo e proprio del Policlinico Riuniti, inoltre, garantisce l'attività formativa per tutte le figure professionali ECM e tecnico-amministrative, al fine di assicurare l'evoluzione ed il miglioramento qualitativo degli operatori attraverso l'implementazione di un sistema di sviluppo professionale continuo.</p>			
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RA.14 - Lobbying		Misura effettiva specifica ulteriore 211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000).		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale intensificazione controlli interni (Perc. 2024:100,00%)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	B.B1 - PROCEDURA APPALTO		
Processo	B.B1.66.ORG075 - Rapporti con le aziende del farmaco		
Valutazione Rischio	Medio		10
Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	Responsabile	SOLLITTO Francesco
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.10 - Elusione delle regole per la corretta concorrenza	Misura effettiva specifica ulteriore 282 - Accordi illeciti con aziende del farmaco.	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione Codice dei Contratti (S/N)	
Processo	16PRO.B.B20.ORG018 - Individuazione procedura di gara		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.03 - Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente piu' vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa	Misura effettiva specifica ulteriore 282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza chiedend	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale gare con il criterio OEV rispetto al prezzo più basso (Perc.)	
Processo	B.B1.29.ORG017 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento. Procedure di scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ex Codice contratti pubblici relativi a lavori e f		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Viene individuato un RUP, un DEC secondo la normativa del Codice dei Contratti.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.23 - Violazione delle norme in materia di gare ed affidamenti pubblici	Misura effettiva specifica ulteriore 816 - Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza della motivazione nella determina a contrarre circa la scelta dello strumento di affidamento (S/N 2024:Si)	
Sottoarea	B.B10 - FABBISOGNI		
Processo	16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	Responsabile	PERRONE Giuseppe
Storico fattori di rischio			

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	B.B10 - FABBISOGNI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ	Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di programmazione (S/N 2024:Si)
	Misura effettiva specifica ulteriore 805 - In fase di individuazione del quadro dei fabbisogni, predeterminazione dei criteri per individuarne le priorità.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura (S/N 2024:Si)

Processo	B.B10.110.ORG011 - Misure di sicurezza informatica adeguate per la protezione dei dati personali		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	Responsabile	PERRONE Giuseppe
Storico fattori di rischio			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.	Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero audit interni su security e privacy (Num. 2024:1,00)

Processo	B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	I fabbisogni vengono calcolati sulla base dei consumi storici e sulle necessità espresse dai Reparti. I Capitolati tecnici rispondenti alla normativa del Codice dei Contratti vengono predisposti sulla base delle caratteristiche definite dai tecnici di settore (ingegneria clinica, farmacia, etc.) e nella maggioranza dei casi direttamente dai suddetti Servizi.		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ	Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Aggiornamenti annuali programmazione per acquisti di servizi e forniture (sopra la soglia 40k)	Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione programmazione degli acquisti sul sito web istituzionale (S/N 2024:Si)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI		
Processo	B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<ul style="list-style-type: none"> - Richiesta protocollata da parte dell'associazione - Fase di studio e fattibilità da parte dell'Azienda - Stesura dell'accordo di convenzione - Deliberazione dell'accordo - Sottoscrizione dell'accordo di convenzione 		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.07 - Elusione delle regole di individuazione delle associazioni di volontariato, al fine di agevolare un particolare soggetto	Misura effettiva specifica ulteriore 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.	Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione atti relativi alle Convenzioni (S/N 2024:Si)	
RB.13 - Collusione	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse. Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni conflitti rilevate (Perc. 2024:100,00%)	
Processo	B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.10 - Omissioni pubblicazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPCT.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni dati (Perc. 2024:100,00%)	
RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente	Misura effettiva specifica ulteriore 285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento interno (S/N 2024:Si)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	<u>B.B11 - CONVENZIONI</u>		
Processo	H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti		
Valutazione Rischio	Medio		7
Struttura	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE	Responsabile	MASTROPIERI SIMONETTA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>Per il conferimento degli incarichi legali viene applicato il "Regolamento per la gestione del contenzioso e degli incarichi legali esterni" e il "Regolamento sul patrocinio legale" adottati con delibere del Direttore Generale. I professionisti vengono individuati dalla Direzione Strategica, attingendo secondo i criteri della rotazione e della competenza specifica, dall'Elenco aperto degli avvocati esterni di cui all'avviso pubblico approvato con delibera n. 597 del 29.11.2022.</p> <p>I consulenti invece vengono individuati dall'elenco aperto di consulenti tecnici di parte medici legali o specialisti in altra disciplina, di cui alla delibera n. 35 del 10.03.2023, qualora non vi sia disponibilità ad assumere l'incarico da parte di personale interno. Anche i consulenti vengono individuati secondo i criteri della rotazione e della competenza specifica. L'incarico è conferito con delibera della Direzione Generale.</p> <p>Il contenzioso viene gestito sia internamente che esternamente con monitoraggio giornaliero, attesa la necessità di rispettare i termini del codice di rito. I provvedimenti definitivi vengono trasmessi alla Direzione Strategica e alle Aree interessate per gli atti amministrativi consequenziali.</p> <p>Le eventuali transazioni vengono definite, previo parere legale e delle Aree competenti, con deliberazione della Direzione Strategica. In particolare, per i casi di malpractice sanitaria, si transige la controversia previa discussione nel Comitato Valutazione Sinistri ed autorizzazione del DG.</p>		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati	Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo interno (S/N 2024:Si)	

Sottoarea	<u>B.B2 - CAPITOLATI</u>		
Processo	B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Definizione delle caratteristiche tecniche necessarie in fase di progettazione dell'appalto, senza individuazione di prodotti che corrispondono ad un marchio specifico		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.	Misura effettiva specifica ulteriore 823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura pre-informazione (S/N 2024:Si)	

Processo	B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione		
Valutazione Rischio	Medio		8
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Gli artt. 99 e 100 del nuovo Codice dei contratti pubblici (D. Lgs 36/2023) disciplinano i requisiti che le imprese concorrenti devono possedere per tutta la durata della procedura di evidenza pubblica		



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI

Sottoarea	B.B2 - CAPITOLATI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.02 - Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)	Misura effettiva specifica ulteriore 290 - Definizione di requisiti proporzionati al valore e all'oggetto della gara	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2024:Si)

Processo	B.B2.33.ORG017 - Requisiti di aggiudicazione	
Valutazione Rischio	Medio 	13
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		
Descrizione processo e relative fasi	Seguendo i criteri e i requisiti di aggiudicazione previsti nei disciplinari di gara, si perviene all'aggiudicazione della procedura. Il soggetto economico aggiudicatario stipula il contratto di appalto e si occupa della sua esecuzione.	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.63 - Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito.	Misura effettiva specifica ulteriore 282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza criteri obiettivi (S/N 2024:Si)

Processo	B.B2.34.ORG017 - Valutazione delle offerte	
Valutazione Rischio	Medio 	13
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		
Descrizione processo e relative fasi	L'aggiudicazione degli appalti di servizi e forniture avviene secondo i criteri previsti all'art. 100 del Codice degli appalti (D.Lgs 36/2023) ovvero dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo o del minor prezzo.	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte	Misura effettiva specifica ulteriore 842 - Scelta dei componenti delle commissioni	Indicatori di monitoraggio della misura: Scelta commissari di gara da Albo ANAC (S/N)
	Misura effettiva specifica ulteriore 867 - Formalizzazione e pubblicazione da parte dei funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale acquisizione attestazioni da tutto il personale coinvolto (Perc. 2024:100,00%)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	<u>B.B3 - BANDI</u>		
Processo	B.B3.36.ORG017 - Revoca dei bandi		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	il provvedimento amministrativo ad efficacia durevole può essere revocato da parte dell'organo che lo ha emanato nei casi in cui non vi sia più interesse alla procedura per sopravvenuti motivi di pubblico interesse ovvero nel caso di mutamento della situazione di fatto o di nuova valutazione dell'interesse pubblico originario.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.12 - Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara	Misura effettiva specifica ulteriore 854 - Controlli interni in caso di revoche di procedure di gara.	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero procedure revocate (Num. 2024:0,00)	
Sottoarea	<u>B.B4 - COMMISSIONI</u>		
Processo	B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>Ai fini della selezione della migliore offerta nelle procedure di aggiudicazione di contratti di appalti con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, dopo la scadenza del termine per la presentazione delle offerte, è nominata una commissione giudicatrice (art. 95 Codice degli appalti).</p> <p>La commissione è composta da un numero dispari di componenti, in numero massimo di cinque, esperti nello specifico settore cui si riferisce l'oggetto del contratto. Possono essere nominati componenti supplenti.</p> <p>La commissione è presieduta e composta da dipendenti della stazione appaltante o delle amministrazioni beneficiarie dell'intervento, in possesso del necessario inquadramento giuridico e di adeguate competenze professionali. Della commissione giudicatrice può far parte il RUP. In mancanza di adeguate professionalità in organico, la stazione appaltante può scegliere il Presidente e i singoli componenti della commissione anche tra funzionari di altre amministrazioni e, in caso di documentata indisponibilità, tra professionisti esterni. Le nomine di cui al presente comma sono compiute secondo criteri di trasparenza, competenza e rotazione.</p>		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 840 - Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione atti Commissioni (Perc. 2024:100,00%)	
	Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazione insussistenza conflitti acquisiti rispetto al totale (Perc. 2024:100,00%)	
Processo	B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Le Commissioni vengono nominate tra esperti della materia che non abbiano cause di esclusione previste o incompatibilità.		

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	<u>B.B4 - COMMISSIONI</u>	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 843 - Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari e consulenti, anche prevedendo la rendicontazione periodica al RPC, almeno per contratti di importo rilevante, atti a far emergere l'eventuale frequente ricorrenza dei medesimi nomi	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2024:Si)

Processo	M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>Le attività di sponsorizzazioni da parte di terzi sono regolamentate con DDG n. 462 del 2018 nella quale è descritto il procedimento che si articola nel seguente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - su iniziativa dell'azienda o su iniziativa dello sponsor viene formulata la richiesta; - la SSD Affari Generali e tutela della privacy verifica la completezza della proposta pervenuta - viene inoltrata la richiesta o proposta alla Direzione Generale per la valutazione - predispone l'avviso dello schema contrattuale previsto dal regolamento - predispone la pubblicazione dei documenti per almeno 20 giorni (30 se il valore è superiore a 40.000,00) - sottopone le offerte al Direttore Generale che autorizza eventualmente l'offerta - viene predisposta l'accettazione della donazione con conseguente predisposizione del contratto di sponsorizzazione 		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica obbligatoria 125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento Sponsorizzazioni (S/N 2024:Si)
	Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti (Perc. 2024:100,00%)
RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.	Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti	Indicatori di monitoraggio della misura: Misura di controllo tramite check-list (S/N 2024:Si)

Sottoarea	<u>B.B5 - REQUISITI</u>		
Processo	B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>La stazione appaltante ha l'obbligo di verificare il possesso dei requisiti di ordine generale e quindi l'assenza delle cause di esclusione automatiche (art. 94) attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> la consultazione del fascicolo virtuale dell'operatore economico FVOE (art.24); la consultazione degli altri documenti allegati dall'operatore economico; l'interoperabilità con la piattaforma digitale nazionale dati di cui all'articolo 50-ter del codice dell'amministrazione digitale, di cui al dlgs 82/2005 e con le banche dati delle pubbliche amministrazioni. 		



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI

Sottoarea			B.B5 - REQUISITI		
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.		Misura effettiva specifica ulteriore 285 - Attività di controllo di procedimenti, atti, altre informazioni da parte di almeno due dipendenti secondo rotazione casuale		Indicatori di monitoraggio della misura: Controlli requisiti ex dlgs 36/2023. Controlli antimafia ai sensi dell'art.85 d.lgs. n. 159/11 (S/N 2024:Si)	
				Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale presenza della clausola anti-pantouflage nei bandi e negli atti di gara rispetto al totale delle procedure (Perc. 2024: 100,00%)	

Sottoarea			B.B6 - CONTRATTI		
Processo			B.B6.19.ORG011 - Attestazioni e collaudi		
Valutazione Rischio	Basso		4		
Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	Responsabile	PERRONE Giuseppe		
Storico fattori di rischio					

RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.		Misura effettiva specifica ulteriore 882 - Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione.		Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica insussistenza conflitto interessi (S/N 2024:Si)	

Processo			0002 - Manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture		
Valutazione Rischio	Basso		4		
Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	Responsabile	PERRONE Giuseppe		
Storico fattori di rischio					

RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RB.64 - Conflitto di interessi		Misura effettiva specifica ulteriore 284 - Attivazione di canali dedicati alle segnalazioni whistleblowing		Responsabile della misura: PERRONE Giuseppe Tempi e modi di attuazione: Collegamento costante con la Prefettura e con i canali ufficiali onde segnalare le anomalie. Indicatori di monitoraggio della misura: Eventi formativi in materia di etica, legalità, codice di comportamento e segnalazioni di illecito (Num.)	
		Misura effettiva specifica ulteriore 812 - Attestazioni insussistenza conflitto di interessi del RUP/DL/DEC		Responsabile della misura: PERRONE Giuseppe Tempi e modi di attuazione: Collegamento costante con la Prefettura e con i canali ufficiali onde segnalare le anomalie. Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza sistema di gestione delle segnalazioni di illecito (S/N 2024:Si)	
				Responsabile della misura: PERRONE Giuseppe Tempi e modi di attuazione: Controllo sull'assenza dei conflitti di interessi da parte di tutti i soggetti coinvolti nelle relative procedure. Indicatori di monitoraggio della misura: Acquisizione attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi con il fornitore da parte del funzionario coinvolto nel controllo delle attività di manutenzione (S/N 2024:Si)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.77 - Omissione dei controlli su attività di manutenzione e favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	Responsabile della misura: PERRONE Giuseppe Tempi e modi di attuazione: Controllo costante degli atti e della documentazione Indicatori di monitoraggio della misura: Controlli interni periodici con supervisione del Responsabile (S/N 2024:Si)
RF.02 - Manutenzioni non necessarie o sovrastimate per favorire imprese esterne	Misura effettiva specifica obbligatoria 009 - Rotazione incarichi	Responsabile della misura: PERRONE Giuseppe Tempi e modi di attuazione: Rotazione incarichi effettuata Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione del principio di rotazione dei funzionari coinvolti (S/N 2024:Si)

Processo	16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ	Misura effettiva specifica ulteriore 801 - Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza procedura per rilevazione fabbisogni (S/N)
RB.52 - Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione.	Misura effettiva specifica ulteriore 811 - Formalizzazione dell'avvenuto coinvolgimento delle strutture richiedenti nella fase di programmazione, in modo da assicurare una maggiore trasparenza e tracciabilità dell'avvenuta condivisione delle scelte di approvvigionamento	Indicatori di monitoraggio della misura: Formalizzazione coinvolgimento strutture nella fase della programmazione (S/N)

Processo	16PRO.B.B110.ORG074 - Definizione dei fabbisogni		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG074 - S.S.V.D. INGEGNERIA CLINICA	Responsabile	CAMPANIELLO Daniele
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	I fabbisogni sono definiti dalla programmazione aziendale		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ	Misura effettiva specifica ulteriore 801 - Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo dei fabbisogni (S/N 2024:Si)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG074 - S.S.V.D. INGEGNERIA CLINICA	Responsabile	CAMPANIELLO Daniele
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Le attività vengono eseguite dal personale della ditta incaricata della manutenzione delle apparecchiature elettromedicali alla presenza del personale della Struttura		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RB.53 - Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	Misura effettiva specifica ulteriore 812 - Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione nella nomina del RP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso.		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazione insussistenza conflitti del RUP acquisite sul totale delle procedure (Perc. 2024:100,00%)
RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale acquisizione attestazioni insussistenza conflitti sul totale dei collaudi effettuati (Perc. 2024:100,00%)
Processo	16PRO.B.B4.ORG018 - Nomina componenti di Commissione di gara		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 850 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti, alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'art. 51 c.p.c., e di quanto previsto dall'art. 93 del D.lgs 36/2023		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale dichiarazioni acquisite sul totale delle procedure di gara concluse (Perc.)
Processo	16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE		
Valutazione Rischio	Medio		10
Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.	Misura effettiva specifica ulteriore 304 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli sui requisiti dell'OE ai sensi del d.lgs 36/2023	Tempi e modi di attuazione: Dopo l'espletamento della procedura di gara, ai fini Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli requisiti secondo norma sul totale degli affidamenti (Perc. 2024:100,00%)
RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 881 - Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni obbligatorie per professionisti incaricati (Perc.)

Processo	16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte	Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	Indicatori di monitoraggio della misura: Utilizzo di check list di controllo (S/N 2024:Si)
RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.	Misura effettiva specifica ulteriore 827 - Direttive/linee guida interne, oggetto di pubblicazione, che disciplinino la procedura da seguire, improntata ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza check-list di auto-controllo (S/N)

Processo	B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Responsabile	ESPOSITO Elisabetta
Storico fattori di rischio			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.15 - Omissione di programmazione degli acquisti	Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Controllo della Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza programmazione (S/N)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Le prosecuzioni e le proroghe dei rapporti contrattuali vengono effettuate per il tempo necessario a preparare le nuove procedure.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.04 - Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa	Misura effettiva specifica ulteriore 823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di pubblicazione avviso (S/N 2024:Si)	
RB.56 - Elusione delle regole di affidamento degli appalti	Misura effettiva specifica ulteriore 877 - Effettuazione di un report periodico (ad esempio semestrale), da parte dell'ufficio contratti, al fine di rendicontare agli uffici di controllo interno di gestione le procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggiore rilievo	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale massima di proroghe sul totale delle procedure (Perc.)	
Processo	B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Al termine della gara, la stessa viene aggiudicata con Determinazione del Direttore Area Patrimonio o con Deliberazione del Direttore Generale e successivamente viene stipulato il contratto, secondo tempi e modi di legge.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.57 - Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione.	Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale massima di procedure per le quali è pervenuta una sola offerta (Perc.)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza check-list auto-controllo (S/N 2024:Si)	
Processo	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Attività gratuita dei docenti universitari della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Foggia e dei docenti ospedalieri interni. Autocertificazioni attestanti l'assenza del conflitto di interesse dei relatori partecipanti all'evento.		



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI

Sottoarea B.B6 - CONTRATTI		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.14 - Proposta di nominativo pilotata	Misura effettiva specifica ulteriore 564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni previste dalla norma (Perc. 2024:100,00%)
RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi (Num. 2024: 100,00)

Sottoarea B.B7 - TRASPARENZA

Processo 16PRO.B.B6.ORG001 - Trasparenza amministrativa e Regolamentazione

Valutazione Rischio	Medio  8
Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA Responsabile ESPOSITO Elisabetta
Storico fattori di rischio	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.17 - Omissione di pubblicazione o di Regolamentazione aziendale	Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - Trasparenza amministrativa ai sensi del DLgs 33/13 e smi	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni obbligatorie (Perc.)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 017 - Attestazioni Incompatibilità e Inconferibilità	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione attestazioni (Perc.)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 029 - Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale aziendale in materia di trasparenza e corruzione (Num.)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 127 - Adozione di Regolamenti aziendali	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero dei Regolamenti aziendali adottati (Num. 2024:2,00)

Processo B.B7.ORG015 - Applicazione del PTPCT

Valutazione Rischio	Basso  0
Struttura	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE Responsabile DI GIOVINE GIUSEPPE
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto
Descrizione processo e relative fasi	Manuale delle procedure contabili

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.	Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	Tempi e modi di attuazione: Misura già attuata Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione misure previste dal PTPCT (S/N 2024:Si)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA		
Processo	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Il compito di vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679 è affidato al DPO aziendale		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche	Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici (Perc. 2024: 100,00%)	
	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero verbali all'anno in materia di privacy audit (Num. 2024: 100,00)	
Processo	B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	La pubblicità degli avvisi e dei bandi di gara, nella materia dei contratti pubblici, è un aspetto fondamentale, perché garantisce la massima divulgazione dei documenti di gara e la più ampia partecipazione dei soggetti interessati, unico strumento per l'individuazione del miglior contraente. La pubblicazione è prevista all'inizio della gara ed al termine della stessa pubblicando l'esito di aggiudicazione.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.	Misura effettiva specifica ulteriore 835 - Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, predefinizione e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione atti sul web (Perc.)	
Processo	M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite (Perc. 2024: 100,00%)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI**

Sottoarea	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO		
Processo	B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>La disciplina dell'esecuzione dei contratti pubblici di servizi e forniture è stata riordinata nel nuovo Codice appalti e nel suo Allegato II.14.</p> <p>RUP</p> <p>Per i contratti aventi ad oggetto servizi e forniture, l'art. 114, comma 7, del D. Leg.vo 36/2023, prevede che le funzioni e i compiti del direttore dell'esecuzione sono svolti, di norma, dal RUP, il quale provvede, anche con l'ausilio di uno o più direttori operativi individuati dalla stazione appaltante in relazione alla complessità dell'appalto, al coordinamento, alla direzione e al controllo tecnico contabile e amministrativo dell'esecuzione del contratto.</p> <p>Direttore dell'esecuzione</p> <p>Per i contratti di servizi e forniture di particolare importanza, per qualità o importo delle prestazioni - individuati dall'art. 32 dell'Allegato II.14 al Codice - il direttore dell'esecuzione deve essere diverso dal RUP.</p> <p>Fermo restando il rispetto delle disposizioni di servizio eventualmente impartite dal RUP, il direttore dell'esecuzione opera in autonomia in ordine al coordinamento, alla direzione e al controllo tecnico-contabile nell'esclusivo interesse all'efficienza e sollecita esecuzione del contratto.</p> <p>Verifica di conformità</p> <p>I contratti pubblici di forniture e di servizi sono soggetti a verifica di conformità al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accertarne la regolare esecuzione, rispetto alle condizioni e ai termini stabiliti nel contratto, alle eventuali leggi di settore e alle disposizioni del Codice; - accertare che i dati risultanti dalla contabilità e dai documenti giustificativi corrispondano fra loro e con le risultanze di fatto, fermi restando gli eventuali accertamenti tecnici previsti dalle leggi di settore. 		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.05 - Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni	Misura effettiva specifica ulteriore 875 - Controlli interni e pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza controlli interni (Perc. 2024:50,00%)	
Processo	B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.70 - Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	Misura effettiva specifica ulteriore 804 - Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze	Indicatori di monitoraggio della misura: Monitoraggio periodico dei tempi programmati (SAL) (S/N 2024:Si)	



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI

Sottoarea	<u>B.B9 - ORDINI</u>		
Processo	B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	L'ordine va notificato alla Ditta aggiudicataria tramite NSO. Dopo la consegna del bene o lo svolgimento del servizio, a seguito di regolare consegna/esecuzione, viene liquidata la fattura, previa idonea istruttoria (verifica Durc, etc...).		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.76 - Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti.	Misura effettiva specifica ulteriore 820 - Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza clausole standard (S/N 2024:Si)	



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

Sottoarea	<u>A.A8 - ECM</u>		
Processo	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	In attuazione all'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, mediante la Struttura di Formazione, in ottemperanza al DGR n. 1.381 DEL 21/06/2011, è riconosciuta quale soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità ed è, pertanto, abilitata a realizzare attività formative idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai progetti ed eventi del Piano Formativo Aziendale, nella qualità di Provider Regionale.		
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE	
ALTRI DATI			
RC.06 - Abuso della discrezionalità	Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità?	Indicatori di monitoraggio della misura: Utilizzo portale Agenas (S/N 2024:Si)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO**

Sottoarea	G.G1 - INCARICHI E NOMINE		
Processo	G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	Responsabile	TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	il processo inizia con note protocollate tra i due enti. Si perfeziona la convenzione con disciplinare di convenzione sottoscritto dai rappresentanti degli enti e si prende atto del suddetto disciplinare sottoscritto con deliberazione del direttore generale.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità			Indicatori:
Processo	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Attività gratuita dei docenti universitari della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Foggia e dei docenti ospedalieri interni. Autocertificazioni attestanti l'assenza del conflitto di interesse dei relatori partecipanti all'evento.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RB.14 - Proposta di nominativo pilotata	Misura effettiva specifica ulteriore 564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni previste dalla norma (Perc. 2024:100,00%)
RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione		Indicatori di monitoraggio della misura: Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi (Num. 2024: 100,00)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE**

Sottoarea	<u>E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO</u>		
Processo	E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche		
Valutazione Rischio	Medio		8
Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	Responsabile	PERRONE Giuseppe
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Vengono inventariate le apparecchiature informatiche indispensabile per tener traccia delle apparecchiature e le relative assegnazioni. E viene regolarmente dichiarato il fuori uso.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RE.05 - Effettuare registrazioni e rilevazioni non corrette/non veritiere	Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di inventariazione (S/N 2024:Si)	

Sottoarea	<u>E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI</u>		
Processo	16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Responsabile	ESPOSITO Elisabetta
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RE.05 - Omissione di procedure contabili	Misura effettiva specifica ulteriore 504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza PAC (S/N 2024:Si)	

Processo	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Il compito di vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679 è affidato al DPO aziendale		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche	Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici (Perc. 2024:100,00%)	
	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero verbali all'anno in materia di privacy audit (Num. 2024:100,00)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE**

Sottoarea	<u>E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI</u>		
Processo	E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento		
Valutazione Rischio	Medio		8
Struttura	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	Responsabile	DI GIOVINE GIUSEPPE
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
Descrizione processo e relative fasi	Manuale delle procedure amministrativo - contabili		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.03 - Corresponsioni non dovute per mancanza di tutti gli elementi necessari relativi ai controlli e alla liquidazione, secondo gli assetti organizzativi e le competenze previste	Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili e Disposizioni di servizio	Tempi e modi di attuazione: Misura attuata Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale campione minimo di controlli su mandati emessi nel trimestre (Perc. 2024:1,00%)
		Tempi e modi di attuazione: Misura attuata Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2024:Si)
RE.06 - Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente	Misura effettiva specifica ulteriore 502 - Verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati	Tempi e modi di attuazione: Misura attuata Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2024:Si)

Sottoarea	<u>E.E12 - CASSA</u>		
Processo	E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale		
Valutazione Rischio	Medio		6
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	La Cassa Economale permette l'acquisto per cassa fino ad € 516,00, secondo il regolamento aziendale di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 225 del 30/06/2016.		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.05 - Effettuare rilevazioni non corrette/non veritiere	Misura effettiva trasversale ulteriore 461 - Controllo di regolarità contabile e Regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza Regolamento Cassa economale (S/N 2024:Si)

Sottoarea	<u>E.E2 - PROGRAMMAZIONE</u>		
Processo	E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare		
Valutazione Rischio	Medio		8
Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
Descrizione processo e relative fasi	Il Programma triennale opere pubbliche con gli aggiornamenti annuali è redatto sulla base di studi di fattibilità ed analisi dei bisogni dell'ente ed in particolare individua le opere da realizzare, specificando le caratteristiche delle stesse.		

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE**

Sottoarea	<u>E.E2 - PROGRAMMAZIONE</u>	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte	Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione dati relativi alla programmazione (Perc. 2024: 100,00%)

Sottoarea	<u>E.E3 - MANUTENZIONI</u>	
Processo	E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma triennale degli acquisti di beni e servizi ai sensi del d.lgs 36/2023	
Valutazione Rischio	Medio  11	
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.01 - Assenza di programmazione	Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Programmazione e Misure di trasparenza	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza programmazione triennale con aggiornamenti annuali (S/N 2024:Si)

Sottoarea	<u>E.E4 - BENI e RISORSE</u>	
Processo	E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili	
Valutazione Rischio	Medio  5	
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.07 - Omissione inventariazione o irregolarità	Misura effettiva specifica ulteriore 504 - Verifiche periodiche ed Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misure PAC (S/N 2024:Si)

Processo	16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili	
Valutazione Rischio	Medio  12	
Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	Responsabile BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte	Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione informazioni richieste dal dlgs 33/13 (Perc. 2024:100,00%)



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Sottoarea	E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE
------------------	-------------------------------------

Processo	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni		
-----------------	---	--	--

Valutazione Rischio	Basso		0
----------------------------	-------	--	---

Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
------------------	---------------------------------------	---------------------	--------------------

Storico fattori di rischio			
-----------------------------------	--	--	--

Descrizione processo e relative fasi	Il processo di collocamento a riposo dei dipendenti, nonché le operazioni propedeutiche alle determinazioni dell'assegno pensionistico da parte dell'INPS, compresi gli adempimenti connessi agli scatti e alle ricongiunzioni sono gestite nel rispetto delle disposizioni in materia tramite appositi provvedimenti dirigenziali, la cui adozione presuppone le dovute verifiche sui requisiti di legge, le cui risultanze sono comunicate in via telematica all'INPS		
---	---	--	--

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati	Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Codice di Comportamento: Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo.	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N)

Processo	E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance		
-----------------	---	--	--

Valutazione Rischio	Basso		3
----------------------------	-------	--	---

Struttura	ORG005 - S.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Responsabile	QUARTUCCI COSTANTINO
------------------	--	---------------------	----------------------

Storico fattori di rischio			
-----------------------------------	--	--	--

Descrizione processo e relative fasi	Nell'ambito dei controlli interni all'azienda, il Controllo di Gestione espleta le sue attività al fine di verificare i risultati raggiunti in termini di efficienza, efficacia ed economicità. Il Controllo di Gestione permette di ottimizzare la gestione delle risorse economiche e produttive, sulla base delle risorse effettive a disposizione dell'azienda, mediante l'analisi regolare e sistematica degli obiettivi strategici con i risultati prodotti. Ciò implica la misurazione degli obiettivi, dei risultati raggiunti tramite il monitoraggio periodico e sistematico che viene trasmesso a tutte le strutture destinatarie di obiettivi di budget, quanto alla Direzione strategica e agli organi preposti alla verifica e controllo.		
---	--	--	--

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.05 - Alterazione degli indicatori di risultato al fine di consentire un'attribuzione indebita dei compensi legati al raggiungimento degli obiettivi	Misura effettiva specifica ulteriore 215 - Previsione della presenza di più soggetti e strutture competenti e relazione annuale su criticità eventualmente riscontrate nella gestione dei progetti di performance	Tempi e modi di attuazione: Misura già applicata Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza attività in forma collegiale (S/N 2024:Si)
	Misura effettiva trasversale ulteriore 452 - Informatizzazione dei processi e aggiornamento SMVP	Indicatori di monitoraggio della misura: Aggiornamento sistema SMIVAP (S/N 2024:Si)
	Misura effettiva trasversale ulteriore 456 - Validazione dell' Organismo di valutazione Pubblicazione su Amministrazione Trasparente della validazione OIV della Relazione sulla performance	Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione validazione OIV sulla relazione Performance (S/N 2024:Si)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE**

Sottoarea	<u>E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA</u>		
Processo	E.E7.77.ORG015 - Registrazioni contabili		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	Responsabile	DI GIOVINE GIUSEPPE
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
Descrizione processo e relative fasi	MANUALE DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE-CONTABILI		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.05 - Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere	Misura effettiva specifica ulteriore 504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) e Manuale Procedure amministrativo-contabili	Tempi e modi di attuazione: Misura attuata Indicatori di monitoraggio della misura: Manuale delle procedure amministrativo-contabili (S/N 2024:Si)

Processo	E.E7.78.ORG015 - Procedure solleciti crediti insoluti		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	Responsabile	DI GIOVINE GIUSEPPE
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
Descrizione processo e relative fasi	Regolamento riscossioni		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.02 - Discrezionalità nell'effettuazione dei solleciti e del rispetto dei termini per il recupero crediti	Misura effettiva trasversale obbligatoria 381 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Indicatori di monitoraggio della misura: Controllo periodico sullo scadenziario (S/N 2024:Si)

Sottoarea	<u>E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI</u>		
Processo	E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile	STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura scritta consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, caricando sul sistema, il Documento di Trasporto e definendo nel magazzino la posizione e le quantità del farmaco/dispositivo. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino	Misura effettiva specifica ulteriore 660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale max rettifiche magazzino (Perc. 2024:0,01%) Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza sistema informatizzato (S/N 2024:Si) Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica mensile inventario magazzino (S/N 2024:Si)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO

Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	E.E10.01.ORG012 - Procedimenti amministrativi		
Valutazione Rischio	Medio		10
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	I procedimenti amministrativi seguono quanto previsto dai regolamenti interni approvati con Deliberazione del Direttore Generale		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione monitoraggio tempi procedurali	Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - Mappatura e Monitoraggio procedimenti	Indicatori di monitoraggio della misura: N° Procedimenti Amministrativi Conclusi con Ritardo (Num. 2024:0,00)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: N° Procedimenti Amministrativi Conclusi entro i Termini (Num. 2024:100,00)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale procedimenti amministrativi mappati per competenza (Perc. 2024:100,00%)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione procedimenti in Amministrazione Trasparente (art. 35 del D.Lgs 33/13) (S/N 2024:Si)	
Processo	F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Basso		3
Struttura	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE	Responsabile	MASTROPIERI SIMONETTA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>Tutti i processi di competenza della Struttura Burocratico Legale sono monitorati costantemente. In particolare per il conferimento degli incarichi viene applicato il "Regolamento per la gestione del contenzioso e degli incarichi legali esterni" e il "Regolamento sul patrocinio legale" adottati con delibere del Direttore Generale. Inoltre i professionisti vengono individuati dalla Direzione Strategica attingendo secondo i criteri della rotazione e della competenza specifica dall'Elenco aperto degli avvocati esterni sul sito aziendale, aggiornato annualmente e predisposto a seguito di Avviso pubblico. L'incarico viene conferito previa acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi da parte del professionista e relativa verifica a seguito dell'esame della stessa, del curriculum vitae e dell'archivio di Struttura con riferimento ad eventuali incarichi assunti dallo stesso contro il Policlinico.</p> <p>Inoltre è garantita, la totale pubblicazione degli atti deliberativi e determinativi, sul sito istituzionale nella sezione "Albo Pretorio" al fine di garantire la completa accessibilità delle informazioni nel rispetto delle regole in materia di privacy.</p> <p>Tali incarichi vengono inseriti, nei termini di legge, nella piattaforma PerlaPA, con tutti i relativi elementi identificativi (tra cui estremi atto di incarico, data conferimento incarico, somme preventivate e somme erogate). A seguito di tale inserimento i dati sono consultabili al link Consulenti e collaboratori nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale ai sensi dell'art. 9 bis del DLGS 33/2013.</p> <p>Per ciò che riguarda l'attività di recupero crediti, ed annessa valutazione, la stessa è espletata a rotazione dal personale della Struttura Burocratico Legale, e verificata costantemente dal Direttore di Struttura, di concerto con Area finanziaria.</p> <p>Il contenzioso viene gestito sia internamente che esternamente con monitoraggio giornaliero, attesa la necessità di rispettare i termini del codice di rito. I provvedimenti definitivi vengono trasmessi alla Direzione Strategica e alle Aree interessate per gli atti amministrativi consequenziali.</p> <p>Le eventuali transazioni vengono definite, previo parere legale e delle Aree competenti, con deliberazione della Direzione Strategica. In particolare, per i casi di malpractice sanitaria, si transige la controversia previa discussione nel Comitato Valutazione Sinistri ed autorizzazione del DG.</p>		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO

Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	F.F1.05.ORG012 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Medio		10
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	il monitoraggio periodico viene effettuato semestralmente dal RCPT		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione avviene di regola trimestralmente sulle sezioni di competenza della Struttura.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile	STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG074 - S.S.V.D. INGEGNERIA CLINICA	Responsabile	CAMPANIELLO Daniele
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Il monitoraggio avviene periodicamente sui processi della Struttura con procedure standardizzate		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027			
Area di rischio F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO			
Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Medio		6
Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	0001 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	Responsabile	PERRONE Giuseppe
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05.ORG010 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva specifica ulteriore 532 - Monitoraggio indicatori	Responsabile della misura: PERRONE Giuseppe Tempi e modi di attuazione: Costante verifica dell'adeguatezza delle misure preventive nonché del corretto funzionamento del processo. Verifica dell'osservanza delle misure e della periodicità relativa. Pianificazione delle verifiche Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico		
Valutazione Rischio	Basso		1
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	la gestione del protocollo informativo è affidato a quanto previsto dal Regolamento aziendale approvato con Deliberazione n. 354 del 4 maggio 2018		



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO

Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RF.02 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità	Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	Indicatori di monitoraggio della misura: Clausola di osservanza del Codice comportamentale alla sottoscrizione del contratto di assunzione (S/N 2024:Si)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 029 - Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi	Indicatori di monitoraggio della misura: (Perc.)
	Misura effettiva specifica ulteriore 531 - Standardizzazione dei processi	Indicatori di monitoraggio della misura: Aggiornamento manuale di gestione documentale (S/N 2024:Si)

Processo	F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale II livello RPCT		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	il monitoraggio viene effettuato semestralmente dal RCPT aziendale		



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO

Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - MG01 ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale atti pubblicati in formato open - rielaborabile (Perc. 2024: 100,00%)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni obbligatorie in amministrazione trasparente sul totale degli adempimenti di tutte le strutture (Perc. 2024: 100,00%)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza pubblicazioni ulteriori in amministrazione trasparente (S/N 2024:Si)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione registro accessi sul sito web (S/N 2024:Si)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 005 - MG02 CODICE DI COMPORTAMENTO	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero di ricorsi/reclami ricevuti da Garante o ANAC (Num.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Numero procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti) (Num.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Numero procedimenti disciplinari avviati con riferimento ai reati contro la PA (Num.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Numero procedimenti per violazione del Codice di Comportamento (Num.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Numero ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici (Num.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza casi assenza ingiustificata dei dipendenti (S/N 2024:No)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 009 - MG15 ROTAZIONE DEL PERSONALE	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione della misura della rotazione o misura equivalente (segregazioni funzioni) da parte dei Dirigenti (S/N)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Numero rotazioni straordinarie applicate al personale (Num.)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - MG06 MONITORAGGIO CONFLITTI DI INTERESSI	Indicatori di monitoraggio della misura: Rilevazione di effettiva sussistenza di conflitto di interessi tramite controlli o su segnalazione (S/N 2024:Si)
Misura effettiva specifica obbligatoria 016 - MG08 INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'	Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione in AT delle attestazioni su incompatibilità e inconfiribilità (S/N)	
Misura effettiva specifica obbligatoria 021 - MG10 FORMAZIONE DI COMMISSIONI-ASSEGNAZIONI UFFICIO	Indicatori di monitoraggio della misura: Acquisizione d'ufficio delle attestazioni di insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle Commissioni (S/N)	
Misura effettiva specifica obbligatoria 024 - MG12 WHISTLEBLOWING	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero segnalazioni pervenute anche tramite l'istituto del whistleblowing (Num.)	
Misura effettiva specifica obbligatoria 029 - MG14 FORMAZIONE DEL PERSONALE	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero di iniziative di formazione e sensibilizzazione del personale (Num.)	

**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027****Area di rischio F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO**

Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva specifica obbligatoria 031 - MG16 SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTI CON SOCIETA' CIVILE	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero eventi per sensibilizzazione della cittadinanza (giornata della trasparenza) (Num.)



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO

Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva specifica obbligatoria 032 - MG13 PATTI DI INTEGRITA'	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza del patto di integrità nei bandi di gara ai fini della partecipazione (S/N)
	Misura effettiva trasversale obbligatoria 382 - MG04 ACCESSO TELEMATICO A DATI	Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione obiettivi di accessibilità AgID (S/N 2024:Si) Indicatori di monitoraggio della misura: Sistemi di accesso telematico e riutilizzo dei dati (S/N 2024:Si)
	Misura effettiva trasversale obbligatoria 383 - MG05 MONITORAGGIO TERMINI PROCEDIMENTALI	Indicatori di monitoraggio della misura: Monitoraggio periodico dei tempi di conclusione dei procedimenti tramite rendicontazione semestrale dei Dirigenti per competenza (S/N)
	Misura effettiva trasversale ulteriore 452 - MG03 INFORMATIZZAZIONE PROCESSI	Indicatori di monitoraggio della misura: Digitalizzazione e informatizzazione processi aziendali (S/N 2024:Si)
	Misura effettiva trasversale ulteriore 453 - MG09 INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI	Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione in AT degli incarichi autorizzati a dipendenti e pubblicazione in Anagrafe prestazioni (S/N)
	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - MG07 FORMAZIONE DECISIONI DEI PROCEDIMENTI	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione del principio della segregazione delle funzioni (S/N)
	Misura effettiva specifica ulteriore 532 - MG11 PANTOUFLAGE-REVOLVING DOORS	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza clausola anti-pantouflage nei bandi di gara (S/N) Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza clausola anti-pantouflage nei contratti di assunzione (S/N)

Processo	I.I2.143.ORG080 - Prestazioni sanitarie e formazione		
Valutazione Rischio	Basso		1
Struttura	ORG080 - SC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Responsabile	CAPORALETTI Paola
Storico fattori di rischio			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RI.02 - Utilizzo improprio dei mezzi di soccorso - prestazioni di emergenza urgenza non dovute	Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Formazione e sensibilizzazione del personale	Responsabile della misura: CAPORALETTI Paola Tempi e modi di attuazione: misura in essere Indicatori di monitoraggio della misura: Sensibilizzazione etico/comportamentale e conoscenza del vigente codice di comportamento (S/N 2024:Si)

Sottoarea	F.F4 - RIFIUTI SPECIALI	
Processo	F.F4.99.ORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri	
Valutazione Rischio	Medio	9
Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	Responsabile MISCIO Leonardo
Storico fattori di rischio		



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO

Sottoarea		
F.F4 - RIFIUTI SPECIALI		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RF.06 - Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero attestazioni ricevute di conflitto interessi (Num.)
	Misura effettiva specifica ulteriore 215 - Attività di sorveglianza	Indicatori di monitoraggio della misura: Monitoraggio e sorveglianza periodica (S/N)

Sottoarea		
F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI		
Processo	F.F5.101.ORG002 - Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, definizione delle strategie e dei protocolli delle attività di disinfezione disinfestazione e sterilizzazione	
Valutazione Rischio	Medio  5	
Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	Responsabile MISCIO Leonardo
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RF.05 - Omissione dei controlli di merito e proceduralizzazione	Misura effettiva specifica ulteriore 532 - Definizione di procedure	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza di nuove tecnologie per monitoraggio sistemi sanificazione (S/ N)



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio G - INCARICHI E NOMINE

Sottoarea	<u>G.G1 - INCARICHI E NOMINE</u>		
Processo	G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	Responsabile	TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	il processo inizia con note protocollate tra i due enti. Si perfeziona la convenzione con disciplinare di convenzione sottoscritto dai rappresentanti degli enti e si prende atto del suddetto disciplinare sottoscritto con deliberazione del direttore generale.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		Indicatori:	
Processo	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Attività gratuita dei docenti universitari della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Foggia e dei docenti ospedalieri interni. Autocertificazioni attestanti l'assenza del conflitto di interesse dei relatori partecipanti all'evento.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.14 - Proposta di nominativo pilotata	Misura effettiva specifica ulteriore 564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni previste dalla norma (Perc. 2024:100,00%)	
RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi (Num. 2024: 100,00)	



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Sottoarea	<u>H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI</u>		
Processo	H.H1.108.ORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione		
Valutazione Rischio	Medio		10
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	La gestione dei sinistri è effettuata di concerto con il Broker assicurativo, la SSD medicina Legale e la SC Burocratico Legale. Vi è un Comitato Valutazione Sinistri Aziendale che discute le varie strategie risolutive in base al sinistro. Secondo la nuova regolamentazione della gestione dei sinistri che La SC Burocratico Legale è stata individuata quale soggetto unico di responsabilità		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente	Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Regolamentazione e Codice di Comportamento	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione Regolamento e Codice di Comportamento (S/N 2024:Si)	

Sottoarea	<u>H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI</u>		
Processo	B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.10 - Omissioni pubblicazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPCT.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni dati (Perc. 2024:100,00%)	
RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente	Misura effettiva specifica ulteriore 285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento interno (S/N 2024:Si)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI		
Processo	H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti		
Valutazione Rischio	Medio		7
Struttura	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE	Responsabile	MASTROPIERI SIMONETTA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>Per il conferimento degli incarichi legali viene applicato il "Regolamento per la gestione del contenzioso e degli incarichi legali esterni" e il "Regolamento sul patrocinio legale" adottati con delibere del Direttore Generale. I professionisti vengono individuati dalla Direzione Strategica, attingendo secondo i criteri della rotazione e della competenza specifica, dall'Elenco aperto degli avvocati esterni di cui all'avviso pubblico approvato con delibera n. 597 del 29.11.2022.</p> <p>I consulenti invece vengono individuati dall'elenco aperto di consulenti tecnici di parte medici legali o specialisti in altra disciplina, di cui alla delibera n. 35 del 10.03.2023, qualora non vi sia disponibilità ad assumere l'incarico da parte di personale interno. Anche i consulenti vengono individuati secondo i criteri della rotazione e della competenza specifica. L'incarico è conferito con delibera della Direzione Generale.</p> <p>Il contenzioso viene gestito sia internamente che esternamente con monitoraggio giornaliero, attesa la necessità di rispettare i termini del codice di rito. I provvedimenti definitivi vengono trasmessi alla Direzione Strategica e alle Aree interessate per gli atti amministrativi consequenziali.</p> <p>Le eventuali transazioni vengono definite, previo parere legale e delle Aree competenti, con deliberazione della Direzione Strategica. In particolare, per i casi di malpractice sanitaria, si transige la controversia previa discussione nel Comitato Valutazione Sinistri ed autorizzazione del DG.</p>		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati	Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo interno (S/N 2024:Si)	

Processo	H.H2.111.ORG012 - Gestione risarcimento danni		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>Le parti in causa sottoscrivono un atto di transazione che viene adottato con Deliberazione del Direttore Generale a seguito di istruttoria interna che vede il coinvolgimento della Struttura interessata, della Medina Legale e del broker assicurativo nonché delle strutture amministrative Affari Generali e Burocratico-legale. La reiezione del sinistro ovvero la decisione di proposta transattiva comprensiva del quantum da corrispondere viene valutata per la decisione finale in sede di Comitato Valutazione Sinistri.</p> <p>Questa fase è di responsabilità esclusiva della SC Burocratico Legale.</p>		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Controlli e trasparenza	Indicatori di monitoraggio della misura: Monitoraggio e verifica efficacia regolamentazione aziendale (S/N 2024:Si)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione dati risarcimenti ultimi 5 anni (Perc. 2024: 100,00%)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Verifiche interne congruenza importi richiesti con importi liquidati (S/N 2024:Si)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Sottoarea	<u>H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI</u>		
Processo	H.H2.112.ORG006 - Recupero crediti		
Valutazione Rischio	Basso		3
Struttura	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE	Responsabile	MASTROPIERI SIMONETTA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>I procedimenti relativi al recupero dei crediti sono curati in modo diretto, anche in via stragiudiziale, nel caso di possibile notevole risparmio di spesa per l'Azienda.</p> <p>Per ciò che riguarda l'attività di recupero crediti, ed annessa valutazione, la stessa è espletata a rotazione dal personale della Struttura Burocratico Legale, e verificata costantemente dal Direttore di Struttura, di concerto con Area finanziaria.</p>		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RH.05 - Crediti non recuperati per favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli recupero crediti (Perc. 2024: 100,00%)	
Sottoarea	<u>H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI</u>		
Processo	H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali		
Valutazione Rischio	Basso		4
Struttura	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE	Responsabile	MASTROPIERI SIMONETTA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>Per il conferimento degli incarichi legali è stato pubblicato avviso pubblico per la costituzione di un elenco aperto degli avvocati esterni sul sito aziendale, aggiornato annualmente. Al fine di ridurre il rischio di conflitto di interessi e di garantire criteri di legalità e trasparenza, nonché di evitare e prevenire l'insorgenza di fenomeni corruttivi, sono adottate misure che favoriscono la rotazione dei professionisti secondo criteri di competenza specifica e considerato il rapporto fiduciario che, comunque, deve caratterizzare il conferimento dell'incarico su mandato della Direzione Generale</p>		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RH.02 - Rispetto delle Linee guida ANAC n. 12 Affidamento dei servizi legali - delibera ANAC n. 907 del 24 ottobre 2018	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza regolamento (S/N 2024: Si)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Sottoarea	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE		
Processo	I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI		
Valutazione Rischio	Medio		7
Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	Responsabile	TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	L'Azienda gestisce l'ALPI della dirigenza secondo il regolamento aziendale deliberato con atto n°492/2017 redatto in ottemperanze al regolamento Regolamento Regionale n° 2 del 2016 e alle disposizioni normative nazionali. Con lo stesso regolamento aziendale sono state predisposte e adottate le tariffe.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.06 - Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale	Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Codice di Comportamento e controlli ALPI	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di comportamento (S/N 2024:Si)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Verifiche incrociate dei dati relativi alla timbratura causalizzata come libera professione e gli orari delle prenotazioni libero professionali (S/N 2024:Si)	
RI.11 - Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale	Misura effettiva specifica ulteriore 607 - Adozione di un sistema informatizzato dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione della prenotazione (S/N 2024:Si)	
Processo	I.I1.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia		
Valutazione Rischio	Medio		8
Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	Responsabile	TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	La struttura in ottemperanza al regolamento aziendale utilizza una modulistica. Il dirigente medico che richiede l'autorizzazione allo svolgimento dell'ALPI compila la suddetta modulistica e riceve il nulla osta da parte della Direzione .		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.05 - Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata	Misura effettiva specifica ulteriore 601 - Negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli sui volumi attività ALPI (Perc. 2024:100,00%)	
Processo	I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi		
Valutazione Rischio	Medio		7
Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	Responsabile	TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	La struttura si occupa di tutta la fatturazione attiva utilizzando i sistemi informatici aziendali. Si occupa dell'invio dei flussi informativi riguardanti la specialistica ambulatoriale alla Regione e al MEF compreso i dati per il 730 precompilato.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.01 - Omissione debiti informativi regionali e nazionali	Misura effettiva specifica ulteriore 600 - Controlli flussi informativiecessari allo svolgimento dell'ALPI (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rete)	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale prenotazione tramite CUP (Perc.)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Sottoarea	<u>I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE</u>	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RI.08 - Ciclo informatizzato attivo e passivo	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli effettuati (Perc.)

Sottoarea	<u>I.I2 - PRESTAZIONI E CUP</u>	
Processo	B.B7.77.ORG066 - Prestazioni sanitarie	
Valutazione Rischio	Basso  0	
Struttura	ORG066 - NEUROFISIOPATOLOGIA	Responsabile MAZZEO ALESSANDRA
Storico fattori di rischio		
Descrizione processo e relative fasi	le prenotazioni di esami neurofisiologici sono state gestite fino a ora dalla segreteria della struttura per verificare la corretta compilazione delle impegnative con inserimento di codici adeguati all'effettiva prestazione erogata	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione delle prestazioni attraverso il CUP aziendale	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza procedure interne (S/N 2024:No)

Processo	<u>I.I2.077.ORG027 - Prestazioni sanitarie</u>	
Valutazione Rischio	Basso  4	
Struttura	ORG027 - CHIRURGIA PEDIATRICA D.O.	Responsabile NOBILI MARIA
Storico fattori di rischio	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento Carenza e/o inadeguata diffusione della cultura della legalità, responsabilità, integrità	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia	Indicatori di monitoraggio della misura: Obbligo prenotazione tramite CUP aziendale (S/N)

Processo	<u>I.I2.111.ORG081 - Prestazioni sanitarie</u>	
Valutazione Rischio	Basso  4	
Struttura	ORG081 - SC Mar Universitaria	Responsabile FOSCHINO BARBARO Maria Pia
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza controlli interni (S/N)

Processo	<u>I.I2.122.ORG031 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>	
Valutazione Rischio	Basso  1	
Struttura	ORG031 - GASTROENTEROLOGIA D.O.	Responsabile Sacco Rodolfo
Storico fattori di rischio		

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale	Indicatori di monitoraggio della misura: Prenotazione prestazioni primo livello tramite CUP Aziendale (S/N)	
Processo	I.I2.154.ORG079 - Prestazioni sanitarie e gestione magazzino		
Valutazione Rischio	Basso  1		
Struttura	ORG079 - SSD DIAGNOSTICA SENOLOGICA	Responsabile	AGROSI' LOREDANA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Procedure e regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Controlli interni periodici (S/N)	
Processo	I.I2.33.ORG056 - Prestazioni sanitarie		
Valutazione Rischio	Basso  1		
Struttura	ORG056 - REUMATOLOGIA OSPEDALIERA	Responsabile	BUCCI ROMANO NICOLA GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza e favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza di controlli interni (S/N)	
Processo	I.I2.44.ORG022 - Prestazioni radiologiche		
Valutazione Rischio	Basso  1		
Struttura	ORG022 - RADIOLOGIA D'URGENZA	Responsabile	GUERRA EGIDIO
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza controlli interni (S/N)	
Processo	I.I2.49.ORG076 - Prestazioni sanitarie e formazione		
Valutazione Rischio	Basso  1		
Struttura	ORG076 - PEDIATRIA UNIVERSITARIA	Responsabile	Campanozzi Angelo
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Favoritismi e collusione	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza controlli interni (S/N)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	I.I2.55.ORG075 - Attività diagnostico-assistenziale		
Valutazione Rischio	Basso		3
Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	Responsabile	SOLLITTO Francesco
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Gestione collegiale liste di attesa	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza prenotazione tramite CUP (S/N)	

Processo	I.I2.62.ORG023 - Prestazioni sanitarie		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG023 - MEDICINA NUCLEARE U.O.C.	Responsabile	MODONI SERGIO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e supervisione del Dirigente Medico	<p>Tempi e modi di attuazione: La valutazione caso per caso è da anni affidata ai Dirigenti Medici della Struttura. Inoltre, sin dal 2023, sono state predisposte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Linee di indirizzo per la prenotazione degli esami PET, relative ai differenti tempi di prenotazione in base al quesito clinico ed all'urgenza; - Linee Guida di appropriatezza clinica, al fine di evitare richieste di esami inappropriati. <p>Tali modelli sono stati collaudati per molti mesi all'interno del Dipartimento Oncologico ed il 26 Marzo 2024 sono stati inviati alla Direzione Sanitaria con richiesta di diffusione a tutte le Strutture aziendali.</p> <p>Quanto ai c.d. "favoritismi", la realtà è differente: i Pazienti con relativa urgenza di effettuare l'esame e che non trovano posto nei tempi previsti dalle predette Linee di Indirizzo, sono collocati in una lista di urgenze dalla quale si attinge, in ordine cronologico, quando un paziente prenotato non si presenta, anche all'ultimo momento.</p> <p>Questo al fine di evitare la mancata utilizzazione di radiofarmaco, peraltro molto costoso.</p> <p>Si tratta pertanto di una razionalizzazione delle risorse e di un'ottimizzazione del servizio.</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Supervisione del Dirigente Medico (S/N)</p>	

Processo	I.I2.67.ORG078 - Prestazioni sanitarie e ALPI		
Valutazione Rischio	Basso		1
Struttura	ORG078 - S.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA A DIREZIONE UNIVERSITARIA	Responsabile	SANTAMATO Andrea
Storico fattori di rischio			

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e favoritismi	Misura effettiva trasversale ulteriore 452 - Informatizzazione dei processi; questa consente per tutte le attività dell'amministrazione la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione processi (S/N)	
Processo	I.I2.78.ORG055 - Prestazioni sanitarie e diagnostica strumentale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG055 - Stroke Unit e NEUROSONOLOGIA	Responsabile	CIAMPANELLI DOMENICO
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.09 - Trattamento piu' favorevole dei pazienti trattati in libera professione	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza procedure per controlli interni (S/N)	
Processo	I.I2.79.ORG082 - Attività diagnostico-assistenziale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	Responsabile	CANTATORE Francescopaolo
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale	Indicatori di monitoraggio della misura: Prenotazione prestazioni ambulatoriali tramite CUP aziendale (S/N)	
Processo	I.I2.87.ORG077 - Prestazioni sanitarie e formazione		
Valutazione Rischio	Basso		3
Struttura	ORG077 - SC OSPEDALIERA NEUROLOGIA	Responsabile	MUNDI CIRO LUIGI
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e Favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravita? della patologia	Indicatori di monitoraggio della misura: Prenotazione prestazioni ambulatoriali tramite CUP aziendale (S/N)	
Processo	I.I2.88.ORG026 - Prenotazione delle prestazioni		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG026 - UO ENDOCRINOLOGIA D.U.	Responsabile	LAMACCHIA Olga
Storico fattori di rischio			

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Sottoarea			I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni		Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Informatizzazione delle liste di attesa		Indicatori di monitoraggio della misura: Prenotazione visite attraverso il CUP aziendale (S/N)	
Processo			16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale		
Valutazione Rischio		Medio		6	
Struttura		ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	Responsabile		MISCIO Leonardo
Storico fattori di rischio					
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa		Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Informatizzazione agende di prenotazione		Indicatori di monitoraggio della misura: Monitoraggio disdette e controlli tra pazienti visitati e fatturati in ALPI (S/N)	
				Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione liste di attesa (S/N)	
		Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Codice di Comportamento		Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione Codice (S/N)	
Processo			I.I2.123.ORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP)		
Valutazione Rischio		Medio		10	
Struttura		ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	Responsabile		TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio					
Descrizione processo e relative fasi		la struttura gestisce il CUP aziendale utilizzando un apposito software. Le prenotazioni possono essere effettuate nella massima trasparenza attraverso più canali: sportelli, on line sul sito web aziendale, tramite Call Center e sul CUP integratore della Regione Puglia.			
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa		Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Informatizzazione delle liste di attesa		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione liste di attesa (S/N 2024:Si)	
Processo			I.I2.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale		
Valutazione Rischio		Medio		5	
Struttura		ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	Responsabile		TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio					
Descrizione processo e relative fasi		La struttura si occupa delle prenotazioni dell'attività ambulatoriale dal punto di vista amministrativo che va dalla gestione della prenotazione all'eventuale incasso del ticket.			
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RI.11 - Irregolarità sui volumi attività erogata		Misura effettiva specifica ulteriore 606 - Verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo volumi (S/N 2024:Si)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Sottoarea	<u>I.I3 - TICKET</u>		
Processo	I.I3.127.ORG003 - Attività di controllo e sorveglianza pagamento ticket e versamenti in Tesoreria		
Valutazione Rischio	Medio		6
Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	Responsabile	TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	la struttura si occupa degli incassi del ticket relativo alla specialistica ambulatoriale presso gli sportelli CUP o on line attraverso la piattaforma Pago PA ottemperando a tutte le disposizioni normative vigenti.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.10 - Omissione recupero crediti	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche	Tempi e modi di attuazione: Procedure documentate - Verifica periodica degli incassi - Comunicazione dei crediti non riscossi all'ufficio recupero crediti Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli (Perc.)	
Sottoarea	<u>I.I4 - ALPI</u>		
Processo	I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG030 - MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO	Responsabile	Vendemiale Gianluigi
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Informatizzazione delle liste di attesa	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza procedura informatizzata (S/N)	
RI.08 - Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza controlli intramoenia (S/N)	
Processo	I.I4.130.ORG013 - Corresponsione mensile compensi della libera professione		
Valutazione Rischio	Medio		8
Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	A seguito delle verifiche in merito alla documentazione trasmessa dal competente ufficio per le prestazioni, si provvede mensilmente all'erogazione dei compensi di cui si dà conto nella stessa determina di liquidazione degli stipendi. La liquidazione avviene nel rispetto della disciplina prevista del regolamento aziendale in materia sia con riferimento ai compensi riguardanti l'attività libero professionale del personale dirigenziale sia quelli riferiti ad attività in convenzione con altri enti nonché in favore del personale di supporto alla libera professione.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.04 - Assenza di trasparenza nella gestione e liquidazione dell'attività ALPI volta a favorire taluni professionisti	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Intensificazione dei controlli interni	Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica e controllo congruità tra le tariffe applicate e le prestazioni autorizzate (S/N) Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica e controllo tra prestazioni erogate e importi fatturati (S/N)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA**

Sottoarea			<u>M.M1 - PIANI TERAPEUTICI</u>		
Processo			M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici		
Valutazione Rischio			Medio		9
Struttura		ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile		STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio					
Descrizione processo e relative fasi			Controllo sistematico di tutti i Piani Terapeutici da parte del farmacista prima della dispensazione del farmaco. Trimestralmente reportistica per l'individuazione di eventuali anomalie.		
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RM.02 - Scarsa tracciabilità del ciclo di utilizzo dei farmaci		Misura effettiva specifica ulteriore 662 - Sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2024:Si)	
Sottoarea			<u>M.M2 - GESTIONE SPESA</u>		
Processo			M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica		
Valutazione Rischio			Medio		12
Struttura		ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile		STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio					
Descrizione processo e relative fasi			Reportistica per la Direzione aziendale		
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale		Misura effettiva specifica ulteriore 662 - Sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza regolamento interno (S/N 2024:Si)	
Sottoarea			<u>M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO</u>		
Processo			M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto		
Valutazione Rischio			Medio		7
Struttura		ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile		STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio					
Descrizione processo e relative fasi			Tutti i prodotti ordinati dalla Farmacia provengono da procedure di gara effettuate dall'area Patrimonio. E' presente una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Altresì sono effettuate periodiche attività di controllo interno. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.		
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI	
RM.04 - Omissioni e/o irregolarità		Misura effettiva specifica ulteriore 212 - Razionalizzazione organizzativa dei controlli		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2024:Si)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA**

Sottoarea	<u>M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI</u>		
Processo	E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile	STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura scritta consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, caricando sul sistema, il Documento di Trasporto e definendo nel magazzino la posizione e le quantità del farmaco/dispositivo. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino	Misura effettiva specifica ulteriore 660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale max rettifiche magazzino (Perc. 2024:0,01%)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza sistema informatizzato (S/N 2024:Si)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica mensile inventario magazzino (S/N 2024:Si)	

Sottoarea	<u>M.M5 - SEGNALAZIONI</u>		
Processo	M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile	STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Secondo normativa nazionale e regionale.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RM.04 - Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo qualitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2024:Si)	

Sottoarea	<u>M.M6 - SOMMINISTRAZIONE</u>		
Processo	M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale		
Valutazione Rischio	Basso		3
Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	Responsabile	Santantonio Teresa Antonia
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RM.04 - Irregolarità o favoritismi	Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Applicazione e Monitoraggio	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio **M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA**

Sottoarea	<u>M.M6 - SOMMINISTRAZIONE</u>		
Processo	M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia		
Valutazione Rischio	Medio		7
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile	STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Si auspica l'utilizzo di sistemi informatizzati sul ciclo di terapia fino alla somministrazione del farmaco al paziente o utilizzo del presidio.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RM.02 - Scarsa tracciabilità	Misura effettiva specifica ulteriore 661 - Informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione ciclo di terapia (S/N 2024:No)	

Sottoarea	<u>M.M7 - SPERIMENTAZIONI</u>		
Processo	M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite (Perc. 2024: 100,00%)	

Sottoarea	<u>M.M8 - SPONSORIZZAZIONI</u>		
Processo	M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative		
Valutazione Rischio	Medio		7
Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	Responsabile	Santantonio Teresa Antonia
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RM.03 - Discrezionalità e Collusione	Misura effettiva trasversale ulteriore 457 - Verifica da parte degli organi di controllo interno e Regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presente regolamento su sponsorizzazioni (S/N)	

Processo	M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	Responsabile	CANTATORE Francescopaolo
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione	Misura effettiva specifica ulteriore 665 - Codice di Comportamento: Applicazione e Monitoraggio	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio del Codice di comportamento (S/N)	



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA

Sottoarea	<u>M.M8 - SPONSORIZZAZIONI</u>		
Processo	M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	<p>Le attività di sponsorizzazioni da parte di terzi sono regolamentate con DDG n. 462 del 2018 nella quale è descritto il procedimento che si articola nel seguente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - su iniziativa dell'azienda o su iniziativa dello sponsor viene formulata la richiesta; - la SSD Affari Generali e tutela della privacy verifica la completezza della proposta pervenuta - viene inoltrata la richiesta o proposta alla Direzione Generale per la valutazione - predispone l'avviso dello schema contrattuale previsto dal regolamento - predispone la pubblicazione dei documenti per almeno 20 giorni (30 se il valore è superiore a 40.000,00) - sottopone le offerte al Direttore Generale che autorizza eventualmente l'offerta - viene predisposta l'accettazione della donazione con conseguente predisposizione del contratto di sponsorizzazione 		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica obbligatoria 125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni		Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento Sponsorizzazioni (S/N 2024:Si)
	Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti (Perc. 2024:100,00%)
RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.	Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti		Indicatori di monitoraggio della misura: Misura di controllo tramite check-list (S/N 2024:Si)



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2025 - 2027

Area di rischio N - DECESSI INTRA AZIENDALI

Sottoarea	<u>N.N1 - DECESSI</u>		
Processo	N.N1.151.ORG002 - Gestione dei decessi e delle strutture mortuarie		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	Responsabile	MISCIO Leonardo
Storico fattori di rischio			
	RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RN.02 - Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili	Misura effettiva specifica ulteriore 692 - Regolamento interno e rotazione del personale	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza regolamento (S/N)	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
A - GESTIONE RISORSE UMANE	A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE	A.A1.4.ORG013 - Procedure di reclutamento del personale - Procedure per progressione di carriera - Procedure di conferimento incarichi (dirigenziali, di posizione, di coordinamento)	7
	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO	A.A10.16.ORG050 - Attività didattico-formativa	9
		A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa	9
		A.A10.24.ORG009 - Autorizzazione personale partecipazione eventi, corso o master per formazione specialistica/specifica (agg. facoltativo e obbligatorio) sia di tipo sanitario che tecnico-professionale e amministrativo con oneri	9
	A.A11 - BORSE DI STUDIO	A.A11.26.OORG012 - Procedimento di assegnazione di borse di studio	10
	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI	A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-ufficio di competenza	12
		A.A2.7.ORG002 - Rilascio di autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione o concessione	12
		16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	13
	A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE	H.H2.220.ORG014 - Rapporti e informative sindacali	14
		A.A3.9.ORG013 - Corresponsione mensile emolumenti stipendiali, emolumenti accessori, competenze arretrate, cessione del quinto dello stipendio, rilascio certificati di stipendio	14
	A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE	A.A4.12.ORG013 - Attestazione della presenza in servizio	14
	A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni	15
	A.A6 - BENEFICI EX LEGE	A.A6.16.ORG013 - Riconoscimento di benefici non economici connessi a permessi, congedi e aspettative dal servizio (L.104 etc.)	15
A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI	A.A7.18.ORG009 - Elaborazione Piano Formativo Aziendale	16	
A.A8 - ECM	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)	17	
A.A9 - FORMAZIONE NORMATA	A.A9.32.ORG075 - Attività didattico-formativa	17	
	A.A9.22.ORG009 - Formazione per Enti pubblici rivolti al Personale Dipendente Aziendale	17	
B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	B.B1 - PROCEDURA APPALTO	B.B1.66.ORG075 - Rapporti con le aziende del farmaco	17
		B.B1.29.ORG017 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento. Procedure di scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ex Codice contratti pubblici relativi a lavori e f	18
		16PRO.B.B20.ORG018 - Individuazione procedura di gara	18



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	B.B10 - FABBISOGNI	<u>16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni</u>	19
		<u>B.B10.110.ORG011 - Misure di sicurezza informatica adeguate per la protezione dei dati personali</u>	19
		<u>B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto</u>	19
	B.B11 - CONVENZIONI	<u>B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato</u>	20
		<u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>	21
		<u>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</u>	22
	B.B2 - CAPITOLATI	<u>B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)</u>	22
		<u>B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione</u>	23
		<u>B.B2.33.ORG017 - Requisiti di aggiudicazione</u>	23
		<u>B.B2.34.ORG017 - Valutazione delle offerte</u>	24
	B.B3 - BANDI	<u>B.B3.36.ORG017 - Revoca dei bandi</u>	24
	B.B4 - COMMISSIONI	<u>B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara</u>	25
		<u>B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici</u>	25
		<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	25
	B.B5 - REQUISITI	<u>B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.</u>	27



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	B.B6 - CONTRATTI	<u>B.B6.19.ORG011 - Attestazioni e collaudi</u>	28
		<u>16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno</u>	29
		<u>16PRO.B.B110.ORG074 - Definizione dei fabbisogni</u>	30
		<u>16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi</u>	30
		<u>16PRO.B.B4.ORG018 - Nomina componenti di Commissione di gara</u>	31
		<u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>	31
		<u>16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva</u>	32
		<u>B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari</u>	33
		<u>B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali</u>	34
		<u>B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti</u>	35
		<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	35
		<u>0002 - Manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture</u>	36

Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	B.B7 - TRASPARENZA	<u>16PRO.B.B6.ORG001 - Trasparenza amministrativa e Regolamentazione</u>	37
		<u>B.B7.ORG015 - Applicazione del PTPCT</u>	38
		<u>B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie</u>	41
		<u>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</u>	41
		<u>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</u>	41
	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO	<u>B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto</u>	42
		<u>B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori</u>	43
	B.B9 - ORDINI	<u>B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni</u>	43
	C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	A.A8 - ECM	<u>A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)</u>
D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	44
E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO	<u>E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche</u>	45
	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI	<u>16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili</u>	45
		<u>E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento</u>	46
		<u>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</u>	47
	E.E12 - CASSA	<u>E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale</u>	48
	E.E2 - PROGRAMMAZIONE	<u>E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare</u>	49
E.E3 - MANUTENZIONI	<u>E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma triennale degli acquisti di beni e servizi ai sensi del d.lgs 36/2023</u>	49	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	E.E4 - BENI e RISORSE	<u>E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili</u>	50
		<u>16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili</u>	50



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni	51
		E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance	51
	E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA	E.E7.77.ORG015 - Registros contabili	52
		E.E7.78.ORG015 - Procedure solleciti crediti insoluti	53
	E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI	E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini	53
F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	F.F1 - RISCHI E MISURE	E.E10.01.ORG012 - Procedimenti amministrativi	54
		F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale	55
		F.F1.05.ORG012 - Monitoraggio periodico trasversale	56
		F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale	57
		F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale	58
		F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale	58
		F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale	58
		F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale	59
		116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico	60
		F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale II livello RPCT	62
	I.I2.143.ORG080 - Prestazioni sanitarie e formazione	66	
	0001 - Monitoraggio periodico trasversale	66	
	F.F4 - RIFIUTI SPECIALI	F.F4.99.ORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri	67
F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI	F.F5.101.ORG002 - Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, definizione delle strategie e dei protocolli delle attività di disinfezione disinfestazione e sterilizzazione	68	
G - INCARICHI E NOMINE	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	68
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI	H.H1.108.ORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione	69
	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI	B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi	70
		H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti	70
		H.H2.111.ORG012 - Gestione risarcimento danni	71
		H.H2.112.ORG006 - Recupero crediti	72



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI	H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali	72



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	Sottoarea	Processo		
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	I.11 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	I.11.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI	74	
		I.11.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia	75	
		I.11.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi	76	
	I.12 - PRESTAZIONI E CUP	I.12 - PRESTAZIONI E CUP	B.B7.77.ORG066 - Prestazioni sanitarie	77
			I.12.077.ORG027 - Prestazioni sanitarie	78
			I.12.111.ORG081 - Prestazioni sanitarie	78
			I.12.122.ORG031 - Prestazioni sanitarie e formazione	78
			I.12.154.ORG079 - Prestazioni sanitarie e gestione magazzino	79
			I.12.33.ORG056 - Prestazioni sanitarie	79
			I.12.44.ORG022 - Prestazioni radiologiche	79
			I.12.49.ORG076 - Prestazioni sanitarie e formazione	80
			I.12.55.ORG075 - Attività diagnostico-assistenziale	80
			I.12.62.ORG023 - Prestazioni sanitarie	80
			I.12.67.ORG078 - Prestazioni sanitarie e ALPI	80
			I.12.78.ORG055 - Prestazioni sanitarie e diagnostica strumentale	81
			I.12.79.ORG082 - Attività diagnostico-assistenziale	81
			I.12.87.ORG077 - Prestazioni sanitarie e formazione	81
			I.12.88.ORG026 - Prenotazione delle prestazioni	82
			I.12.123.ORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP)	82
			I.12.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale	85
	16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale	85		
	I.13 - TICKET	I.13.127.ORG003 - Attività di controllo e sorveglianza pagamento ticket e versamenti in Tesoreria	85	
	I.14 - ALPI	I.14.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni	86	
		I.14.130.ORG013 - Corresponsione mensile compensi della libera professione	87	
	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	M.M1 - PIANI TERAPEUTICI	M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici	87
		M.M2 - GESTIONE SPESA	M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica	88
		M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO	M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto	89



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI	E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini	90



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	M.M5 - SEGNALAZIONI	<u>M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci</u>	91
	M.M6 - SOMMINISTRAZIONE	<u>M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale</u>	92
		<u>M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia</u>	92
	M.M7 - SPERIMENTAZIONI	<u>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</u>	93
	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI	<u>M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative</u>	94
		<u>M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco</u>	94
		<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	95
N - DECESSI INTRA AZIENDALI	N.N1 - DECESSI	<u>N.N1.151.ORG002 - Gestione dei decessi e delle strutture mortuarie</u>	97



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE
Processo	<u>A.A1.4.ORG013 - Procedure di reclutamento del personale - Procedure per progressione di carriera - Procedure di conferimento incarichi (dirigenziali, di posizione, di coordinamento)</u>	Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE
Rischio corruttivo effettivo	RA.01 - Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutar		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 052 - Trasparenza amministrativa nei procedimenti concorsuali	In applicazione delle disposizioni vigenti in materia l'AOU di Foggia espleta il concorso pubblico con modalità che ne garantiscano la imparzialità, l'economicità e la celerità di espletamento, ricorrendo, ove necessario, all'ausilio di sistemi automatizzati diretti anche a realizzare forme di preselezione. Le procedure vengono avviate tramite procedure ad evidenza pubblica (delibera del Direttore Generale, Avviso, pubblicazione avviso sul BURP e per estratto su gazzetta ufficiale). Il bando viene pubblicato anche nella sezione "bandi di concorso" sul sito aziendale. A seconda delle procedure selettive i componenti delle Commissioni vengono indicati in ossequio alle disposizioni normative in materia. Per i bandi interni viene redatto apposito avviso pubblicato anch'esso sul sito aziendale nella sezione bandi di concorso e nominata la commissione. Espletata la procedura viene recepito il lavoro della Commissione con delibera ed individuata la graduatoria dei vincitori con i relativi punteggi. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazioni eseguite su AT e Albo pretorio online rispetto al totale delle procedure di reclutamento	100,00%	100,00%
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Controlli interni previsti dai regolamenti	Motivazione scostamenti			
	Idoneità della misura la misura è efficace			
	Campionamento statistico			
	Esito monitoraggio I controlli vengono effettuati a campione. Non si registrano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.			
	Motivazione scostamenti	Indicatore	Ottenuto	Atteso
		Acquisizione delle attestazioni di insussistenza conflitto interessi e di incompatibilità in sede contrattuale	SI	
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Idoneità della misura la misura è efficace	Percentuale controlli a campione sui requisiti di accesso	50,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Verifica della insussistenza della condizione ostativa per soggetti in quiescenza SI

Verifica della sussistenza di precedenti penali al momento della formazione di Commissioni di concorso SI

Verifica della sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici SI

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO
Processo	<u>A.A10.16.ORG050 - Attività didattico-formativa</u>	Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Discrezionalità e favoritismi		

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione		
Presenza verifiche collegiali sulla preparazione studenti		

Misura effettiva specifica ulteriore
254 - Seduta pubblica in sede di prove orali

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO
Processo	<u>A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa</u>	Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Collusione e favoritismi		

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Applicazione misura della co-presenza docenti in Commissione		
Avanzamento misura di prevenzione		

Misura effettiva specifica ulteriore
215 - Previsione della presenza di più docenti in commissione per esami

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO
Processo	<u>A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa</u>	Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA
Rischio corruttivo effettivo	RA.15 - Omessa verifica di eventuali incompatibilità per attività sponsorizzate		

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione		

Misura effettiva specifica ulteriore
245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO
Processo	<u>A.A10.24.ORG009 - Autorizzazione personale partecipazione eventi, corso o master per formazione specialistica/specifica (agg. facoltativo e obbligatorio) sia di tipo sanitario che tecnico-professionale e amministrativo con oneri</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RA.14 - Formazione e sensibilizzazione		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	La rilevanza dello strumento nella prevenzione della corruzione e contrasto ai fenomeni corruttivi è supportata da questa Struttura da una efficace attività di comunicazione nonchè, annualmente, a mezzo di: - analisi e ricognizione dei bisogni di Formazione, indirizzata ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori e Responsabili delle Strutture Sanitarie, Tecniche ed Amministrative, ai Dirigenti del Servizio Infermieristico, ai Preposti, resa pubblica sul sito web dell'Azienda. - comunicazione del Piano Formativo Aziendale, corredato di parere favorevole del Comitato Scientifico ECM e della Commissione paritetica sull'Attività di Formazione, al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario dell'Azienda, per ogni eventuale e necessaria adozione di atti o comportamenti consequenziali. - pubblicazione delle attività formative sul sito web aziendale Ad oggi non sono state rilevate criticità nei processi delle attività di Formazione, nè mai ricevute segnalazioni di illeciti da parte di dipendenti o cittadini. Livello di rischio stimato come BASSO.	Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento	SI	SI
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 255 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia	Esito monitoraggio All'interno dell'AOU di Foggia esiste una banca dati specifica per realizzare controlli incrociati sulla corretta applicazione del regolamento aziendale sulla formazione e sulla partecipazione ad eventi e convegni. Confermo	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza banca dati interna per controlli	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A11 - BORSE DI STUDIO
Processo	<u>A.A11.26.OORG012 - Procedimento di assegnazione di borse di studio</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RA.06 - Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 013 - Regolamento per conferimento e autorizzazione incarichi	Il procedimento prevede l'indizione di procedura selettiva tramite avviso pubblico previa adozione di deliberazione del Direttore Generale.	Adozione Regolamento	SI	SI
	La Commissione viene presieduta dal Direttore Sanitario o dal Direttore del Dipartimento o Direttore della Struttura interessata, dal Responsabile Scientifico del progetto e da un terzo componente con qualifica dirigenziale, in esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 500 del 24/09/19, avente ad oggetto " Regolamento per il conferimento delle borse di studio presso la AOU di Foggia. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	

Motivazione scostamenti

Idoneità della misura

Campionamento statistico

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 243 - Attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi	Con riferimento all'implementazione di una procedura a norma per la rilevazione delle segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti (whistleblowing) si è provveduto all'attivazione del servizio tramite la piattaforma WhistleblowingPA, progetto di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali (indirizzo https://aouospedaliriunitidifoggia.whistleblowing.it).	Adozione sistema di gestione delle segnalazioni illeciti	SI	SI
	Si ritiene che il livello di rischio sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	

Motivazione scostamenti

Idoneità della misura

Campionamento statistico



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI		
Processo	<u>A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-officio di competenza</u>	Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE		
Rischio corruttivo effettivo	RA.15 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità				
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Regolamentazione	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
	In materia di incompatibilità per incarichi extra istituzionali è stato adottato apposito regolamento. Il personale richiedente deve presentare apposita istanze o comunicazione per il conferimento dell'incarico unitamente alla dichiarazione dell'insussistenza di conflitti di interessi. Non sono state rilevate criticità.	Adozione Regolamento incarichi extra-aziendali	SI	SI	
	Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
	Motivazione scostamenti				
	Idoneità della misura la misura è efficace				
Campionamento statistico					

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI		
Processo	<u>A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-officio di competenza</u>	Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE		
Rischio corruttivo effettivo	RA.04 - Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità				
Misura effettiva specifica ulteriore 211 - Intensificazione dei controlli a campione	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
	Nel corso del primo semestre non sono state rilevate criticità.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
	Motivazione scostamenti	Numero controlli interni a campione	100,00		
	Idoneità della misura la misura è efficace				
	Campionamento statistico				



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI		
Processo	<u>A.A2.7.ORG002 - Rilascio di autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione o concessione</u>	Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Collusione				
Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale	Esito monitoraggio Le autorizzazioni vengono rilasciate a seconda delle competenze dai vari dirigenti presenti nella Direzione Sanitaria. Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale.	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione Controlli in co-presenza	Ottenuto	Atteso
Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI		
Processo	<u>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY		
Rischio corruttivo effettivo	RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche				
Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Esito monitoraggio Gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento sono estesi a tutti i collaboratori e consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'AOU di Foggia. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'AOU di Foggia inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice di comportamento. Si è proceduto ad aggiornare il Codice di Comportamento dei dipendenti ed attualmente al vaglio della Direzione Strategica. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarichi	Ottenuto 100,00% 100,00%	Atteso 100,00%
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	Esito monitoraggio In conformità al Regolamento generale sulla protezione dei dati, sono stati intensificati i controlli interni attraverso l'espletamento di Privacy Audit presso le strutture aziendali con il supporto di ditta esterna specializzata. I verbali di audit sono sempre controfirmati in modalità congiunta in presenza dei soggetti destinatari delle attività di controllo periodico e notificati alla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa dell'AOU di Foggia. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione Numero verbali all'anno in materia di privacy audit	Ottenuto 100,00% 100,00	Atteso 100,00



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE
Processo	<u>H.H2.220.ORG014 - Rapporti e informative sindacali</u>	Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE
Rischio corruttivo effettivo	RA.10 - Contrattazione su materie non disciplinabili dalla contrattazione aziendale o non rispettosa delle risorse destinate alla contrattazione stessa (fondi aziendali)		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Applicazione normativa e Controlli periodici	La materia è vincolata dall'applicazione delle disposizioni normative e contrattuali in materia. Si rileva che periodicamente vengono effettuati a cura del Collegio Sindacale e del competente settore ministeriale preposto ai controlli sulle risorse destinate alla contrattazione integrativa aziendale. Sono presenti procedure informatizzate collegate alle paghe da cui si rilevano mensilmente i costi sostenuti nell'ambito delle suddette risorse, tali da evitare possibili sforamenti. Inoltre le relative relazioni sono annualmente validate dal Collegio Sindacale. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo	SI	
	Idoneità della misura la misura è efficace			

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE
Processo	<u>A.A3.9.ORG013 - Corresponsione mensile emolumenti stipendiali, emolumenti accessori, competenze arretrate, cessione del quinto dello stipendio, rilascio certificati di stipendio</u>	Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Collusione		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti	Mensilmente vengono effettuati a campione controlli sull'esatta attribuzione degli emolumenti corrisposti al personale. Vengono elaborati dei prospetti generali riepilogativi visti dal Dirigente se corretti ovvero da rivedere in caso contrario. Nell'anno in corso si è proceduto al controllo con le modalità previste dalla normativa in materia di certificabilità dei bilanci. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo	SI	
	Motivazione scostamenti			
	Idoneità della misura la misura è efficace			
	Campionamento statistico			



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE		
Processo	<u>A.A4.12.ORG013 - Attestazione della presenza in servizio</u>	Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE		
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Omissione dei controlli di merito				
Misura effettiva specifica ulteriore 225 - Nell'ambito delle risorse disponibili, informatizzazione del servizio di gestione del personale con controlli incrociati automatizzati	<p>Esito monitoraggio I controlli sono effettuati a campione. Sono in fase di valutazione ulteriori forme di controllo. Ad oggi non si registrano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.</p> <p>Idoneità della misura La misura è efficace</p>	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione	Ottenuto	Atteso
			Presenza sistema rilevazione presenze informatizzato	100,00%	SI
Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI		
Processo	<u>A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni</u>	Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE		
Rischio corruttivo effettivo	RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati				
Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Codice di Comportamento: Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo.	<p>Esito monitoraggio Il Codice di comportamento aziendale è regolarmente applicato e monitorato. Non si rilevano criticità</p> <p>Idoneità della misura La misura è efficace</p>	Indicatore	Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento	Ottenuto	Atteso
			Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	SI

Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A6 - BENEFICI EX LEGE		
Processo	<u>A.A6.16.ORG013 - Riconoscimento di benefici non economici connessi a permessi, congedi e aspettative dal servizio (L.104 etc.)</u>	Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE		
Rischio corruttivo effettivo	RA.10 - Illegittimo rilascio di autorizzazioni				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
	La concessione di benefici non economici o permessi segue un iter procedimentale regolamentato. Fermo restando che il dipendente è tenuto ad astenersi in caso di conflitto di interessi per norma generale, i casi evidenti vengono già rilevati dal dirigente del settore, sono state date disposizioni al personale sull'argomento. Non sono rilevate criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore			Presenza misura di controllo	SI	
211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000).	Motivazione scostamenti				
	Idoneità della misura				
	La misura è efficace				
	Campionamento statistico				

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI		
Processo	<u>A.A7.18.ORG009 - Elaborazione Piano Formativo Aziendale</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE		
Rischio corruttivo effettivo	RA.14 - Piano aziendale - regolamentazione della formazione				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
	La Struttura provvede annualmente all'analisi e ricognizione dei bisogni formativi, inviandone richiesta ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori e Responsabili delle strutture sanitarie, tecniche ed amministrative, ai Dirigenti del servizio infermieristico, ai Preposti (posizioni organizzative, coordinatore infermiere, ostetrico e tecnico) e ai referenti della formazione, resa pubblica sul sito internet istituzionale.		Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale sul tema della legalità, codice di comportamento e sull'istituto del whistleblowing		
Misura effettiva trasversale obbligatoria			Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
385 - Aggiornamento Piano formativo aziendale e Formazione del personale	Il Piano Formativo Aziendale, previa approvazione del Comitato Scientifico ECM Aziendale, è comunicato al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario, per ogni eventuale adozione di atti o comportamenti consequenziali.		Inserimento nel PFA di percorsi formativi al personale in materia di etica, legalità e codice di comportamento	SI	SI
	Di tutte le attività formative è data ampia pubblicazione sul portale internet istituzionale.		Rilevazione fabbisogni formativi dalle strutture aziendali	SI	SI
	Nessuna criticità rilevata.				

Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A8 - ECM		
Processo	<u>A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE		
Rischio corruttivo effettivo	RC.06 - Abuso della discrezionalità				
Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità?	Esito monitoraggio La Struttura di formazione aziendale, nella qualità di Provider n.52 della Regione Puglia, è abilitata ad accreditare attività formative ECM attraverso la piattaforma AGENAS la quale garantisce affidabilità, integrità e controlli di tipo automatico. Il rischio che il processo possa presentare malfunzionamenti e determinare comportamenti corruttivi e/o di abuso da parte del personale incaricato è basso in quanto il sistema è basato sulla proceduralizzazione delle attività e tracciabilità delle operazioni.	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione	Ottenuto	Atteso
			Utilizzo portale Agenas	100,00%	SI
				SI	SI
Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A9 - FORMAZIONE NORMATA		
Processo	<u>A.A9.32.ORG075 - Attività didattico-formativa</u>	Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE		
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Favoritismi				
Misura effettiva specifica ulteriore 249 - Costituzione di commissioni secondo criteri precisi e vincolanti		Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione	Ottenuto	Atteso
			Presenza calendario per tirocini e frequenza		
Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A9 - FORMAZIONE NORMATA		
Processo	<u>A.A9.22.ORG009 - Formazione per Enti pubblici rivolti al Personale Dipendente Aziendale</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE		
Rischio corruttivo effettivo	RA.14 - Lobbying				
Misura effettiva specifica ulteriore 211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000).	Esito monitoraggio Vengono acquisite prima di ogni attività formativa le dichiarazioni di insussistenza di conflitto di interessi. E' auspicabile l'attivazione di un percorso ad hoc per l'intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000). Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione	Ottenuto	Atteso
			Percentuale intensificazione controlli interni	100,00%	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B1 - PROCEDURA APPALTO
Processo	<u>B.B1.66.ORG075 - Rapporti con le aziende del farmaco</u>	Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE
Rischio corruttivo effettivo	RB.10 - Elusione delle regole per la corretta concorrenza		

Misura effettiva specifica ulteriore
282 - Accordi illeciti con aziende del farmaco.

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Applicazione Codice dei Contratti		
Avanzamento misura di prevenzione		

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B1 - PROCEDURA APPALTO
Processo	<u>B.B1.29.ORG017 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento. Procedure di scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ex Codice contratti pubblici relativi a lavori e f</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.23 - Violazione delle norme in materia di gare ed affidamenti pubblici		

Misura effettiva specifica ulteriore
816 - Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione.

Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Le fasi del procedimento sono regolate dal Codice degli appalti e dalla normativa di attuazione. Per la progettazione di bandi e capitolati che riguardano l'acquisto di beni e servizi sanitari, la struttura si avvale della collaborazione della Direzione Sanitaria e del Servizio di Ingegneria Clinica. Per l'acquisto di beni e servizi non sanitari l'audit coinvolge i Responsabili del Procedimento (RUP) e i Direttori dell'esecuzione dei contratti (DEC) dei contratti in scadenza i quali valutano l'efficacia e le criticità riscontrate nella gestione del contratto, il grado di soddisfazione dell'utenza e le proposte di miglioramento. Saranno rispettati le nuove soglie e i nuovi criteri sulle procedure sotto-soglia secondo la nuova disciplina dei contratti ai sensi del Dlgs 36/23.	Avanzamento misura di prevenzione	70,00%	
Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia medio in virtù delle misure di controllo in essere.	Presenza della motivazione nella determina a contrarre circa la scelta dello strumento di affidamento	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B1 - PROCEDURA APPALTO
Processo	<u>16PRO.B.B20.ORG018 - Individuazione procedura di gara</u>	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.03 - Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente piu? vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa		
Misura effettiva specifica ulteriore 282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza chiedend	Esito monitoraggio Per aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza, si procede in applicazione della normativa in materia di appalti pubblici. In particolare, per le gare sotto soglia, si applica il principio del massimo ribasso o dell'esclusione automatica dell'offerta anomala. Per i sopra soglia si predilige il criterio del massimo ribasso	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Percentuale gare con il criterio OEV rispetto al prezzo più basso	Ottenuto 100,00% 30,00%
Atteso			
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B10 - FABBISOGNI
Processo	<u>16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni</u>	Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE
Rischio corruttivo effettivo	RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ		
Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture.	Esito monitoraggio La programmazione annuale dei servizi è regolarmente applicata. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Presenza misura di programmazione	Ottenuto 100,00% SI
Atteso			SI
Misura effettiva specifica ulteriore 805 - In fase di individuazione del quadro dei fabbisogni, predeterminazione dei criteri per individuarne le priorità.	Esito monitoraggio Di norma le priorità sono definite dalla direzione strategica con il supporto del Responsabile dell'Ufficio P.O. SIA per i conseguenti adempimenti tecnici. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Presenza misura	Ottenuto 100,00%
Atteso			SI
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B10 - FABBISOGNI
Processo	<u>B.B10.110.ORG011 - Misure di sicurezza informatica adeguate per la protezione dei dati personali</u>	Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE
Rischio corruttivo effettivo	RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.		
Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione		Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Numero audit interni su security e privacy	Ottenuto 50,00%
Atteso			1,00



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B10 - FABBISOGNI
Processo	<u>B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Aggiornamenti annuali programmazione per acquisti di servizi e forniture (sopra la soglia 40k)	L'art. 21, comma 6 del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. dispone che gli acquisti di beni e servizi di importo stimato uguale o superiore a 40.000,00 euro vengano effettuati sulla base di una programmazione biennale in coerenza con il bilancio dell'Azienda. Nel corso dell'anno 2021 è stato adottato il Programma triennale dei lavori pubblici (2021-2023) e biennale degli acquisti di servizi e forniture (2021-2022) giusta deliberazione del Direttore Generale n. 619 del 30 ottobre 2020.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Pubblicazione programmazione degli acquisti sul sito web istituzionale	SI	SI

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI
Processo	<u>B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.13 - Collusione		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse. Adeguate iniziative di formazione/informazione	Sono effettuati regolari controlli sull'anagrafica dell'Associazione, sulla coerenza tra gli obiettivi dell'Associazione con quelli propri della mission aziendale. Con deliberazione del Direttore Generale n. 537 del 04/10/2019, è stato adottato specifico Regolamento di accesso e presenza delle Associazioni di volontariato e senza scopo di lucro nella AOU di Foggia. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Motivazione scostamenti	Percentuale attestazioni conflitti rilevate	100,00%	100,00%
	Idoneità della misura La misura risulta idonea per via delle vari fasi dei controlli richiesti			
	Campionamento statistico			



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI		
Processo	<u>B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY		
Rischio corruttivo effettivo	RB.07 - Elusione delle regole di individuazione delle associazioni di volontariato, al fine di agevolare un particolare soggetto				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.	Tutte le convenzioni riguardanti le attività delle associazioni di volontariato sono approvate con Deliberazione del Direttore Generale, pertanto rese pubbliche.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	La convenzione viene disciplinata con apposito regolamento tra le parti. Ogni contratto di Convenzione viene sottoscritto dal Rappresentante Legale pro tempore dell'Azienda. Non è previsto il rinnovo tacito.		Pubblicazione atti relativi alle Convenzioni	SI	SI
	Motivazione scostamenti				
	Idoneità della misura				
	Le misure adottate risultano idonee in quanto sviluppate in varie fasi concatenate tra loro.				
	Campionamento statistico				

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI		
Processo	<u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY		
Rischio corruttivo effettivo	RB.10 - Omissioni pubblicazioni				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPCT.	Tutti gli atti riguardanti le convenzioni e contratti assicurativi sono resi pubblici. Non sono state rilevate criticità nel corso dell'anno.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Con riferimento all'utilizzo del marchio aziendale e concessione del patrocinio dell'AOU di Foggia, è stato adottato specifico Regolamento giusta deliberazione del Direttore Generale n. 545 del 10/10/19. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.		Percentuale pubblicazioni dati	100,00%	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI
Processo	<u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno	Tutti gli iter procedurali sono gestiti secondo il principio di segregazione di funzione. Altresì è stato adottato uno specifico regolamento con riferimento al procedimento di gestione interna dei sinistri ed individuazione di percorsi e dei soggetti coinvolti nell'iter istruttorio.	Adozione Regolamento interno	SI	SI
	Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI
Processo	<u>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</u>	Struttura	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE
Rischio corruttivo effettivo	RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	La Struttura Legale svolge attività inerente sia alla prevenzione delle controversie attraverso i pareri legali, sia alla gestione diretta e indiretta del contenzioso con i dipendenti in materia lavoristica nonché in materia di appalti e di responsabilità per colpa medica. Si occupa inoltre anche delle procedure esecutive, relative a opposizioni e pignoramenti presso terzi.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	A fini di prevenzione del contenzioso vengono altresì poste in essere attività di consulenza e riunioni per agevolare la composizione degli interessi delle parti con riguardo all'interesse aziendale, in particolare per questioni inerenti le competenze dell'Area Tecnica, l'Area del Personale e l'Area patrimonio. Nell'ottica della diminuzione degli eventi sanitari avversi che producono contenzioso giudiziario e relativi costi, al fine di garantire la trasparenza e la corretta valutazione degli atti istruttori relativi ai sinistri e la congruità delle somme liquidate a titolo risarcitorio ai pazienti danneggiati, la Struttura Legale partecipa al progetto del Risk Management con una valutazione interdisciplinare in fase istruttoria dei sinistri di malpractice con il compito specifico della individuazione e della definizione, in collaborazione con la Direzione sanitaria, delle procedure di riduzione del rischio clinico.	Presenza misura di controllo interno	SI	SI
	Idoneità della misura			
	Le misure adottate risultano essere idonee			



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B2 - CAPITOLATI
Processo	<u>B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO

Rischio corruttivo effettivo	RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.			
	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
	La predisposizione della documentazione di gara viene fatta seguendo le norme del vigente Codice dei Contratti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.	I capitolati tecnici vengono proposti dalla Farmacia (se l'acquisto riguarda farmaci e dispositivi medici), dal Servizio di Ingegneria Clinica (se l'acquisto riguarda attrezzature sanitarie), dal Servizio Informativo Aziendale (se l'acquisto riguarda software e hardware), dai RUP o da consulenti esterni (se l'acquisto riguarda beni non sanitari). Se necessario, prima della pubblicazione del bando di gara, si procede con una consultazione preliminare di mercato al fine di verificare se le caratteristiche tecniche dei prodotti da acquistare sono state definite correttamente e se la base d'asta è stata calcolata correttamente. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia MEDIO.	Presenza misura pre-informazione	SI	SI

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B2 - CAPITOLATI
Processo	<u>B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.02 - Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
	I requisiti vengono definiti in relazione al valore dell'appalto e alle specifiche peculiarità dell'oggetto di gara. Possono essere previsti, oltre a quelli di legge, ulteriori requisiti definiti non in maniera astratta ma sempre in relazione al valore dell'appalto e all'oggetto di gara. Altresì è prevista la sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto di gara. Durante l'anno non si sono registrate criticità. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 290 - Definizione di requisiti proporzionati al valore e all'oggetto della gara		Presenza misura di controllo	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B2 - CAPITOLATI		
Processo	B.B2.33.ORG017 - <u>Requisiti di aggiudicazione</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.63 - Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito.				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza	Al fine di garantire e sviluppare una concorrenza effettiva tra i vari operatori economici, la stazione appaltante aggiudica gli appalti comparando le diverse offerte e scegliendo la più vantaggiosa sulla base di criteri obiettivi. Nell'elaborazione della strategia di gara vengono sempre garantiti i principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento degli operatori economici. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia Medio.	Avanzamento misura di prevenzione	90,00%		
		Presenza criteri obiettivi	SI	SI	
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B2 - CAPITOLATI		
Processo	B.B2.34.ORG017 - <u>Valutazione delle offerte</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
867 - Formalizzazione e pubblicazione da parte dei funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria	Alle commissioni giudicatrici viene raccomandato il rispetto dei criteri individuati nella documentazione di gara nonché il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento che favoriscono la concorrenza e la libera partecipazione delle imprese alle procedure di gara. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia MEDIO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Percentuale acquisizione attestazioni da tutto il personale coinvolto	100,00%	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
842 - Scelta dei componenti delle commissioni	Quanto all'obbligo di scegliere i commissari tra gli esperti iscritti all'albo istituito presso l'ANAC di cui all'art. 78 del vecchio Codice dei Contratti viene precisato che al momento è confermata e pertanto resta fermo l'obbligo di individuare i commissari secondo regole di competenza e trasparenza, preventivamente individuate secondo il regolamento interno.	Avanzamento misura di prevenzione	50,00%		
		Scelta commissari di gara da Albo ANAC			
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B3 - BANDI		
Processo	B.B3.36.ORG017 - <u>Revoca dei bandi</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.12 - Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
854 - Controlli interni in caso di revoche di procedure di gara.	In caso di paventato annullamento e/o di revoca della gara si procede con la consultazione del responsabile della Struttura Legale. Nel corso dell'anno si è verificato 1 caso di revoca di una procedura di gara in autotutela i cui atti sono stati prontamente pubblicati sul sito internet istituzionale. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Numero procedure revocate	1,00	0,00	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B4 - COMMISSIONI
Processo	<u>B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 840 - Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti.	La trasparenza e la pubblicità delle nomine delle commissioni di aggiudicazione e di eventuali consulenti è garantita attraverso la pubblicazione del provvedimento di nomina sull'albo pretorio dell'Azienda nonché sul portale EmPulia utilizzato per gestione di tutte le procedure di gara che vengono svolte in modo telematico. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia INTERMEDIO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazione atti Commissioni	100,00%	100,00%

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;	Viene sempre richiesto il rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale attestazione insussistenza conflitti acquisiti rispetto al totale	100,00%	100,00%

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B4 - COMMISSIONI
Processo	<u>B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 843 - Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari e consulenti, anche prevedendo la rendicontazione periodica al RPC, almeno per contratti di importo rilevante, atti a far emergere l'eventuale frequente ricorrenza dei medesimi nomi	In genere, per quanto possibile e soprattutto per i contratti di importo rilevante, prima di procedere alla nomina della commissione di aggiudicazione vengono esaminati con attenzione i provvedimenti di nomina precedenti per evitare il ripetersi degli stessi nominativi.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B4 - COMMISSIONI
Processo	<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		

Misura effettiva specifica obbligatoria
125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni

Esito monitoraggio

L'AOU di Foggia con DDG n. 462 del 14.6.2018 ha adottato il Regolamento di disciplina e gestione delle sponsorizzazioni ex art. 19 del D. Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016 e s.m.i., art. 43 della legge n. 449/97, art. 30, comma 8, lett. c) della legge n. 488/99, comma 108, lett. e) della legge 228 del 24 dicembre 2012, che disciplinano le attività di sponsorizzazione da parte di Terzi prefiggendosi lo scopo di indicare gli atti e le condizioni necessarie per assicurare all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, trasparenza ed in osservanza del principio di esclusione di conflitti di interessi tra l'attività pubblica e quella privata in considerazione del fatto che le iniziative di sponsorizzazione devono tendere a favorire l'innovazione dell'organizzazione realizzando una migliore qualità dei servizi istituzionali erogati quali a titolo esemplificativo:

- rendere più confortevole l'ambiente sanitario, attraverso l'ammodernamento degli arredi e degli spazi destinati all'assistenza;
- realizzare progetti di umanizzazione;
- facilitare l'accesso alle strutture sanitarie ed alle prestazioni;
- finanziare corsi di formazione per l'aggiornamento del personale;
- contribuire alla realizzazione di eventi formativi;
- finanziare campagne di comunicazione, prevenzione ed informazione rivolte ai cittadini;
- finanziare l'acquisizione di nuove tecnologie informatiche o di nuove attrezzature sanitarie.

Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.

Misura effettiva specifica ulteriore
849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi

Esito monitoraggio

Per ogni progetto sponsorizzato sono acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi come da regolamento interno aziendale. Ad oggi non si registrano criticità.

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Adozione Regolamento Sponsorizzazioni	SI	SI
Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti	100,00%	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B4 - COMMISSIONI
Processo	<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti	Il Regolamento adottato dall'AOU di Foggia sulle sponsorizzazioni prevede già dei limiti di partecipazione alle attività di sponsorizzazione per ciascun dipendente. La struttura, a tal fine, verifica la corretta applicazione delle disposizioni contenute nel regolamento stesso effettuando i controlli opportuni anche attraverso check list dei dipendenti e degli eventi ai quali partecipano. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Misura di controllo tramite check-list	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B5 - REQUISITI
Processo	<u>B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.		

Misura effettiva specifica ulteriore
 285 - Attività di controllo di procedimenti, atti, altre informazioni da parte di almeno due dipendenti secondo rotazione casuale

Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
<p>Approvvigionamento beni e servizi: attività inerenti l'acquisto di apparecchiature sanitarie, arredi, pc e forniture varie. Dette procedure hanno un rischio intrinseco alto ma che con l'utilizzo di apposite piattaforme e procedure indicate anche dall'Anac viene mitigato e pertanto risulta essere medio-basso. Le procedure di gara vengono svolte su piattaforme telematiche (Empulia/Mepa/Consip). La piattaforma Empulia individuata dalla Regione Puglia, consente di invitare tutte le Imprese iscritte alla stessa nelle categorie merceologiche d'interesse e di effettuare tutta la procedura on-line senza nessun rischio di manomissione della documentazione.</p> <p>- Approvvigionamento farmaci: attività inerenti l'acquisto di farmaci. Dette procedure, per lo più svolte dal soggetto Aggregatore della Regione Puglia, hanno un rischio intrinseco alto ma con l'utilizzo di apposite piattaforme e procedure indicate anche dall'Anac il rischio viene mitigato e pertanto risulta essere medio-basso.</p> <p>Per le procedure di gara espletate direttamente dall'Azienda, senza l'intervento del Soggetto Aggregatore si fa ricorso alla piattaforma telematica (Empulia) individuata dalla Regione Puglia che consente di invitare tutte le Imprese iscritte alla stessa nelle categorie merceologiche d'interesse e di effettuare tutta la procedura on-line senza nessun rischio di manomissione della documentazione.</p> <p>- Gestione di sistemi informativi e la fornitura di software: le imprese vengono selezionate mediante apposite procedure dal Codice dei Contratti e le stesse sono soggette al continuo controllo / monitoraggio da parte del personale preposto a tale attività.</p> <p>Come previsto dal vigente Piano triennale per la prevenzione della corruzione, il personale rimasto in servizio nell'Area non effettua da tempo la formazione necessaria per l'adeguamento alle normative di settore.</p> <p>Ai fini del rispetto della normativa sulla trasparenza, quest'Area procede a pubblicare tutta la documentazione inerente le procedure di gara sul Portale dell'Azienda nell'apposita Sezione.</p> <p>Infine, la rotazione del personale fra gli uffici, considerata la carenza dello stesso, viene effettuata quando possibile.</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione</p> <p>Controlli requisiti ex dlgs 36/2023. Controlli antimafia ai sensi dell'art.85 d.lgs. n. 159/11</p> <p>Percentuale presenza della clausola anti-pantouflage nei bandi e negli atti di gara rispetto al totale delle procedure</p>	<p>70,00%</p>	<p>SI</p> <p>100,00%</p>

Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>B.B6.19.ORG011 - Attestazioni e collaudi</u>	Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE		
Rischio corruttivo effettivo	RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.				
Misura effettiva specifica ulteriore			Indicatore	Ottenuto	Atteso
882 - Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione.			Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
			Verifica insussistenza conflitto interessi	SI	SI
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno</u>	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ				
	Esito monitoraggio			Indicatore	Ottenuto
	L'analisi del fabbisogno parte dalle richieste e segnalazioni dei Direttori di Struttura, valutate dalla Struttura d'intesa con la Direzione strategica. Detta procedura viene infine definita attraverso la determina a contrarre che individua la procedura ritenuta più congrua in base ai fabbisogni evidenziati e che rispecchi i criteri di efficienza, efficacia ed economicità.			Avanzamento misura di prevenzione	100,00%
				Presenza procedura per rilevazione fabbisogni	SI
	Motivazione scostamenti				
	Idoneità della misura				
	Campionamento statistico				
Misura effettiva specifica ulteriore	801 - Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpendo quelli omogenei.				



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.52 - Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione.		
	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto
	L'attività ordinaria viene programmata nel Piano triennale dei lavori pubblici approvato con apposita deliberazione. Per le attività straordinarie/urgenti si procede attraverso l'analisi del fabbisogno rappresentato dal Direttore della Struttura interessata, dalla valutazione di tipo tecnico della Struttura Gestione Tecnica, dal conferimento dell'incarico per l'attività straordinaria alla ditta che gestisce l'appalto dei lavori, previa autorizzazione della Direzione amministrativa. Per l'anno 2020 è stata effettuata la richiesta di budgeting che individua preliminarmente la disponibilità economica delle voci di spesa da destinare a dette attività.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%
	Motivazione scostamenti	Formalizzazione coinvolgimento strutture nella fase della programmazione	SI
Misura effettiva specifica ulteriore	811 - Formalizzazione dell'avvenuto coinvolgimento delle strutture richiedenti nella fase di programmazione, in modo da assicurare una maggiore trasparenza e tracciabilità dell'avvenuta condivisione delle scelte di approvvigionamento		
	Idoneità della misura		
	Campionamento statistico		

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	16PRO.B.B110.ORG074 - Definizione dei fabbisogni	Struttura	ORG074 - S.S.V.D. INGEGNERIA CLINICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ		
	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto
	Le attività di manutenzione è stata assolta in parte con contratti di manutenzione stipulati con le case costruttrici mentre la restante parte è stata eseguita con interventi ad hoc con case costruttrici ovvero previo confronto di offerte. L'AOU di foggia ha adottato nell'anno 2022 apposito regolamento per l'acquisto di apparecchiature che prevede anche una specifica procedura. Laddove si trattava di somme di un certo interesse l'intervento veniva condiviso con la Direzione strategica. Il fabbisogno viene deliberato annualmente sulla base delle richieste interne valutate dal settore di competenza di concerto con la Direzione strategica. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%
Misura effettiva specifica ulteriore	801 - Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei.		
		Presenza misura di controllo dei fabbisogni	SI
			SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi</u>	Struttura	ORG074 - S.S.V.D. INGEGNERIA CLINICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.		
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto
849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;	I controlli vengono espletati su tutti i commissari acquisendo dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%
		Percentuale acquisizione attestazioni insussistenza conflitti sul totale dei collaudi effettuati	100,00% 100,00%
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi</u>	Struttura	ORG074 - S.S.V.D. INGEGNERIA CLINICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.53 - Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza		
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto
812 - Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione nella nomina del RP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso.	Il rispetto del controllo e dell'assenza di conflitto di interessi viene assicurato dalla contestuale presenza di più soggetti addetti alla conclusione del procedimento (responsabile amministrativo, direttore dei lavori/direttore esecuzione del contratto, coordinatore per la sicurezza, collaudatore e responsabile del procedimento). Il Responsabile del procedimento coincide, per prassi, con il Dirigente responsabile della Struttura il quale in caso di conflitto di interesse delega tale ruolo ad altra figura da egli stesso individuato. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%
		Percentuale attestazione insussistenza conflitti del RUP acquisite sul totale delle procedure	100,00% 100,00%
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>16PRO.B.B4.ORG018 - Nomina componenti di Commissione di gara</u>	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto
850 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti, alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'art. 51 c.p.c., e di quanto previsto dall'art. 93 del D.lgs 36/2023	Nel caso di indizione gara e nomina di commissari di gara si procede alla preliminare acquisizione della dichiarazione da parte dell'interessato dell'assenza di cause di incompatibilità e conflitto di interessi. La nomina dei commissari avviene previa richiesta di disponibilità presso le altre aziende sanitarie regionali di professionalità e competenze con l'oggetto della gara. La formalizzazione della nomina avviene previa condivisione con la Direzione Strategica tramite atto dirigenziale.	Percentuale	100,00%
		Percentuale dichiarazioni acquisite sul totale delle procedure di gara concluse	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
881 - Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo.	Per quanto riguarda l'incarico di collaudo a tecnici professionisti di solito viene effettuata una procedura ristretta o aperta. Il controllo avviene attraverso la verifica del possesso dei requisiti richiesti dal bando stesso (iscrizione albo, capacità professionali, ecc..). Per i collaudatori professionisti è prevista la pubblicazione dell'incarico, curricula, compensi, dichiarazioni di assenza conflitto di interessi in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale e l'invio dati a PERLAPA.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
			Percentuale pubblicazioni obbligatorie per professionisti incaricati	100,00%	
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.				
Misura effettiva specifica ulteriore			Indicatore	Ottenuto	Atteso
304 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia			Avanzamento misura di prevenzione	50,00%	
			Presenza misura di controllo		
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
288 - Controlli sui requisiti dell'OE ai sensi del d.lgs 36/2023	Dopo l'aggiudicazione e prima della stipula del contratto, sono svolti tutti i controlli previsti dal nuovo Codice, Dlgs.36/2023, agli artt.94-95-96-97		Avanzamento misura di prevenzione	50,00%	
			Percentuale controlli requisiti secondo norma sul totale degli affidamenti	80,00%	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva</u>	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
827 - Direttive/linee guida interne, oggetto di pubblicazione, che disciplinino la procedura da seguire, improntata ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre	Sono adottate procedure interne standardizzate in ossequio alle disposizioni normative in materia. Nell'anno in corso sono state adottate check-list interne di auto-controllo delle procedure degli appalti pubblici, servizi e forniture. Tutti i dati sulle procedure vengono pubblicati sul portale aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente".	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza check-list di auto-controllo	SI	

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva</u>	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte		

Misura effettiva specifica ulteriore	Indicatore	Ottenuto	Atteso
865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Utilizzo di check list di controllo	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari</u>	Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Rischio corruttivo effettivo	RB.15 - Omissione di programmazione degli acquisti		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Controllo della Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture.	In applicazione delle previsioni di cui all'art. 21 D. Lgs. n. 50/2016 l'AOU di Foggia adotta il Programma Biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio. Per il biennio in corso è stata adottata la rimodulazione di detto programma con DDG n.242 del 29 ottobre 2021 avente ad oggetto "Adozione programma triennale dei lavori pubblici (anni 2022–2024) e biennale degli acquisti di servizi e forniture (2022–2023). Art. 21 D. Lgs. N. 50/2016 e D. M. Infrastrutture e Trasporti n. 14 del 16/01/2018."	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza programmazione	SI	
		Motivazione scostamenti		
Idoneità della misura				
Campionamento statistico				

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.04 - Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.	Normalmente si ricorre alla pubblicazione di avvisi in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche. Nel corso del semestre sono state pubblicate tutte le indagini di mercato nella sezione avvisi e bandi del sito internet istituzionale. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia MEDIO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di pubblicazione avviso	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.56 - Elusione delle regole di affidamento degli appalti		
Misura effettiva specifica ulteriore 877 - Effettuazione di un report periodico (ad esempio semestrale), da parte dell'ufficio contratti, al fine di rendicontare agli uffici di controllo interno di gestione le procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggiore rilievo	Esito monitoraggio Il monitoraggio del II semestre sarà effettuato in coincidenza con la rendicontazione degli obiettivi di struttura.	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Percentuale massima di proroghe sul totale delle procedure	Ottenuto 80,00%
Atteso			
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.57 - Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione.		
Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	Esito monitoraggio Gli uffici effettuano regolarmente la verifica dei requisiti di partecipazione e delle dichiarazioni prodotte dalle imprese in sede di gara che precedono la stipula del contratto. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Percentuale massima di procedure per le quali è pervenuta una sola offerta Presenza check-list auto-controllo	Ottenuto 100,00% 10,00%
Atteso			SI SI
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		
Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Esito monitoraggio L'Ufficio provvede alla richiesta dell'attestazione di insussistenza di conflitto di interessi per ogni conferimento di incarico. Ad oggi non si registrano criticità.	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi	Ottenuto 100,00% 100,00
Atteso			100,00



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RB.14 - Proposta di nominativo pilotata		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	L'Ufficio provvede alla pubblicazione e trasmissione periodica delle informazioni, ai sensi del D.Lgs 33/13 e L. 190/12.ù Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazioni previste dalla norma	100,00%	100,00%

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>0002 - Manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture</u>	Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE
Rischio corruttivo effettivo	RF.02 - Manutenzioni non necessarie o sovrastimate per favorire imprese esterne		

Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
009 - Rotazione incarichi	Effettuata rotazione di incarichi	Applicazione del principio di rotazione dei funzionari coinvolti	SI	SI
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>0002 - Manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture</u>	Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE
Rischio corruttivo effettivo	RB.77 - Omissione dei controlli su attività di manutenzione e favoritismi		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	effettuati controlli interni degli atti e della documentazione	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Controlli interni periodici con supervisione del Responsabile	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>0002 - Manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture</u>	Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Conflitto di interessi		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 284 - Attivazione di canali dedicati alle segnalazioni whistleblowing	Esito monitoraggio Attivato collegamento costante con la Prefettura e con i canali ufficiali onde segnalare le anomalie.	Avanzamento misura di prevenzione		
		Eventi formativi in materia di etica, legalità, codice di comportamento e segnalazioni di illecito		
		Presenza sistema di gestione delle segnalazioni di illecito	SI	SI
Misura effettiva specifica ulteriore 812 - Attestazioni insussistenza conflitto di interessi del RUP/DL/DEC	Esito monitoraggio Effettuato controllo sull'assenza dei conflitti di interessi da parte di tutti i soggetti coinvolti nelle relative procedure.	Indicatore	Ottenuto	Atteso
		Acquisizione attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi con il fornitore da parte del funzionario coinvolto nel controllo delle attività di manutenzione	SI	SI
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA		
Processo	16PRO.B.B6.ORG001 - Trasparenza amministrativa e Regolamentazione	Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
Rischio corruttivo effettivo	RB.17 - Omissione di pubblicazione o di Regolamentazione aziendale				
Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - Trasparenza amministrativa ai sensi del DLgs 33/13 e smi	Esito monitoraggio La trasparenza amministrativa è garantita da controlli periodici del RPCT. Ciascuna Struttura, per competenza, provvede alla pubblicazione dei dati richiesti dal DLgs 33/13 e s.m.i.. L'OIV provvede periodicamente all'attestazione degli assolvimenti in materia di trasparenza, rilevando eventuali criticità da sanare.	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Percentuale pubblicazioni obbligatorie	Ottenuto 100,00%	Atteso	
	Esito monitoraggio Le attestazioni di incompatibilità e inconfiribilità ai sensi del DLgs 39/13 sono periodicamente acquisite dal Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Sanitario con pubblicazione successiva in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale. Per l'anno 2021 sono state acquisite anche le attestazioni di inconfiribilità e incompatibilità dei dirigenti delle strutture a valenza dipartimentale e complessa dell'area amministrativa, tecnica e professionale.	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Percentuale pubblicazione attestazioni	Ottenuto	Atteso	
Misura effettiva specifica obbligatoria 017 - Attestazioni Incompatibilità e Inconfiribilità	Esito monitoraggio I principali regolamenti adottati tramite deliberazione del Direttore Generale risultano i seguenti:	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Numero dei Regolamenti aziendali adottati	Ottenuto 2,00	Atteso 2,00	
	- DCS 315 del 21.05.2021 - Regolamento Aziendale Recupero Crediti - DCS 334 del 28.05.2021 - Aggiornamento Regolamento Aziendale delle Azioni di Contrasto al Fumo - DDG 121 del 05.08.2021 - Regolamento di Pubblica Tutela dell'AOU Policlinico di Foggia - DDG 226 del 27.10.2021 - Aggiornamento Regolamento del DICUNT	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale aziendale in materia di trasparenza e corruzione	Ottenuto 1,00	Atteso	
Misura effettiva specifica obbligatoria 029 - Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari	Esito monitoraggio Le attività formative destinate al personale aziendale sono programmate annualmente dall'Ufficio competente.				



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA
Processo	B.B7.ORG015 - Applicazione del PTPCT	Struttura	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
Rischio corruttivo effettivo	RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.		

Misura effettiva specifica ulteriore
 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione

Esito monitoraggio

Relativamente al periodo semestrale in considerazione, questa Direzione attesta quanto segue:

1. il comportamento generale dei dipendenti dell'Area è stato improntato al rispetto del codice di comportamento del dipendente pubblico e alle previsioni regolamentari dell'Azienda;
2. non sono stati conferiti incarichi esterni ad eccezione dell'incarico di certificazione del bilancio di esercizio 2022 conferito alla società di revisione E&Y spa con delibera del DG n. 105 del 11/02/2023.
3. specifica attenzione è stata posta nell'istruttoria e nell'emanazione dei provvedimenti finali che afferivano alle attività di rischio (cfr. macroprocessi intitolati alla "attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari", alle "procedure solleciti crediti insoluti", alle "registrazioni contabili"), così come previsto dal Piano in rassegna;
4. è stato effettuato il controllo di regolarità amministrativa e contabile, nella fase preventiva della formazione di ciascun atto, anche endoprocedimentale, di competenza di questa Direzione, così come risultano espletati i controlli successivi, occorsi e/o richiesti dalla Direzione amministrativa, dal Collegio dei Revisori dei Conti, dall'OIV;
5. non si sono verificati conflitti di interesse durante l'attività svolta; inoltre i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa hanno stipulato contratti o che sono stati interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, sono stati improntati al pieno rispetto di quanto previsto dal Piano in parola;
6. si è provveduto a comunicare correttamente con le altre Direzioni e le Strutture dell'Azienda; altresì, risultano pubblicati sul sito aziendale i provvedimenti amministrativi relativi ai servizi facenti capo all'Area scrivente;
7. è stata rispettata la corretta assunzione delle procedure di incasso e di pagamento;
8. solleciti di pagamento sono stati emessi entro i termini civilistici di prescrizione;
9. la gestione della comunicazione e della corrispondenza ha rispettato quanto disposto dal Piano in questione;
10. sono attualmente in corso di definizione le attività necessarie al fine di garantire il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza di cui al D.Lgs. 33/2013. L'Area si è prodigata in modo sollecito in materia di registrazioni di bilancio e di rilevazioni, nella comunicazione con la Regione Puglia, in quella con i fornitori, ai quali è stata offerta assistenza specifica in materia di monitoraggio dello stato dei pagamenti. Altresì, attenzione è stata posta relativamente al

Indicatore

Applicazione misure previste dal PTPCT

Ottenuto

SI

Atteso

SI

Stato attuazione misure al 31/12/2024

ciclo attivo.

Tutto quanto considerato, relativamente al monitoraggio richiesto si attesta la corretta esecuzione dei regolamenti, dei protocolli e dei procedimenti disciplinati dal Piano. Ciò è tanto più vero se si considera che questa Direzione ha provveduto con costanza ad aggiornare, a mezzo di circolari interne, il personale dell'Area in materia di interventi legislativi di settore (a titolo di mero esempio, si considerino le previsioni ultimamente occorse in materia di verifiche ex art. 48 bis DPR 602/1973, all'esenzione di pagamento dei contributi ANAC in caso di indizione gare/procedure di affidamento, alla sospensione dei termini di notifica dei provvedimenti esecutivi, etc.).

Stima rischio finale : MEDIO

Avanzamento misura di prevenzione

100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA
Processo	<u>B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
835 - Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, predefinizione e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/ o le informazioni complementari.	Le procedure di gara vengono espletate prevalentemente sul portale telematico EmPulia e quindi è garantita l'accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari. Tutte le informazioni relative alle procedure e ai relativi contratti sono pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazione atti sul web	100,00%	

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA
Processo	<u>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		

Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	I componenti del Comitato Etico vengono scelti sulla base dei criteri stabiliti nel Decreto Ministero della Salute del 12 maggio 2006, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 194 del 22.08.06, il quale stabilisce i requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali. Con Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 sono state apportate sostanziali modificazioni all'istituzione, organizzazione e funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali, scelti sulla base di specifiche figure professionali individuate nel citato decreto i cui curricula e la sussistenza dei requisiti vengono effettuati dalla Regione Puglia e, ai fini della trasparenza, validati o meno tramite Delibera di Giunta Regionale. Nel caso della nomina del comitato Etico Area 1 di interesse dell'AOU di Foggia la nomina dei componenti del Comitato Etico è avvenuta con DGR n. 601 del 29/04/2022. Sono regolarmente acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi da ciascun componente del CE. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite	100,00%	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA
Processo	<u>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento sono estesi a tutti i collaboratori e consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'AOU di Foggia. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'AOU di Foggia inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice di comportamento. Si è proceduto ad aggiornare il Codice di Comportamento dei dipendenti ed attualmente al vaglio della Direzione Strategica. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici	100,00%	100,00%
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	In conformità al Regolamento generale sulla protezione dei dati, sono stati intensificati i controlli interni attraverso l'espletamento di Privacy Audit presso le strutture aziendali con il supporto di ditta esterna specializzata. I verbali di audit sono sempre controfirmati in modalità congiunta in presenza dei soggetti destinatari delle attività di controllo periodico e notificati alla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa dell'AOU di Foggia. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Numero verbali all'anno in materia di privacy audit	100,00	100,00



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO
Processo	<u>B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.05 - Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 875 - Controlli interni e pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.	Gli uffici, al ricevimento beni, procedono alla verifica della corrispondenza tra le quantità riportate nel documento di trasporto e le quantità fisiche ricevute, nonchè dell'integrità dei beni stessi. Altresì sono effettuati i seguenti controlli: - Verifica della conformità dei beni ricevuti, in termini di caratteristiche e quantità, tra documento di trasporto e quanto richiesto nell'ordine di acquisto. Si è invece riscontrata una inadeguata verifica della conformità dei servizi prestati rispetto a quelli oggetti del contratto nonchè del relativo controllo contabile sul contratto. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo non sia Basso in virtù del fatto che in assenza di formalizzazioni si possa procedere a variazione e incrementi contrattuali di fatto, attesa la liquidazione a pie di lista di quanto fatturato dal fornitore.	Avanzamento misura di prevenzione	80,00%	
		Presenza controlli interni	25,00%	50,00%

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO
Processo	<u>B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori</u>	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.70 - Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 804 - Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze	Il controllo periodico e il monitoraggio dei tempi programmati viene effettuato attraverso sistemi di controllo interno in ordine alle future scadenze contrattuali con riunioni periodiche sullo stato dell'arte. E' auspicabile l'individuazione di una figura interna da dedicare al monitoraggio del rispetto dei tempi programmati che curi anche eventuali informative agli interessati.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Monitoraggio periodico dei tempi programmati (SAL)	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B9 - ORDINI
Processo	<u>B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.76 - Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 820 - Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici.	Sono sempre assicurati in collaborazione con le strutture aziendali interessate (Servizio Ingegneria Clinica, Servizio Informativo Aziendale, Area Risorse Finanziarie) iter standardizzati con riguardo alle garanzie a corredo dell'offerta, alla tracciabilità dei pagamenti nonché ai termini di pagamento agli operatori economici.	Avanzamento misura di prevenzione	80,00%	
	Dal 1 gennaio 2023 è stato implementato in Azienda un nuovo sistema Amministrativo-contabile regionale (MOSS) che garantisce ulteriore tracciabilità e trasparenza dei processi contabili. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Presenza clausole standard	SI	SI

Area di rischio	C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Sottoarea	A.A8 - ECM
Processo	<u>A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RC.06 - Abuso della discrezionalità		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità?	La Struttura di formazione aziendale, nella qualità di Provider n.52 della Regione Puglia, è abilitata ad accreditare attività formative ECM attraverso la piattaforma AGENAS la quale garantisce affidabilità, integrità e controlli di tipo automatico. Il rischio che il processo possa presentare malfunzionamenti e determinare comportamenti corruttivi e/o di abuso da parte del personale incaricato è basso in quanto il sistema è basato sulla proceduralizzazione delle attività e tracciabilità delle operazioni.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Utilizzo portale Agenas	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Sottoarea	G.G1 - INCARICHI E NOMINE
Processo	<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		

Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	L'Ufficio provvede alla richiesta dell'attestazione di insussistenza di conflitto di interessi per ogni conferimento di incarico. Ad oggi non si registrano criticità.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi	100,00	100,00

Area di rischio	D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Sottoarea	G.G1 - INCARICHI E NOMINE
Processo	<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RB.14 - Proposta di nominativo pilotata		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	L'Ufficio provvede alla pubblicazione e trasmissione periodica delle informazioni, ai sensi del D.Lgs 33/13 e L. 190/12.ù Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazioni previste dalla norma	100,00%	100,00%

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO
Processo	<u>E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche</u>	Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE
Rischio corruttivo effettivo	RE.05 - Effettuare registrazioni e rilevazioni non corrette/non veritiere		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio	E' attiva una procedura di inventariazione informatizzata delle postazioni di lavoro e apparati di rete attraverso un sistema denominato Active Directory integrato con tecnologia Microsoft System Center. Si auspica una procedura di riconciliazione fisico-virtuale al fine di una simmetria informativa coerente tra l'Area del Patrimonio e l'Ufficio SIA. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di inventariazione		SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI
Processo	16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili	Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Rischio corruttivo effettivo	RE.05 - Omissione di procedure contabili		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	Nell'ambito del Percorso Attuativo di Certificabilità, l'AOU di Foggia ha adottato le seguenti principali deliberazioni:	Avanzamento misura di prevenzione		
	<p>1) Deliberazione del Direttore Generale n. 213 del 26 aprile 2019 avente ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità degli enti del SSR - Aggiornamento del modello di rilevazione ministeriale del PAC"</p> <p>2) Deliberazione del Direttore Generale n. 563 del 18 ottobre 2019 avente ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità degli enti del SSR - Aggiornamento del modello di rilevazione ministeriale del PAC- Riprogrammazione attività"</p> <p>3) Deliberazione del Direttore Generale n. 601 del 6 novembre 2019 avente ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità degli enti del SSR - Aggiornamento del modello di rilevazione ministeriale del PAC- Riprogrammazione attività - Integrazione".</p> <p>Il Percorso Attuativo della Certificabilità è terminato il 30 settembre 2020 e su richiesta della Sezione Raccordo al Sistema Regionale, Servizio Controlli Agenzie, Organismi e Società partecipate e Certificazione Aziende Sanitarie della Regione Puglia, si è provveduto ad indicare, nel Modello di Rilevazione Ministeriale, l'esito finale dell'intero Percorso.</p> <p>4) con DDG 174 del 25.03.2021 l'AOU ha adottato il "Percorso Attuativo della Certificabilità degli enti del SSR - Modello di Rilevazione Ministeriale del PAC esito finale dell'intero Percorso"</p>	Presenza PAC	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI
Processo	<u>E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento</u>	Struttura	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
Rischio corruttivo effettivo	RE.03 - Corresponsioni non dovute per mancanza di tutti gli elementi necessari relativi ai controlli e alla liquidazione, secondo gli assetti organizzativi e le competenze previste		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili e Disposizioni di servizio	L'ufficio provvede alla liquidazione delle fatture solo previa liquidazione da parte del centro di spesa competente o provvedimento analogo altresì utilizzando un sistema informatizzato dove i sistemi sono integrati e vincolanti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Sono effettuati controlli d'ufficio relativi alla presenza di presupposti e documentazione necessari ai pagamenti (verifica trimestrale a campione minimo del 1% dei mandati emessi nel trimestre).	Percentuale campione minimo di controlli su mandati emessi nel trimestre	1,00%	1,00%
	Il personale si attiene al Manuale delle procedure amministrativo-contabili aggiornato e approvato a mezzo di DCS n. 3735/2020. Il rischio è stimato come MEDIO in considerazione delle misure di mitigazione applicate.	Presenza misura di controllo	SI	SI

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI
Processo	<u>E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento</u>	Struttura	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE
Rischio corruttivo effettivo	RE.06 - Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 502 - Verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati	L'ufficio effettua controlli periodici sulle liquidazioni effettuate altresì vincolando i pagamenti in base all'ordine di arrivo delle fatture e delle relative attestazioni di fornitura/esecuzione vincolanti del servizio.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Il rischio è stimato come MEDIO in considerazione delle misure di mitigazione applicate, particolarmente legate all'allineamento del personale al manuale delle procedure amministrativo-contabili (aggiornato e approvato a mezzo di DCS n. 3735/2020) e alle disposizioni progressive, tempestivamente comunicate da questa Direzione.	Presenza misura di controllo	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI
Processo	<u>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento sono estesi a tutti i collaboratori e consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'AOU di Foggia. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'AOU di Foggia inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice di comportamento. Si è proceduto ad aggiornare il Codice di Comportamento dei dipendenti ed attualmente al vaglio della Direzione Strategica. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici	100,00%	100,00%
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	In conformità al Regolamento generale sulla protezione dei dati, sono stati intensificati i controlli interni attraverso l'espletamento di Privacy Audit presso le strutture aziendali con il supporto di ditta esterna specializzata. I verbali di audit sono sempre controfirmati in modalità congiunta in presenza dei soggetti destinatari delle attività di controllo periodico e notificati alla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa dell'AOU di Foggia. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Numero verbali all'anno in materia di privacy audit	100,00	100,00

Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E12 - CASSA		
Processo	E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale		Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	
Rischio corruttivo effettivo	RE.05 - Effettuare rilevazioni non corrette/non veritiere				
	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
Misura effettiva trasversale ulteriore 461 - Controllo di regolarità contabile e Regolamentazione	Il controllo contabile sui rendiconti della Cassa Economale è operato regolarmente dall'ufficio competente e mensilmente viene adottata determina di approvazione del rendiconto. E' altresì oggetto di controlli da parte del Collegio Sindacale. L'AOU di Foggia ha provveduto ad adottare un Regolamento aziendale sull'utilizzo della Cassa Economale approvata con Deliberazione del Direttore Generale n.225 del 30.06.2016. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Presenza Regolamento Cassa economale	SI	SI	
Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E2 - PROGRAMMAZIONE		
Processo	E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare		Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	
Rischio corruttivo effettivo	RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte				
	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio	La gestione dei beni immobili aziendali riguarda la sola manutenzione ordinaria e straordinaria. Non sono contemplate condizioni di acquisto o locazioni di beni immobili di proprietà dell'AOU di Foggia non destinati ad attività sanitarie poiché detta tipologia di beni è stata trasferita interamente alla Regione per effetto del procedimento di cartolarizzazione.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Percentuale pubblicazione dati relativi alla programmazione	100,00%	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E3 - MANUTENZIONI
Processo	<u>E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma triennale degli acquisti di beni e servizi ai sensi del d.lgs 36/2023</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RE.01 - Assenza di programmazione		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Programmazione e Misure di trasparenza	Con Deliberazione del DD n. 490/2023 è stato aggiornata la programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi 2023-2024, di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i. Seguiranno ulteriori aggiornamenti ai sensi del nuovo Codice dei contratti (d.lgs 36/2023).	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	La programmazione è definita in accordo con le altre Strutture competenti dalle quali è rilevato il fabbisogno. La documentazione relativa alla programmazione biennale è sempre disponibile sul sito internet istituzionale, in apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso.	Presenza programmazione triennale con aggiornamenti annuali	SI	SI

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E4 - BENI e RISORSE
Processo	<u>E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RE.07 - Omissione inventariazione o irregolarità		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 504 - Verifiche periodiche ed Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	L'inventariazione dei beni di consumo è effettuato periodicamente con rendicontazione al 31/12 delle giacenze del magazzino economale. Il processo di inventariazione del bene inizia con la classificazione del bene in famiglie, categorie e classi, successivamente viene affissa al bene l'etichetta identificativa e il bene è consegnato alla struttura destinataria, infine si provvede ad inserire nel Sistema Informativo i dati tecnici, anagrafici ed organizzativi del bene. Il sistema Informativo genera automaticamente la scheda inventariale del bene che contiene i seguenti i seguenti dati economici ed amministrativi. Gli uffici verificano che le donazioni e i comodati d'uso di attrezzature elettromedicali non comportino l'utilizzo di materiale di consumo da acquistare dalle imprese che concedono i beni. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misure PAC	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E4 - BENI e RISORSE		
Processo	<u>16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili</u>	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore	Nella gestione dei beni immobili non si registrano condizioni di acquisto o locazione se non limitati ad attività sanitaria o ad uso pubblico per la sanità. L'inventario degli immobili di proprietà dell'AOU di Foggia viene aggiornato e pubblicato annualmente sul portale MEF e sul portale istituzionale aziendale della Trasparenza.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio			Percentuale pubblicazione informazioni richieste dal dlgs 33/13	100,00%	100,00%
Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE		
Processo	<u>A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni</u>	Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE		
Rischio corruttivo effettivo	RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria	Il Codice di comportamento aziendale è regolarmente applicato e monitorato. Non si rilevano criticità		Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento	SI	
002 - Codice di Comportamento: Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo.	Idoneità della misura	La misura è efficace	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE
Processo	<u>E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance</u>	Struttura	ORG005 - S.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
Rischio corruttivo effettivo	RE.05 - Alterazione degli indicatori di risultato al fine di consentire un'attribuzione indebita dei compensi legati al raggiungimento degli obiettivi		

Misura effettiva specifica ulteriore
 215 - Previsione della presenza di più soggetti e strutture competenti e relazione annuale su criticità eventualmente riscontrate nella gestione dei progetti di performance

Esito monitoraggio

La maggior parte degli obiettivi strategici sono determinati dalla Direzione Strategica, mediante approvazione del PIAO, in considerazione degli obiettivi di mandato della Direzione Generale e dagli obiettivi determinati dalla Regione Puglia per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali con particolare attenzione a quelli relativi alla riduzione della spesa dei farmaci e dei dispositivi a seguito dei tetti di spesa assegnati a ciascuna Azienda Sanitaria dalla Regione stessa; in seguito sono assegnati e condivisi in sede di procedura di Budget con i Direttori di Dipartimento e di Struttura; gli obiettivi vengono monitorati e periodicamente, con cadenza trimestrale, si trasmette reportistica alle strutture destinatarie ed ai Direttori di Dipartimento. Inoltre, è monitorata la spesa farmaceutica e dei dispositivi medici nonché lo scostamento dal tetto di spesa assegnato e, con cadenza mensile, il risultato viene trasmesso alle strutture; alla Direzione Strategica detto monitoraggio, oltre a quello dell'andamento della produzione confrontato con gli anni precedenti, è trasmesso mensilmente.

Sussiste il criterio della segregazione delle funzioni, nel rispetto del Sistema di Misurazione della Performance adottato dall'Azienda, con il coinvolgimento di vari soggetti e strutture, tra cui in fase finale l'OIV (Organismo indipendente di Valutazione).

Si ritiene che il livello di esposizione al rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure di mitigazione del rischio applicate.

Nell'ultimo semestre non sono state rilevate segnalazioni di illeciti da parte del personale dipendente o da esterni.

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Presenza attività in forma collegiale	SI	SI

Misura effettiva trasversale ulteriore
 456 - Validazione dell' Organismo di valutazione
 Pubblicazione su Amministrazione Trasparente della validazione OIV della Relazione sulla performance

Esito monitoraggio

La Relazione alla Performance anno 2022 da parte dell'OIV è stata validata in data 3 agosto 2023 e pubblicata sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparenza- Controlli e rilievi sull'Amministrazione- Organismi Indipendenti di Valutazione, Nuclei di Valutazione o altri Organismi con funzioni analoghe..

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Pubblicazione validazione OIV sulla relazione Performance	SI	SI

Misura effettiva trasversale ulteriore
 452 - Informatizzazione dei processi e aggiornamento SMVP

Esito monitoraggio

Il nuovo Sistema informativo di Monitoraggio della Spesa del SSR (MOSS), avviato alla fine del mese di gennaio e a regime dal 1 febbraio 2023, è utilizzato da tutto il personale per le attività di competenza dell'ufficio e soprattutto per il monitoraggio della spesa farmaceutica e dispositivi.

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Aggiornamento sistema SMIVAP	SI	SI
Avanzamento misura di prevenzione		



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA	
Processo	<u>E.E7.77.ORG015 - RegISTRAZIONI contabili</u>	Struttura	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	
Rischio corruttivo effettivo	RE.05 - Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere			
Misura effettiva specifica ulteriore 504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) e Manuale Procedure amministrativo-contabili	Esito monitoraggio L'AOU di Foggia dopo ha avviato il "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN dal 2016 ha ottenuto la certificazione del bilancio di esercizio 2022. Di seguito le misure di controllo attualmente applicate: - Tracciabilità delle registrazioni - Formazione di un archivio digitale per i documenti non fiscali ordinato progressivamente per anno - Controlli periodici della documentazione probatoria. Il Manuale delle procedure amministrativo-contabili è stato aggiornato e approvato a mezzo di DCS n. 3735/2020. Si ritiene che il livello di rischio sia MEDIO.	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Ottenuto 100,00% SI	Atteso SI

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA	
Processo	<u>E.E7.78.ORG015 - Procedure solleciti crediti insoluti</u>	Struttura	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	
Rischio corruttivo effettivo	RE.02 - Discrezionalità nell'effettuazione dei solleciti e del rispetto dei termini per il recupero crediti			
Misura effettiva trasversale obbligatoria 381 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Esito monitoraggio La procedura relativa al sollecito crediti insoluti prevede le seguenti misure di controllo: - Controllo periodico sullo scadenzario - Compilazione ed inoltro di sollecito di pagamento/Interlocuzione con il soggetto debitore ed eventuale reperimento di soluzioni che favoriscano il rientro del debito riscontrato (all'occorrenza, rateizzazione. Esempio ne è il debito contratto con quest'Azienda da taluni dipendenti, i quali cessino dal servizio) - Circolarizzazione dei crediti in sede di redazione del bilancio Si ritiene che il livello di rischio sia MEDIO. In considerazione della standardizzazione della filiera procedurale mediante l'applicazione del regolamento aziendale di recupero dei crediti.	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Controllo periodico sullo scadenzario	Ottenuto 100,00% SI	Atteso SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI
Processo	<u>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino		

Esito monitoraggio

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

Idoneità della misura

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

Motivazione scostamenti

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Percentuale max rettifiche magazzino	0,01%	0,01%
Presenza sistema informatizzato	SI	SI
Verifica mensile inventario magazzino	SI	SI

Misura effettiva specifica ulteriore 660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>E.E10.01.ORG012 - Procedimenti amministrativi</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione monitoraggio tempi procedurali		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		N° Procedimenti Amministrativi Conclusi con Ritardo	0,00	0,00
Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - Mappatura e Monitoraggio procedimenti	Esito monitoraggio I procedimenti amministrativi di competenza sono stati regolarmente mappati e pubblicati nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito aziendale entro i termini dettati dalla normativa vigente in materia.	N° Procedimenti Amministrativi Conclusi entro i Termini	100,00	100,00
		Percentuale procedimenti amministrativi mappati per competenza	100,00%	100,00%
		Publicazione procedimenti in Amministrazione Trasparente (art. 35 del D.Lgs 33/13)	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	1. Numero procedure in affidamento diretto esterno (incarichi legali) anno 2024: 26 (ventisei)	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	2. Numero procedure revocate in autotutela: zero			
	3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): zero			
	4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate: zero (0)			
	5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture: zero (0)			
	6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: n/a			
	7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: N/A			
	8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: zero (0)			
	9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: NO			
	10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: SI			
	11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP): SI			
	12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: SI			
	13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: SI			
	14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: SI			
	15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: SI			
	16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: NO			
	17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: NO			
	18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI			
	19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI			
	20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: SI			
	Idoneità della misura			
	Le misure adottate risultano idonee			



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>F.F1.05.ORG012 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01 al 31/12:	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12:			
	3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): 3 (tre)			
	4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate:			
	5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture:			
	6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: si			
	7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: 100%			
	8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: si			
	9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: si			
	10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: si			
	11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP): si			
	12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: si			
	13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: si			
	14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: si			
	15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: si			
	16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: 29			
	17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: 29			
	18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI			
	19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI			
	20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: Si			



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	<u>F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE		
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito				
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori			Indicatore Avanzamento misura di prevenzione	Ottenuto 100,00%	Atteso
Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	<u>F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA		
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito				
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori			Indicatore Avanzamento misura di prevenzione	Ottenuto 100,00%	Atteso
Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	<u>F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG074 - S.S.V.D. INGEGNERIA CLINICA		
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito				
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori			Indicatore Avanzamento misura di prevenzione	Ottenuto 100,00%	Atteso



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01 al 31/12: 2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12: 1 3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): zero (0) 4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate: zero (0) 5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture: una (1) 6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: n/a 7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: 2 su 2 8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: zero (0) 9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: Si, in parte 10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: SI 11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP): n/a 12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: SI 13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: n/a 14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: SI 15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: SI 16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: NO 17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: NO 18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI 19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI 20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: SI	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01 al 31/12: 25 2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12:NO 3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): zero (0) 4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate: zero (0) 5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture: zero (0) 6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: SI 7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: zero (0) 8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: zero (0) 9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: NO 10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: SI 11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP):SI 12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: SI 13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: SI 14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: SI 15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: SI 16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: NO 17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: NO 18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI 19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI 20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: SI	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RF.02 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 531 - Standardizzazione dei processi	Con DDG n. 354 del 4 maggio 2018, è stato adottato il manuale di gestione del protocollo Informatico, dei flussi documentali e dell'archivio in ottemperanza al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2013 concernente le "Regole tecniche per il protocollo informatico", articolo 3, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, Codice dell'Amministrazione Digitale. Il manuale di gestione, disciplinato dall'art. 5, comma 1 del DPCM descrive il sistema di gestione anche ai fini della conservazione, dei documenti informatici e fornisce le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.	Aggiornamento manuale di gestione documentale	SI	SI
	Con determinazione del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio n. 2985 del 17 settembre 2019 è stato affidato il servizio di archiviazione, gestione della documentazione sanitaria ed amministrativa alla RTI Prodeo/CNI ed è stato effettuato un'aggiornamento delle procedure interne. In particolare sono state introdotte modifiche migliorative al gestionale in dotazione. Da Ottobre 2020 e poi da Febbraio 2021 è stato adottato il protocollo informatico per la pubblicazione delle Determine e Delibere Aziendali. Pertanto dal 2021 presso l'Azienda la pubblicazione di tutti gli atti avviene in modalità telematica e informatica, secondo i parametri dettati dalla transazione Digitale. E' in atto una fase di modifica della policy aziendale in materia di accesso al Protocollo Informatico con lo sviamento delle connesse responsabilità.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice				
	Il Codice di comportamento è regolarmente applicato, è pubblicato nella sezione dedicata del portale istituzionale ed è reso noto dalla SC Personale a ciascun dipendente al momento dell'assunzione in servizio. Sull'aspetto della corretta applicazione del Protocollo informatico tutta l'organizzazione aziendale e quindi i dipendenti si sono adeguati alle nuove disposizioni in materia ed alle direttive ad esso connesse. Non si segnalano criticità. Attualmente è al vaglio della Direzione Strategica Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Clausola di osservanza del Codice comportamentale alla sottoscrizione del contratto di assunzione	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
<p>Misura effettiva specifica obbligatoria 029 - Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi</p>	<p>Durante il 2023 è stato organizzato dall'Azienda, per tutti i dipendenti il corso su Anticorruzione e Trasparenza per Policlinico Riuniti Foggia. Il Corso in modalità E-Learning è articolato in 26 moduli formativi, con test finale di apprendimento, dispense didattiche e generazione automatica dell'attestato di partecipazione valido ai fini degli adempimenti formativi di cui alla Legge 190/12. Il Corso ha fornito ai partecipanti gli strumenti operativi più idonei per una corretta gestione dei diversi controlli, per la predisposizione e implementazione delle misure previste dal Piano anticorruzione, anche al fine di valutarne l'impatto pratico-operativo più rilevante nella gestione da parte dell'Amministrazione e cogliere le opportunità che tali novità offrono.</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione</p> <p>Percentuale personale formato in materia di gestione documentale informatizzata</p>	<p>100,00%</p>	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale II livello RPCT</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito		

Misura effettiva specifica obbligatoria
001 - MG01 ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione		
Percentuale atti pubblicati in formato open - rielaborabile		100,00%
Percentuale pubblicazioni obbligatorie in amministrazione trasparente sul totale degli adempimenti di tutte le strutture		100,00%
Presenza pubblicazioni ulteriori in amministrazione trasparente		SI
Pubblicazione registro accessi sul sito web		SI

Misura effettiva specifica obbligatoria
005 - MG02 CODICE DI COMPORTAMENTO

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione		
Numero di ricorsi/reclami ricevuti da Garante o ANAC		
Numero procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti)		
Numero procedimenti disciplinari avviati con riferimento ai reati contro la PA		
Numero procedimenti per violazione del Codice di Comportamento		
Numero ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici		
Presenza casi assenza ingiustificata dei dipendenti		NO

Misura effettiva trasversale ulteriore
452 - MG03 INFORMATIZZAZIONE PROCESSI

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione		

Stato attuazione misure al 31/12/2024

	Digitalizzazione e informatizzazione processi aziendali	SI
	Indicatore	Ottenuto Atteso
Misura effettiva trasversale obbligatoria 382 - MG04 ACCESSO TELEMATICO A DATI	Avanzamento misura di prevenzione	
	Pubblicazione obiettivi di accessibilità AgID	SI
	Sistemi di accesso telematico e riutilizzo dei dati	SI
	Indicatore	Ottenuto Atteso
Misura effettiva trasversale obbligatoria 383 - MG05 MONITORAGGIO TERMINI PROCEDIMENTALI	Avanzamento misura di prevenzione	
	Monitoraggio periodico dei tempi di conclusione dei procedimenti tramite rendicontazione semestrale dei Dirigenti per competenza	
	Indicatore	Ottenuto Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - MG06 MONITORAGGIO CONFLITTI DI INTERESSI	Avanzamento misura di prevenzione	
	Rilevazione di effettiva sussistenza di conflitto di interessi tramite controlli o su segnalazione	SI
	Indicatore	Ottenuto Atteso
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - MG07 FORMAZIONE DECISIONI DEI PROCEDIMENTI	Applicazione del principio della segregazione delle funzioni	
	Avanzamento misura di prevenzione	
	Indicatore	Ottenuto Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 016 - MG08 INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'	Avanzamento misura di prevenzione	
	Pubblicazione in AT delle attestazioni su incompatibilità e inconferibilità	
	Indicatore	Ottenuto Atteso
Misura effettiva trasversale ulteriore 453 - MG09 INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI	Avanzamento misura di prevenzione	
	Pubblicazione in AT degli incarichi autorizzati a dipendenti e pubblicazione in Anagrafe prestazioni	
	Indicatore	Ottenuto Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 021 - MG10 FORMAZIONE DI COMMISSIONI-ASSEGNAZIONI UFFICIO		



Stato attuazione misure al 31/12/2024

<p>Misura effettiva specifica ulteriore 532 - MG11 PANTOUFLAGE-REVOLVING DOORS</p>	<p>Acquisizione d'ufficio delle attestazioni di insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle Commissioni</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione</p>	Indicatore	Ottenuto	Atteso
	<p>Avanzamento misura di prevenzione</p>	<p>Presenza clausola anti-pantouflage nei bandi di gara</p>	<p>Presenza clausola anti-pantouflage nei contratti di assunzione</p>	Indicatore	Ottenuto
	<p>Avanzamento misura di prevenzione</p>	<p>Numero segnalazioni pervenute anche tramite l'istituto del whistleblowing</p>	Indicatore	Ottenuto	Atteso
<p>Misura effettiva specifica obbligatoria 024 - MG12 WHISTLEBLOWING</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione</p>	<p>Presenza del patto di integrità nei bandi di gara ai fini della partecipazione</p>	Indicatore	Ottenuto	Atteso
<p>Misura effettiva specifica obbligatoria 032 - MG13 PATTI DI INTEGRITA'</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione</p>	<p>Numero di iniziative di formazione e sensibilizzazione del personale</p>	Indicatore	Ottenuto	Atteso
<p>Misura effettiva specifica obbligatoria 029 - MG14 FORMAZIONE DEL PERSONALE</p>	<p>Applicazione della misura della rotazione o misura equivalente (segregazioni funzioni) da parte dei Dirigenti</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione</p>	<p>Numero rotazioni straordinarie applicate al personale</p>	Indicatore	Ottenuto
<p>Misura effettiva specifica obbligatoria 009 - MG15 ROTAZIONE DEL PERSONALE</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione</p>			Ottenuto	Atteso
<p>Misura effettiva specifica obbligatoria</p>					



Stato attuazione misure al 31/12/2024

031 - MG16 SENSIBILIZZAZIONE E
RAPPORTI CON SOCIETA' CIVILE

Numero eventi per sensibilizzazione
della cittadinanza (giornata della
trasparenza)

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	I.I2.143.ORG080 - Prestazioni sanitarie e formazione	Struttura	ORG080 - SC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Utilizzo improprio dei mezzi di soccorso - prestazioni di emergenza urgenza non dovute		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
222 - Formazione e sensibilizzazione del personale		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Sensibilizzazione etico/ comportamentale e conoscenza del vigente codice di comportamento	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	0001 - Monitoraggio periodico trasversale	Struttura	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE
Rischio corruttivo effettivo	RF.05.ORG010 - Omissione dei controlli di merito		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 532 - Monitoraggio indicatori	1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01/24 al 31/12/24: 8 2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12:SI 3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): zero (0) 4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate: zero (0) 5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture: zero (0) 6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: SI 7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: zero (0) 8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: zero (0) 9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: NO 10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: SI 11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP):SI 12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: SI 13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: SI 14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: SI 15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: SI 16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: NO 17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: NO 18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI 19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PIAO: SI 20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: SI	Avanzamento misura di prevenzione		



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F4 - RIFIUTI SPECIALI		
Processo	<u>F.F4.99.ORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri</u>	Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RF.06 - Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti				
Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Esito monitoraggio La gestione dei rifiuti ospedalieri è affidata alla Direzione Sanitaria che effettua controlli periodici e a campione sul corretto conferimento dei rifiuti sulla base delle direttive impartite al personale interno dal Direttore Sanitario. Non si sono ravvisate ipotesi di conflitto di interesse e/o criticità. Sono contestuali ai controlli campionari il rinnovo delle informazioni riportate nelle direttive aziendali direttamente al personale operativamente coinvolto. Nel corso dell'anno non sono state rilevate criticità.	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione Numero attestazioni ricevute di conflitto interessi	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 215 - Attività di sorveglianza	Esito monitoraggio La gestione della documentazione sensibile è affidata ad una pluralità di soggetti specificatamente individuati tutti incardinati presso la Direzione Sanitaria.	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione Monitoraggio e sorveglianza periodica	Ottenuto	Atteso
Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI		
Processo	<u>F.F5.101.ORG002 - Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, definizione delle strategie e dei protocolli delle attività di disinfezione disinfestazione e sterilizzazione</u>	Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito e proceduralizzazione				
Misura effettiva specifica ulteriore 532 - Definizione di procedure	Esito monitoraggio Sono attivi strumenti di sorveglianza (rilevazione puntuale e indagine di prevalenza), strumenti di controllo (stesura di procedure, protocolli, implementazione locale di linee guida).	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione Presenza di nuove tecnologie per monitoraggio sistemi sanificazione	Ottenuto	Atteso



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	G - INCARICHI E NOMINE	Sottoarea	G.G1 - INCARICHI E NOMINE
Processo	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		

Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	L'Ufficio provvede alla richiesta dell'attestazione di insussistenza di conflitto di interessi per ogni conferimento di incarico. Ad oggi non si registrano criticità.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi	100,00	100,00

Area di rischio	G - INCARICHI E NOMINE	Sottoarea	G.G1 - INCARICHI E NOMINE
Processo	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RB.14 - Proposta di nominativo pilotata		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	L'Ufficio provvede alla pubblicazione e trasmissione periodica delle informazioni, ai sensi del D.Lgs 33/13 e L. 190/12.ù Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazioni previste dalla norma	100,00%	100,00%

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI
Processo	H.H1.108.ORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente		

Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
002 - Regolamentazione e Codice di Comportamento	I Processi sono gestiti con il nuovo regolamento dei Sinistri adottato DCS n. 314 del 06.07.2022 e rettificato con DCS n. 353 del 28.07.2022. I sinistri sono decisi in sede di Comitato Valutazione Sinistri, organismo istituito ad hoc con specifiche professionalità, che si esprimono sulle richieste risarcitorie in modo collegiale sulla base dell'istruttoria interna effettuata. Il codice di comportamento, adottato con deliberazione n. 397 del 8 luglio 2020, avente ad oggetto: "Adozione del Codice di Comportamento Aziendale ai sensi dell'art. 54 D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.", risulta pubblicato sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione dell'amministrazione trasparente. Il monitoraggio del Codice è regolarmente effettuato. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. Giova sottolineare che il Nuovo Regolamento individua la SC Burocratico Legale per la gestione completa dei procedimenti.	Applicazione Regolamento e Codice di Comportamento	SI	SI
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI
Processo	<u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.10 - Omissioni pubblicazioni		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPCT.	Tutti gli atti riguardanti le convenzioni e contratti assicurativi sono resi pubblici. Non sono state rilevate criticità nel corso dell'anno. Con riferimento all'utilizzo del marchio aziendale e concessione del patrocinio dell'AOU di Foggia, è stato adottato specifico Regolamento giusta deliberazione del Direttore Generale n. 545 del 10/10/19. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazioni dati	100,00%	100,00%

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI
Processo	<u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno	Tutti gli iter procedurali sono gestiti secondo il principio di segregazione di funzione. Altresì è stato adottato uno specifico regolamento con riferimento al procedimento di gestione interna dei sinistri ed individuazione di percorsi e dei soggetti coinvolti nell'iter istruttorio. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Adozione Regolamento interno	SI	SI
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI
Processo	<u>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</u>	Struttura	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE
Rischio corruttivo effettivo	RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	<p>La Struttura Legale svolge attività inerente sia alla prevenzione delle controversie attraverso i pareri legali, sia alla gestione diretta e indiretta del contenzioso con i dipendenti in materia lavoristica nonché in materia di appalti e di responsabilità per colpa medica. Si occupa inoltre anche delle procedure esecutive, relative a opposizioni e pignoramenti presso terzi.</p> <p>A fini di prevenzione del contenzioso vengono altresì poste in essere attività di consulenza e riunioni per agevolare la composizione degli interessi delle parti con riguardo all'interesse aziendale, in particolare per questioni inerenti le competenze dell'Area Tecnica, l'Area del Personale e l'Area patrimonio.</p> <p>Nell'ottica della diminuzione degli eventi sanitari avversi che producono contenzioso giudiziario e relativi costi, al fine di garantire la trasparenza e la corretta valutazione degli atti istruttori relativi ai sinistri e la congruità delle somme liquidate a titolo risarcitorio ai pazienti danneggiati, la Struttura Legale partecipa al progetto del Risk Management con una valutazione interdisciplinare in fase istruttoria dei sinistri di malpractice con il compito specifico della individuazione e della definizione, in collaborazione con la Direzione sanitaria, delle procedure di riduzione del rischio clinico.</p>	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo interno	SI	SI
	Idoneità della misura	Le misure adottate risultano essere idonee		



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI		
Processo	H.H2.111.ORG012 - Gestione risarcimento danni	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY		
Rischio corruttivo effettivo	RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati				
Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Controlli e trasparenza	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
	L'attività di risarcimento danni in autoassicurazione è gestita dalla Struttura con il supporto del Broker assicurativo e tutte le attività decisorie in merito al quantum debeatur e all'an sono decise in sede di Comitato valutazione Sinistri, in ossequio al principio della segregazione di funzioni. Tutti gli atti di transazione deliberati dal CVS vengono adottati con delibera per esigenze di trasparenza e, quelli, di importo superiore ai 5.000,00 euro vengono notificati alla Corte dei Conti. Sono stati regolarmente pubblicati, sotto forma aggregata, tutti i dati relativi ai risarcimenti relativi all'ultimo quinquennio ai sensi dell'art. 4 della legge n. 24 del 2017.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
	Non sono state rilevate criticità nell'anno in corso.	Monitoraggio e verifica efficacia regolamentazione aziendale	SI	SI	
	Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Percentuale pubblicazione dati risarcimenti ultimi 5 anni	100,00%	100,00%	
	Questa fase da luglio 2022 è stata affidata alla SC Burocratico Legale .	Verifiche interne congruenza importi richiesti con importi liquidati	SI	SI	

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI		
Processo	H.H2.112.ORG006 - Recupero crediti	Struttura	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE		
Rischio corruttivo effettivo	RH.05 - Crediti non recuperati per favoritismi				
Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
	Per ciò che riguarda l'attività di recupero crediti, ed annessa valutazione, la stessa è espletata a rotazione dal personale della Struttura Burocratico Legale, e verificata dal Direttore di Struttura di concerto con area finanziaria. Il livello di rischio è stimabile come BASSO	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
	Idoneità della misura Le misure adottate risultano essere efficaci	Percentuale controlli recupero crediti	100,00%	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI
Processo	H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali	Struttura	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE
Rischio corruttivo effettivo	RH.02 - Rispetto delle Linee guida ANAC n. 12 Affidamento dei servizi legali - delibera ANAC n. 907 del 24 ottobre 2018		

Esito monitoraggio

Il rispetto dell'applicazione delle Linee Guida dell'A.N.A.C. inerente l'affidamento degli incarichi legali è garantito dalla applicazione del Regolamento per la gestione del contenzioso e degli incarichi legali approvato con Delibera del Direttore Generale.

Il regolamento si applica agli incarichi legali conferiti per la difesa e la rappresentanza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Riuniti di Foggia in cause civili, penali, amministrative, contabili e tributarie.

Idoneità della misura

Fermo restando gli obiettivi specifici della Struttura Burocratico Legale che consistono nelle attività di rappresentanza della Amministrazione sia in sede giurisdizionale che in sede stragiudiziale, si relaziona quanto segue:

Per quanto attiene le attività espletate nella Struttura Burocratico Legale i macro-processi organizzativi attualmente in essere sono i seguenti:

- a) Gestione diretta del contenzioso dell'Azienda mediante avvocatura interna;
- b) Gestione indiretta del contenzioso dell'Azienda mediante legale esterno incaricato;
- c) Proposte di eventuali atti di definizione transattiva dei contenziosi;
- d) Attività in sede di conciliazione per le controversie di lavoro;
- e) Partecipazione al Comitato Valutazione Sinistri aziendale e attività connesse;
- f) Consulenza legale giudiziale e stragiudiziale a favore della Direzione Strategica e alle Strutture aziendali;
- g) Attività di recupero crediti aziendali;
- h) Liquidazione spese legali conseguenti a provvedimenti giudiziari o adottati;
- i) Predisposizione regolamenti per l'attività legale (gestione contenzioso, patrocinio legale, ecc.);
- j) Gestione dei flussi informativi stragiudiziali e giudiziari e delle comunicazioni di competenza.

Per quanto attiene all'obiettivo relativo alla prevenzione del rischio di corruzione e azioni per prevenzione e contrasto all'illegalità:

- a) sono stati predisposti e sono in uso a regime il "Regolamento per la gestione del contenzioso e degli incarichi legali esterni", il "Regolamento sul patrocinio legale" ;
- b) è garantita, la totale pubblicazione degli atti deliberativi e determinativi, sul sito istituzionale nella sezione "Albo Pretorio" al fine di garantire la completa

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione

Ottenuto

100,00%

Atteso

Misura effettiva specifica ulteriore
214 - Regolamentazione



Stato attuazione misure al 31/12/2024

accessibilità delle informazioni nel rispetto delle regole in materia di privacy;
 c) non si registrano casi di rilievo penale e per fattispecie di illegalità legate
 all'ambito della prevenzione della corruzione.

Presenza regolamento

SI

SI

Motivazione scostamenti

Viene rispettato il regolamento



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
Processo	<u>I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI</u>	Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE
Rischio corruttivo effettivo	RI.06 - Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale		

Misura effettiva specifica obbligatoria
002 - Codice di Comportamento e controlli ALPI

Esito monitoraggio
E' regolarmente applicato il Codice di comportamento aziendale. Ad oggi non si rilevano criticità.
Il livello di rischio è stimato BASSO.

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Applicazione e monitoraggio Codice di comportamento	SI	SI
Verifiche incrociate dei dati relativi alla timbratura causalizzata come libera professione e gli orari delle prenotazioni libero professionali	SI	SI

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
Processo	<u>I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI</u>	Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE
Rischio corruttivo effettivo	RI.11 - Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale		

Misura effettiva specifica ulteriore
607 - Adozione di un sistema informatizzato dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione

Esito monitoraggio
La Struttura Gestione CUP e Libera professione si occupa della gestione dell'attività libero professionale intramoenia della Dirigenza Medica, curandone gli aspetti amministrativi dell'iter autorizzativo e la relativa attività di fatturazione.
In ottemperanza alla Legge n°120/2007 e s.m.i. la Struttura ha attivato tutte le procedure amministrative e informatiche finalizzate alla prenotazione e pagamento centralizzato delle prestazioni rese in ALPI. Inoltre, in coerenza con l'intervenuta Legge Balduzzi, è assicurata la tracciabilità dei pagamenti in libera professione anche dei dirigenti medici che svolgono tale attività nella cd modalità allargata. Per tale ultima modalità ed in ottemperanza all'ultima Legge sopra citata si è provveduto a stipulare i contratti di convenzione tra l'Azienda ed i singoli professionisti che, in via residuale, continuano a svolgere l'ALPI presso il proprio studio privato. Si evidenzia che in ottemperanza alla nuove Linee Guida regionali in materia di Libera Professione la scrivente ha predisposto il nuovo regolamento aziendale sull'ALPI e le relative tariffe che è stato adottato con delibera n° 492 del 9/10/2017.
Il livello di rischio è stimato MEDIO-BASSO.

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Presenza informatizzazione della prenotazione	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
Processo	<u>I.I1.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia</u>	Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE
Rischio corruttivo effettivo	RI.05 - Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 601 - Negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali	La Struttura Gestione CUP e Libera professione si occupa della gestione dell'attività libero professionale intramoenia della Dirigenza Medica, curandone gli aspetti amministrativi dell'iter autorizzativo e la relativa attività di fatturazione.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	In ottemperanza alla Legge n°120/2007 e s.m.i. la Struttura ha attivato tutte le procedure amministrative e informatiche finalizzate alla prenotazione e pagamento centralizzato delle prestazioni rese in ALPI. Inoltre, in coerenza con l'intervenuta Legge Balduzzi, è assicurata la tracciabilità dei pagamenti in libera professione anche dei dirigenti medici che svolgono tale attività nella cd modalità allargata. Per tale ultima modalità ed in ottemperanza all'ultima Legge sopra citata si è provveduto a stipulare i contratti di convenzione tra l'Azienda ed i singoli professionisti che, in via residuale, continuano a svolgere l'ALPI presso il proprio studio privato. Si evidenzia che in ottemperanza alla nuove Linee Guida regionali in materia di Libera Professione la scrivente ha predisposto il nuovo regolamento aziendale sull'ALPI e le relative tariffe che è stato adottato con delibera n° 492 del 9/10/2017. Il livello di rischio è stimato MEDIO.	Percentuale controlli sui volumi attività ALPI	100,00%	100,00%

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
Processo	<u>I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi</u>	Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE
Rischio corruttivo effettivo	RI.08 - Ciclo informatizzato attivo e passivo		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia	Rientra nelle attività della struttura tutta la fatturazione attiva per conto dell'Azienda riguardante i proventi di tutte le attività aziendali sanitarie e non.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	In ottemperanza al D.M. n°55 del 3/4/2013 inerente l'obbligo della fatturazione elettronica nei confronti delle Pubbliche Amministrazioni, la scrivente struttura utilizza a pieno regime il software DigitGo fornito dalla Ditta GPI. Il suddetto software viene utilizzato anche per la liquidazione delle fatture di competenza della Struttura nonché quelle rivenienti da prestazioni sanitarie richieste dall'Azienda ad altre strutture.	Percentuale controlli effettuati	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
Processo	<u>I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi</u>	Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE
Rischio corruttivo effettivo	RI.01 - Omissione debiti informativi regionali e nazionali		

Esito monitoraggio

FLUSSI INFORMATIVI

Con delibera n° 295 del 12/11/2012 la Struttura è stata incaricata delle attività previste dal Piano per la Sanità elettronica della Regione Puglia con funzioni generali di coordinamento, di controllo dei flussi sanitari aziendali, individuando la scrivente quale referente aziendale delle suddette attività.

Nel 2015 la scrivente è stata riconfermata dall'allora Direttore Generale quale Coordinatore unico aziendale per i debiti informativi con il compito di verificare che i referenti aziendali assolvano con puntualità all'invio alla Regione Puglia dei relativi flussi e di predisporre l'attestazione di adempimento da inviare, nei termini stabiliti, al Servizio Sistemi Informativi della Regione Puglia.

La Struttura si occupa direttamente dell'invio alla Regione Puglia dei flussi della specialistica ambulatoriale e del monitoraggio dei tempi di attesa dell'attività ambulatoriale istituzionale ed in libera professione, assicurando puntualmente l'adempimento.

Inoltre, così come previsto dalla legge n°326/2003, continua a garantire l'invio dei flussi informativi al MEF per la specialistica ambulatoriale, risultando tra le Aziende più assidue nel soddisfare i debiti informativi nei confronti del MEF.

L'attività dell'invio dei flussi informativi comporta la trasmissione dei relativi file secondo uno scadenziario specifico e la correzione dei dati di ritorno per il rinvio secondo la normativa regionale e nazionale.

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione

Percentuale prenotazione tramite CUP

Ottenuto

100,00%

100,00%

Atteso

Misura effettiva specifica ulteriore

600 - Controlli flussi informativiecessari allo svolgimento dell'ALPI (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rete)

Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP
Processo	<u>B.B7.77.ORG066 - Prestazioni sanitarie</u>	Struttura	ORG066 - NEUROFISIOPATOLOGIA
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione delle prestazioni attraverso il CUP aziendale	le prenotazioni di esami neurofisiologici sono state effettuate fino al 31/12/2024 da personale interno presso la Struttura di Neurofisiopatologia secondo agende preventivamente comunicate al CUP aziendale e mediante i sistemi informatici di prenotazione in uso presso l'Azienda	Avanzamento misura di prevenzione	10,00%	
	Idoneità della misura idonea	Presenza procedure interne	NO	NO
	Motivazione scostamenti le prenotazioni sono state effettuate presso la struttura di Neurofisiopatologia allo scopo di assicurarsi che le impegnative fossero compilate in maniera adeguata alla motivazione clinica della richiesta e alla effettiva prestazione erogata, data la complessità delle prestazioni richieste			

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP
Processo	<u>I.I2.077.ORG027 - Prestazioni sanitarie</u>	Struttura	ORG027 - CHIRURGIA PEDIATRICA D.O.
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia		Avanzamento misura di prevenzione		
		Obbligo prenotazione tramite CUP aziendale		

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP
Processo	<u>I.I2.111.ORG081 - Prestazioni sanitarie</u>	Struttura	ORG081 - SC Mar Universitaria
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale		Avanzamento misura di prevenzione		
		Presenza controlli interni		

Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.122.ORG031 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>	Struttura	ORG031 - GASTROENTEROLOGIA D.O.		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Prenotazione prestazioni primo livello tramite CUP Aziendale	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.154.ORG079 - Prestazioni sanitarie e gestione magazzino</u>	Struttura	ORG079 - SSD DIAGNOSTICA SENOLOGICA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Procedure e regolamentazione			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Controlli interni periodici	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.33.ORG056 - Prestazioni sanitarie</u>	Struttura	ORG056 - REUMATOLOGIA OSPEDALIERA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza e favoritismi				
Misura effettiva specifica ulteriore	609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Presenza di controlli interni	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.44.ORG022 - Prestazioni radiologiche</u>	Struttura	ORG022 - RADIOLOGIA D'URGENZA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Presenza controlli interni	

Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.49.ORG076 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>	Struttura	ORG076 - PEDIATRIA UNIVERSITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Favoritismi e collusione				
Misura effettiva specifica ulteriore	609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Presenza controlli interni	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.55.ORG075 - Attività diagnostico-assistenziale</u>	Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE		
Rischio corruttivo effettivo	RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Gestione collegiale liste di attesa			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Presenza prenotazione tramite CUP	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.62.ORG023 - Prestazioni sanitarie</u>	Struttura	ORG023 - MEDICINA NUCLEARE U.O.C.		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e favoritismi				
Misura effettiva specifica ulteriore	214 - Affidamento dei controlli e supervisione del Dirigente Medico			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Supervisione del Dirigente Medico	

Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.67.ORG078 - Prestazioni sanitarie e ALPI</u>	Struttura	ORG078 - S.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA A DIREZIONE UNIVERSITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e favoritismi				
Misura effettiva trasversale ulteriore	452 - Informatizzazione dei processi; questa consente per tutte le attività dell'amministrazione la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase.			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Presenza informatizzazione processi	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.78.ORG055 - Prestazioni sanitarie e diagnostica strumentale</u>	Struttura	ORG055 - Stroke Unit e NEUROSONOLOGIA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.09 - Trattamento piu' favorevole dei pazienti trattati in libera professione				
Misura effettiva specifica ulteriore	609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Presenza procedure per controlli interni	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.79.ORG082 - Attività diagnostico-assistenziale</u>	Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Prenotazione prestazioni ambulatoriali tramite CUP aziendale	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.87.ORG077 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>	Struttura	ORG077 - SC OSPEDALIERA NEUROLOGIA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e Favoritismi				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraaziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravita? della patologia			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Prenotazione prestazioni ambulatoriali tramite CUP aziendale	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.88.ORG026 - Prenotazione delle prestazioni</u>	Struttura	ORG026 - UO ENDOCRINOLOGIA D.U.		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	603 - Informatizzazione delle liste di attesa			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Prenotazione visite attraverso il CUP aziendale	



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP
Processo	<u>I.I2.123.ORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP)</u>	Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE
Rischio corruttivo effettivo	RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa		

Esito monitoraggio

Fa capo alla Struttura il C.U.P. che cura tutta l'organizzazione del sistema di prenotazione, fatturazione ed accesso alle prestazioni sanitarie. Il Centro Unificato di Prenotazione (CUP) informatizzato gestisce l'intera offerta delle prestazioni sanitarie (regime istituzionale ed intramoenia) con efficienza e trasparenza, in modo da facilitare l'accesso dei cittadini e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva per il governo delle liste di attesa. Le attività comprendono sia quelle di front office che di back office, queste ultime sono garantite dalle attuali risorse umane a disposizione della scrivente struttura seppur insufficienti che andrebbero implementate con almeno altre due unità. Il back office riguarda sia l'attività istituzionale che la libera professione e, pertanto, gli operatori addetti si occupano della gestione delle agende dei vari reparti e dei singoli dirigenti medici che comporta chiusura ed apertura degli ambulatori a seconda delle esigenze sia delle strutture che dei singoli dirigenti medici, riprogrammando le prenotazioni e contattando i singoli pazienti. L'attuale organizzazione del CUP di front office gestita dalla Ditta GPI con regolare gara aggiudicata, prevede l'apertura degli sportelli ticket presso gli OO.RR, il plesso D'Avanzo, e le casse ubicate presso il plesso dell'Ex Villa Serena e del plesso Lastraia di Lucera dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 14.00. Sempre allo scopo di migliorare l'accessibilità alle prestazioni, sono stati installati presso i principali ingressi dell'Azienda n°3 casse automatiche (Fastbox) per l'accettazione delle impegnative di pazienti in possesso di un'esenzione e di una prenotazione. E' attiva un Call Center per le prenotazioni e le disdette di prestazioni ambulatoriali sia in istituzionale che in libera professione tutti i giorni dalle ore 8.00 alle 19.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 12.00. Tutte le telefonate vengono evase con tempi di attesa non oltre i 40 secondi. I pazienti che telefonano fuori dagli orari di apertura del Call Center, qualora abbiano lasciato un proprio recapito telefonico, vengono richiamati non appena possibile. Inoltre vi è anche un servizio di re-call della prenotazione tramite SMS qualche giorno prima dell'effettuazione dell'esame per poter permettere in tempi utili l'eventuale disdetta da parte dei pazienti. E' attiva anche la federazione fra CUP dell'intera Regione. Con la suddetta federazione sono prenotabili indistintamente tutte le prestazioni nelle diverse Aziende al fine di cercare di garantire ai pazienti la prestazione entro i tempi

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione

Ottenuto

100,00%

Atteso

Misura effettiva specifica ulteriore
603 - Informatizzazione delle liste di attesa



Stato attuazione misure al 31/12/2024

di attesa previsti dal Piano Nazionale.

Attualmente è possibile anche prenotare le prestazioni sanitarie on line utilizzando la piattaforma sul Portale Regionale della Salute ed è possibile anche pagare on line il relativo ticket attraverso la piattaforma PagoPA.

Dal 1° aprile 2016 è obbligatorio da parte dei medici prescrittori l'utilizzo della ricetta dematerializzata e, pertanto, il sistema CUP in uso si è dovuto integrare con il SIST per gestire la suddetta ricetta.

Per quanto riguarda la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale si procede costantemente, d'intesa con la struttura sanitaria interessata e con il R.U.L.A. alla revisione di alcune agende di prenotazione relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio e per le quali non si riesce a garantire l'erogazione nei tempi previsti dai Piani nazionali e regionali.

Inoltre, viene effettuato un controllo continuo delle agende per quanto riguarda le prenotazioni, gli accessi diretti e le prestazioni effettivamente erogate, al fine di sollecitare le strutture sanitarie ad un più congruo rapporto tra l'offerta e la domanda.

Il livello di rischio è stimato BASSO.

Presenza informatizzazione liste di attesa

SI

SI



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP
Processo	<u>I.I2.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale</u>	Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE
Rischio corruttivo effettivo	RI.11 - Irregolarità sui volumi attività erogata		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 606 - Verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione	La scrivente ha attuato tutte le misure di contrasto per l'abbattimento del rischio di corruzione riguardante la libera professione in regime ambulatoriale, che sono rappresentate dall'obbligo per tutti i dirigenti medici di prenotazione e fatturazione centralizzata delle prestazioni in ALPI attraverso il CUP aziendale e/o provinciale, con gestione delle relative agende e delle tariffe, della verifica dei volumi delle prestazioni rese, sia in attività di istituzione che di ALPI, con l'obbligo della timbratura specifica in entrata e in uscita per la suddetta tipologia di attività. Il livello di rischio è stimato BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo volumi	SI	SI

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP
Processo	<u>16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale</u>	Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA
Rischio corruttivo effettivo	RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Informatizzazione agende di prenotazione	La quasi completa informatizzazione delle agende di prenotazione dell'attività specialistica ambulatoriale e la centralizzazione presso il Centro Unico Prenotazioni hanno impattato in misura notevole sul perseguimento della piena trasparenza nelle relazioni con l'utenza. Per ciò che concerne l'attività programmata di ricovero che sono state impartite esplicite direttive al personale sull'utilizzo delle procedure informatizzate tramite il sistema informativo regionale Edotto.	Avanzamento misura di prevenzione		
		Monitoraggio disdette e controlli tra pazienti visitati e fatturati in ALPI		
Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Codice di Comportamento	Il Codice di comportamento è regolarmente applicato e monitorato. Ad oggi non si registrano criticità.	Presenza informatizzazione liste di attesa		
		Indicatore	Ottenuto	Atteso
		Applicazione Codice		
		Avanzamento misura di prevenzione		



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I3 - TICKET
Processo	<u>I.I3.127.ORG003 - Attività di controllo e sorveglianza pagamento ticket e versamenti in Tesoreria</u>	Struttura	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE
Rischio corruttivo effettivo	RI.10 - Omissione recupero crediti		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche	La Struttura si occupa del recupero crediti per conto dell'Azienda relativo a diversi settori quali:	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	<ul style="list-style-type: none"> - il mancato ritiro dei referti medici; - le prestazioni effettuate in prericovero e non seguite dal ricovero; - il DRG dei pazienti stranieri che non è possibile inviare in mobilità; - i ricoveri a seguito di violenza altrui. - le prestazioni di Pronto Soccorso identificate con Codice Bianco; La Struttura, seppur con notevoli difficoltà dovute alla carenza di risorse umane a disposizione, effettua il recupero della penale equivalente al ticket nei confronti degli assistiti che non hanno disdetto entro le 48 ore la prenotazione della prestazione sanitaria, in ottemperanza alle disposizioni normative vigenti. Il livello di rischio è stimato BASSO.	Percentuale controlli	100,00%	

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I4 - ALPI
Processo	<u>I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni</u>	Struttura	ORG030 - MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Informatizzazione delle liste di attesa		Avanzamento misura di prevenzione		
		Presenza procedura informatizzata		



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I4 - ALPI		
Processo	<u>I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni</u>	Struttura	ORG030 - MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO		
Rischio corruttivo effettivo	RI.08 - Svolgimento della libera professione in orario di servizio				
Misura effettiva specifica ulteriore	609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia		Indicatore	Ottenuto	Atteso
			Avanzamento misura di prevenzione		
			Presenza controlli intramoenia		
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I4 - ALPI		
Processo	<u>I.I4.130.ORG013 - Corresponsione mensile compensi della libera professione</u>	Struttura	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE		
Rischio corruttivo effettivo	RI.04 - Assenza di trasparenza nella gestione e liquidazione dell'attività ALPI volta a favorire taluni professionisti				
Misura effettiva specifica ulteriore	214 - Intensificazione dei controlli interni		Indicatore	Ottenuto	Atteso
	Esito monitoraggio		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	La presenza in servizio o in ALPI è registrata tramite codice dedicato automatizzato di rilevazione presenza. Sullo stesso vengono effettuati controlli interni dalla Struttura del Personale e non si rilevano criticità. E' auspicabile l'affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'AOU di Foggia ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale, fermo restando che detta attività dovrà essere svolta dal Dirigente responsabile dell'ALPI. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.		Verifica e controllo congruità tra le tariffe applicate e le prestazioni autorizzate		
	Idoneità della misura		Verifica e controllo tra prestazioni erogate e importi fatturati		
	La misura è efficace				



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M1 - PIANI TERAPEUTICI
Processo	<u>M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.02 - Scarsa tracciabilità del ciclo di utilizzo dei farmaci		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 662 - Sistemica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente	Controllo sistematico di tutti i Piani Terapeutici da parte del farmacista prima della dispensazione del farmaco. Trimestralmente reportistica per l'individuazione di eventuali anomalie. I Piani terapeutici previsti da normative nazionali e regionali o dall'Azienda sono tutti verificati al momento della richiesta dai farmacisti prima della consegna del farmaco. Il monitoraggio viene effettuato in maniera sistematica con reportistica periodica (trimestrale o annuale a seconda del prodotto). Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo	SI	SI
	Idoneità della misura Controllo sistematico di tutti i Piani Terapeutici da parte del farmacista prima della dispensazione del farmaco. Trimestralmente reportistica per l'individuazione di eventuali anomalie. I Piani terapeutici previsti da normative nazionali e regionali o dall'Azienda sono tutti verificati al momento della richiesta dai farmacisti prima della consegna del farmaco. Il monitoraggio viene effettuato in maniera sistematica con reportistica periodica (trimestrale o annuale a seconda del prodotto). Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.			
	Motivazione scostamenti Controllo sistematico di tutti i Piani Terapeutici da parte del farmacista prima della dispensazione del farmaco. Trimestralmente reportistica per l'individuazione di eventuali anomalie. I Piani terapeutici previsti da normative nazionali e regionali o dall'Azienda sono tutti verificati al momento della richiesta dai farmacisti prima della consegna del farmaco. Il monitoraggio viene effettuato in maniera sistematica con reportistica periodica (trimestrale o annuale a seconda del prodotto). Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.			



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M2 - GESTIONE SPESA
Processo	<u>M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 662 - Sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente	Viene effettuata una reportistica trimestrale dei consumi dei farmaci per singola Unità Operativa, evidenziando gli scostamenti e le situazioni di inappropriata prescrizione utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente Il livello di rischio corruttivo è stimabile come Basso.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza regolamento interno	SI	SI
	Idoneità della misura Viene effettuata una reportistica trimestrale dei consumi dei farmaci per singola Unità Operativa, evidenziando gli scostamenti e le situazioni di inappropriata prescrizione utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente Il livello di rischio corruttivo è stimabile come Basso.			
	Motivazione scostamenti Viene effettuata una reportistica trimestrale dei consumi dei farmaci per singola Unità Operativa, evidenziando gli scostamenti e le situazioni di inappropriata prescrizione utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente Il livello di rischio corruttivo è stimabile come Basso.			



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO
Processo	<u>M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.04 - Omissioni e/o irregolarità		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 212 - Razionalizzazione organizzativa dei controlli	Tutti i prodotti ordinati dalla Farmacia provengono da procedure di gara effettuate dall'area Patrimonio. E' presente una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Altresi sono effettuate periodiche attività di controllo interno. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo	SI	SI
	Idoneità della misura Tutti i prodotti ordinati dalla Farmacia provengono da procedure di gara effettuate dall'area Patrimonio. E' presente una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Altresi sono effettuate periodiche attività di controllo interno. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.			
	Motivazione scostamenti Tutti i prodotti ordinati dalla Farmacia provengono da procedure di gara effettuate dall'area Patrimonio. E' presente una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Altresi sono effettuate periodiche attività di controllo interno. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.			



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI
Processo	<u>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte	La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale max rettifiche magazzino	0,01%	0,01%
		Presenza sistema informatizzato	SI	SI
		Verifica mensile inventario magazzino	SI	SI
	Idoneità della misura			
	La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.			
	Motivazione scostamenti			
	La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.			



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M5 - SEGNALAZIONI
Processo	<u>M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.04 - Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale	I controlli e gli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione vengono effettuati dalla Farmacia al Ministero su segnalazione del medico. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Idoneità della misura I controlli e gli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione vengono effettuati dalla Farmacia al Ministero su segnalazione del medico. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Presenza misura di controllo	SI	SI
	Motivazione scostamenti I controlli e gli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione vengono effettuati dalla Farmacia al Ministero su segnalazione del medico. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.			

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M6 - SOMMINISTRAZIONE
Processo	<u>M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale</u>	Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.
Rischio corruttivo effettivo	RM.04 - Irregolarità o favoritismi		

	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Applicazione e Monitoraggio	Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento Avanzamento misura di prevenzione		



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M6 - SOMMINISTRAZIONE
Processo	<u>M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.02 - Scarsa tracciabilità		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 661 - Informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione	Si auspica l'utilizzo di sistemi informatizzati sul ciclo di terapia fino alla somministrazione del farmaco al paziente o utilizzo del presidio.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Idoneità della misura Si auspica l'utilizzo di sistemi informatizzati sul ciclo di terapia fino alla somministrazione del farmaco al paziente o utilizzo del presidio.	Presenza informatizzazione ciclo di terapia	NO	NO
	Motivazione scostamenti Si auspica l'utilizzo di sistemi informatizzati sul ciclo di terapia fino alla somministrazione del farmaco al paziente o utilizzo del presidio.			



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M7 - SPERIMENTAZIONI
Processo	<u>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	I componenti del Comitato Etico vengono scelti sulla base dei criteri stabiliti nel Decreto Ministero della Salute del 12 maggio 2006, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 194 del 22.08.06, il quale stabilisce i requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali. Con Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 sono state apportate sostanziali modificazioni all'istituzione, organizzazione e funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali, scelti sulla base di specifiche figure professionali individuate nel citato decreto i cui curricula e la sussistenza dei requisiti vengono effettuati dalla Regione Puglia e, ai fini della trasparenza, validati o meno tramite Delibera di Giunta Regionale. Nel caso della nomina del comitato Etico Area 1 di interesse dell'AOU di Foggia la nomina dei componenti del Comitato Etico è avvenuta con DGR n. 601 del 29/04/2022. Sono regolarmente acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi da ciascun componente del CE. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite	100,00%	100,00%

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI
Processo	<u>M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative</u>	Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.
Rischio corruttivo effettivo	RM.03 - Discrezionalità e Collusione		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva trasversale ulteriore 457 - Verifica da parte degli organi di controllo interno e Regolamentazione		Avanzamento misura di prevenzione		
		Presente regolamento su sponsorizzazioni		



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI
Processo	<u>M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco</u>	Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione		

Misura effettiva specifica ulteriore
665 - Codice di Comportamento:
Applicazione e Monitoraggio

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Applicazione e monitoraggio del Codice di comportamento		
Avanzamento misura di prevenzione		



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI
Processo	<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni	L'AOU di Foggia con DDG n. 462 del 14.6.2018 ha adottato il Regolamento di disciplina e gestione delle sponsorizzazioni ex art. 19 del D. Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016 e s.m.i., art. 43 della legge n. 449/97, art. 30, comma 8, lett. c) della legge n. 488/99, comma 108, lett. e) della legge 228 del 24 dicembre 2012, che disciplinano le attività di sponsorizzazione da parte di Terzi prefiggendosi lo scopo di indicare gli atti e le condizioni necessarie per assicurare all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, trasparenza ed in osservanza del principio di esclusione di conflitti di interessi tra l'attività pubblica e quella privata in considerazione del fatto che le iniziative di sponsorizzazione devono tendere a favorire l'innovazione dell'organizzazione realizzando una migliore qualità dei servizi istituzionali erogati quali a titolo esemplificativo: <ul style="list-style-type: none"> • rendere più confortevole l'ambiente sanitario, attraverso l'ammodernamento degli arredi e degli spazi destinati all'assistenza; • realizzare progetti di umanizzazione; • facilitare l'accesso alle strutture sanitarie ed alle prestazioni; • finanziare corsi di formazione per l'aggiornamento del personale; • contribuire alla realizzazione di eventi formativi; • finanziare campagne di comunicazione, prevenzione ed informazione rivolte ai cittadini; • finanziare l'acquisizione di nuove tecnologie informatiche o di nuove attrezzature sanitarie. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Adozione Regolamento Sponsorizzazioni	SI	SI
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi	Esito monitoraggio Per ogni progetto sponsorizzato sono acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi come da regolamento interno aziendale. Ad oggi non si registrano criticità.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti	100,00%	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2024

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI
Processo	<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	Struttura	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti	Il Regolamento adottato dall'AOU di Foggia sulle sponsorizzazioni prevede già dei limiti di partecipazione alle attività di sponsorizzazione per ciascun dipendente. La struttura, a tal fine, verifica la corretta applicazione delle disposizioni contenute nel regolamento stesso effettuando i controlli opportuni anche attraverso check list dei dipendenti e degli eventi ai quali partecipano. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Misura di controllo tramite check-list	SI	SI

Area di rischio	N - DECESSI INTRA AZIENDALI	Sottoarea	N.N1 - DECESSI
Processo	<u>N.N1.151.ORG002 - Gestione dei decessi e delle strutture mortuarie</u>	Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA
Rischio corruttivo effettivo	RN.02 - Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 692 - Regolamento interno e rotazione del personale	Nell'AOU di Foggia con DDG n. 184 del 6.7.2015 è stato adottato specifico regolamento per la gestione dell'obitorio in applicazione delle regole di polizia mortuaria ex DPR 285/1990 che individua compiti specifici in capo al personale preposto di segnalazione alla Direzione aziendale e precise regole di condotta tra cui gli obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti. E' auspicabile l'attivazione di un sistema di rotazione del personale direttamente interessato.	Avanzamento misura di prevenzione		
		Presenza regolamento		

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027						
Valutazione rischio			Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
	Medio	13	16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	13	E.E7.78.ORG015 - Procedure solleciti crediti insoluti	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	13	E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini	ORG016 - SC FARMACIA	E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	13	E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini	ORG016 - SC FARMACIA	M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	13	B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	13	B.B2.33.ORG017 - Requisiti di aggiudicazione	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B2 - CAPITOLATI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	13	B.B2.34.ORG017 - Valutazione delle offerte	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B2 - CAPITOLATI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	13	B.B3.36.ORG017 - Revoca dei bandi	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B3 - BANDI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	13	B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B4 - COMMISSIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	13	B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	13	B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B9 - ORDINI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	11	B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B5 - REQUISITI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	11	B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B7 - TRASPARENZA	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	12	A.A9.22.ORG009 - Formazione per Enti pubblici rivolti al Personale Dipendente Aziendale	ORG009 - SSD FORMAZIONE	A.A9 - FORMAZIONE NORMATA	A - GESTIONE RISORSE UMANE

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027

Valutazione rischio			Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
	Medio	12	M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica	ORG016 - SC FARMACIA	M.M2 - GESTIONE SPESA	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	12	16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	12	16PRO.B.B110.ORG074 - Definizione dei fabbisogni	ORG074 - S.S.V.D. INGEGNERIA CLINICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	12	16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi	ORG074 - S.S.V.D. INGEGNERIA CLINICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	12	B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	12	16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	12	16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	E.E4 - BENI e RISORSE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	12	B.B1.29.ORG017 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento. Procedure di scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ex Codice contratti pubblici relativi a lavori e f	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B1 - PROCEDURA APPALTO	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	12	B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B10 - FABBISOGNI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	12	B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B2 - CAPITOLATI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027

Valutazione rischio			Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
	Medio	12	B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	11	G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO
	Medio	11	M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	B.B4 - COMMISSIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	11	E.E7.77.ORG015 - Registrazioni contabili	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	11	G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	G - INCARICHI E NOMINE
	Medio	11	M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	11	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditamento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)	ORG009 - SSD FORMAZIONE	A.A8 - ECM	C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO
	Medio	11	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	ORG009 - SSD FORMAZIONE	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027

Valutazione rischio			Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
	Medio	11	A.A10.24.ORG009 - Autorizzazione personale partecipazione eventi, corso o master per formazione specialistica/ specifica (agg. facoltativo e obbligatorio) sia di tipo sanitario che tecnico-professionale e amministrativo con oneri	ORG009 - SSD FORMAZIONE	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Medio	11	A.A7.18.ORG009 - Elaborazione Piano Formativo Aziendale	ORG009 - SSD FORMAZIONE	A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Medio	11	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditamento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)	ORG009 - SSD FORMAZIONE	A.A8 - ECM	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Medio	11	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	ORG009 - SSD FORMAZIONE	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	11	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	ORG009 - SSD FORMAZIONE	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	G - INCARICHI E NOMINE
	Medio	11	A.A10.16.ORG050 - Attività didattico-formativa	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Medio	11	B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B4 - COMMISSIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	11	16PRO.B.B4.ORG018 - Nomina componenti di Commissione di gara	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	11	B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	11	E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma triennale degli acquisti di beni e servizi ai sensi del d.lgs 36/2023	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	E.E3 - MANUTENZIONI	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	11	I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni	ORG030 - MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO	I.I4 - ALPI	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027						
Valutazione rischio			Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
	Medio	11	A.A11.26.OORG012 - Procedimento di assegnazione di borse di studio	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	A.A11 - BORSE DI STUDIO	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Medio	10	B.B1.66.OORG075 - Rapporti con le aziende del farmaco	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	B.B1 - PROCEDURA APPALTO	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	10	I.I2.123.OORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP)	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Medio	10	E.E10.01.OORG012 - Procedimenti amministrativi	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Medio	10	H.H1.108.OORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
	Medio	10	16PRO.B.B5.OORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	10	F.F1.05.OORG012 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Medio	9	H.H2.111.OORG012 - Gestione risarcimento danni	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
	Medio	9	N.N1.151.OORG002 - Gestione dei decessi e delle strutture mortuarie	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	N.N1 - DECESSI	N - DECESSI INTRA AZIENDALI
	Medio	9	A.A2.7.OORG002 - Rilascio di autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione o concessione	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Medio	9	A.A4.12.OORG013 - Attestazione della presenza in servizio	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Medio	9	B.B11.60.OORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	B.B11 - CONVENZIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	9	F.F4.99.OORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	F.F4 - RIFIUTI SPECIALI	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Medio	9	B.B11.60.OORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027

Valutazione rischio		Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio	
	Medio	9	M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici	ORG016 - SC FARMACIA	M.M1 - PIANI TERAPEUTICI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	9	M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci	ORG016 - SC FARMACIA	M.M5 - SEGNALAZIONI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	9	A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-officio di competenza	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Medio	8	E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	8	B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	B.B2 - CAPITOLATI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	8	I.I1.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Medio	8	I.I4.130.ORG013 - Corresponsione mensile compensi della libera professione	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	I.I4 - ALPI	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Medio	8	16PRO.B.B6.ORG001 - Trasparenza amministrativa e Regolamentazione	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA	B.B7 - TRASPARENZA	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	8	E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	E.E2 - PROGRAMMAZIONE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	8	A.A3.9.ORG013 - Corresponsione mensile emolumenti stipendiali, emolumenti accessori, competenze arretrate, cessione del quinto dello stipendio, rilascio certificati di stipendio	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE	A - GESTIONE RISORSE UMANE

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027

Valutazione rischio		Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio	
	Medio	8	E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	7	M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	7	H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE	B.B11 - CONVENZIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	7	H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
	Medio	7	I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Medio	7	I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Medio	7	M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto	ORG016 - SC FARMACIA	M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	7	M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia	ORG016 - SC FARMACIA	M.M6 - SOMMINISTRAZIONE	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	6	16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Medio	6	E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	E.E12 - CASSA	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	6	F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027

Valutazione rischio		Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio	
	Medio	6	I.I3.127.ORG003 - Attività di controllo e sorveglianza pagamento ticket e versamenti in Tesoreria	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	I.I3 - TICKET	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Medio	5	A.A6.16.ORG013 - Riconoscimento di benefici non economici connessi a permessi, congedi e aspettative dal servizio (L.104 etc.)	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	A.A6 - BENEFICI EX LEGE	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Medio	5	16PRO.B.B20.ORG018 - Individuazione procedura di gara	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	B.B1 - PROCEDURA APPALTO	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	5	B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	B.B11 - CONVENZIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	5	E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili	ORG017 - S.C. GESTIONE DEL PATRIMONIO	E.E4 - BENI e RISORSE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	5	F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG018 - S.C. GESTIONE TECNICA	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Medio	5	I.I2.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale	ORG003 - S.S.V.D. CUP E LIBERA PROFESSIONE	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Medio	5	F.F5.101.ORG002 - Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, definizione delle strategie e dei protocolli delle attività di disinfezione disinfestazione e sterilizzazione	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Medio	5	M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	B.B7 - TRASPARENZA	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	5	M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	M.M7 - SPERIMENTAZIONI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Basso	4	H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE	H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
	Basso	4	I.I2.111.ORG081 - Prestazioni sanitarie	ORG081 - SC Mar Universitaria	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027

Valutazione rischio		Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio	
	Basso	4	B.B6.19.ORG011 - Attestazioni e collaudi	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Basso	4	A.A1.4.ORG013 - Procedure di reclutamento del personale - Procedure per progressione di carriera - Procedure di conferimento incarichi (dirigenziali, di posizione, di coordinamento)	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Basso	4	0002 - Manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Basso	4	I.I2.077.ORG027 - Prestazioni sanitarie	ORG027 - CHIRURGIA PEDIATRICA D.O.	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	3	F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Basso	3	H.H2.112.ORG006 - Recupero crediti	ORG006 - S.C. BUROCRATICO LEGALE	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
	Basso	3	I.I2.55.ORG075 - Attività diagnostico-assistenziale	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	3	E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance	ORG005 - S.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Basso	3	I.I2.87.ORG077 - Prestazioni sanitarie e formazione	ORG077 - SC OSPEDALIERA NEUROLOGIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	3	M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	M.M6 - SOMMINISTRAZIONE	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Basso	3	H.H2.220.ORG014 - Rapporti e informative sindacali	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE	A - GESTIONE RISORSE UMANE

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027

Valutazione rischio		Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio	
	Basso	2	16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	B.B10 - FABBISOGNI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Basso	2	0001 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Basso	2	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Basso	2	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	B.B7 - TRASPARENZA	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Basso	2	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Basso	2	A.A10.88.ORG082 - Attività didattico- formativa	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Basso	2	I.I2.62.ORG023 - Prestazioni sanitarie	ORG023 - MEDICINA NUCLEARE U.O.C.	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	2	I.I2.88.ORG026 - Prenotazione delle prestazioni	ORG026 - UO ENDOCRINOLOGIA D.U.	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Basso	1	A.A9.32.ORG075 - Attività didattico- formativa	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	A.A9 - FORMAZIONE NORMATA	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Basso	1	I.I2.143.ORG080 - Prestazioni sanitarie e formazione	ORG080 - SC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Basso	1	I.I2.33.ORG056 - Prestazioni sanitarie	ORG056 - REUMATOLOGIA OSPEDALIERA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027

Valutazione rischio		Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio	
	Basso	1	I.I2.44.ORG022 - Prestazioni radiologiche	ORG022 - RADIOLOGIA D'URGENZA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	I.I2.49.ORG076 - Prestazioni sanitarie e formazione	ORG076 - PEDIATRIA UNIVERSITARIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	I.I2.67.ORG078 - Prestazioni sanitarie e ALPI	ORG078 - S.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA A DIREZIONE UNIVERSITARIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	I.I2.122.ORG031 - Prestazioni sanitarie e formazione	ORG031 - GASTROENTEROLOGIA D.O.	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	I.I2.154.ORG079 - Prestazioni sanitarie e gestione magazzino	ORG079 - SSD DIAGNOSTICA SENOLOGICA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	0	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Basso	0	B.B10.110.ORG011 - Misure di sicurezza informatica adeguate per la protezione dei dati personali	ORG010 - S.S.V.D. INGEGNERIA DELLE STRUTTURE SANITARIE	B.B10 - FABBRISOGNI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Basso	0	B.B7.ORG015 - Applicazione del PTPCT	ORG015 - S.C. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE	B.B7 - TRASPARENZA	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Basso	0	E.E4.70.ORG017 - Utilizzo dei beni e risorse aziendali	ORGUNIT001 - Policlinico Foggia	E.E4 - BENI e RISORSE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Basso	0	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Basso	0	F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG016 - SC FARMACIA	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Basso	0	F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG074 - S.S.V.D. INGEGNERIA CLINICA	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Basso	0	F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG013 - S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO

Priorità di trattamento del rischio 2025 - 2027

Valutazione rischio		Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio	
	Basso	0	F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale II livello RPCT	ORG012 - S.S.V.D. AFFARI GENERALI E PRIVACY	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Basso	0	H.H4.116.ORG006 - Consulenza medico legale negli ambiti classici dell'attività clinica	ORGUNIT001 - Policlinico Foggia	H.H4 - GESTIONE MEDICO LEGALE	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
	Basso	0	B.B7.77.ORG066 - Prestazioni sanitarie	ORG066 - NEUROFISIOPATOLOGIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	0	I.I2.78.ORG055 - Prestazioni sanitarie e diagnostica strumentale	ORG055 - Stroke Unit e NEUROSONOLOGIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	0	I.I2.79.ORG082 - Attività diagnostico-assistenziale	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	0	I.I2.125.ORG003 - Gestione attività laboratoristiche	ORGUNIT001 - Policlinico Foggia	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	0	M.M4.140.ORG016 - Registrazione dei movimenti in entrata ed in uscita di tutti i prodotti gestiti	ORGUNIT001 - Policlinico Foggia	M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Basso	0	M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 31 GENNAIO 2025 DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni/enti tenuti all'adozione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2024 o del PTPCT 2024 e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione.

Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2022 (Delibera ANAC n. 7/2023).

ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menù a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio delle misure programmate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nel PTPCT o nel MOG 231 (domanda facoltativa)	Si	
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi, riportando le fattispecie penali (e il numero), anche con procedimenti pendenti e gli eventi corruttivi e le condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 (Parte I, § 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (§ 3.3.) (più risposte sono possibili).	no	
2.B.0	Aree a rischio considerate prioritarie dall'amministrazione		
2.B.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali		
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale		
2.B.2	Contratti pubblici		
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.5	Affari legali e contenzioso		
2.B.6	Incarichi e Nomine		
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio		

2.B.8	Aree di rischio ulteriori		
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi	Si	
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nel PTPCT 2024 o nel MOG 231 erano state previste misure per il loro contrasto		
2.E	Indicare se sono stati mappati i processi (cfr. PNA 2022, Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT, § 3.1.2)	Si, tutti	
2.F	Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle seguenti aree prioritarie come individuate nel PNA 2022 (cfr. PNA 2022, Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT, § 3.1.2) (sono possibili più risposte)		
2.F.0	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	Si	
2.F.00	Processi collegati a obiettivi di performance	Si	
2.F.00 0	Processi con esposizione a rischi corruttivi significativi	Si	
2.F.00 00	Procedure relative ad aree a rischio specifico del singolo ente	Si	
2.F.1	Contratti pubblici	Si	
2.F.2	Incarichi e nomine	Si	
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Si	
2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Si	
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale	Si	
2.G	Indicare se la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni/enti (<u>domanda facoltativa</u>)	No	
2.H	Indicare se la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO è stata elaborata in collaborazione o in coordinamento con i responsabili delle altre sezioni del PIAO	Si (indicare con quali Responsabili)	Responsabile Controllo di Gestione, Responsabile della Formazione, Responsabile Risorse Umane, Responsabile Affari Generali, Direzione Amministrativa e tutti i Referenti RPCT coinvolti per competenza
3	MISURE SPECIFICHE		
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali	Si,	
3.B.	Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate (<u>domanda facoltativa</u>)		Misura anti-pantouflage nei contratti di lavoro Misura anti-revolving doors nei bandi di gara Misura per la gestione delle segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti

4	TRASPARENZA		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente"	Sì (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)	
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente ", ha l'indicatore delle visite		bandi di gara e contratti - determine e delibere - gestione documentale
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)	Sì (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)	
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)	no	
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi	Sì (se disponibili, indicare i settori delle richieste)	
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze (<i>domanda facoltativa</i>)	Si	
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati	Sì (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi per amministrazioni/enti con meno di 50 dipendenti)	Monitoraggio semestrale con rilievi sulla totalità degli adempimenti pubblicitici
4.G.1	Indicare se è stata garantita trasparenza anche degli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della RGS, mediante l'inserimento, nella corrispondente sottosezione di A.T., di un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR (cfr. PNA 2022, § 3 parte trasparenza)	Sì	
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento		Nell'ultima relazione di monitoraggio predisposta in materia di Trasparenza sono emersi alcuni profili di miglioramento successivamente condivisi con le Strutture competenti per i conseguenti adempimenti
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione tenendo anche conto dell'obbligo di formazione sui temi dell'etica (art. 15, co. 5-bis, del d.P.R. 62/2013).	Sì	
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione		
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione indicare se ha riguardato, in particolare: (<i>domanda facoltativa</i>)		
5.E.0	La gestione delle situazioni di conflitto di interessi	Si	

5.E.1	Etica ed integrità		
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento	Si	
5.E.3	I contenuti del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza PIAO/MOG 231	Si	
5.E.4	Processo di gestione del rischio	Si	
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:		
5.C.1	SNA		
5.C.2	Università		
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)		
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)		
5.C.5	Formazione in house		
5.C.6	Altro (specificare quali)		
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti		
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:		
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati		
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati		
6.B	Indicare se nell'anno 2024 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio		
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2024, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2024) (<i>domanda facoltativa</i>)	Si	
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013		
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità	Si (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	sono state verificate le attestazioni di alcuni Dirigenti amministrativi. Nessuna violazione accertata
7.B	Indicare, con riferimento all'anno 2024, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013	No	
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	Si (indicare quali e il numero di violazioni accertate)	Per tutti i Dirigenti tecnici e amministrativi è richiesta annualmente la compilazione della modulistica di autocertificazione. Nessuna violazione accertata
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		

9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi	Si	
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	No	
10	TUTELA DI CHI SEGNALE ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		
10.A	Indicare se è stato attivato un canale interno per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite (d.lgs. 24/2023)	Si	
10.C	Se non è stata attivata la piattaforma informatica, ai sensi dell'art. 4, co. 1 del d.lgs. 24/2023 e come indicato nelle LLGG ANAC di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023, indicare attraverso quali altri mezzi il segnalante può inoltrare la segnalazione		
10.D	Se è stato attivato il canale interno per la segnalazione indicare se sono pervenute segnalazioni di whistleblower	No	
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013)	Si	
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni) (<i>domanda facoltativa</i>)	Si	
11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione	No	
11.D	Indicare se il codice di comportamento dell'amministrazione è stato adeguato alle modifiche intercorse nel 2023 al d.P.R. n. 62/2013	Si	
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		

12.B	Indicare se nel corso del 2024 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti	no	
12.D	Se nel corso del 2024 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, indicare quanti sono riconducibili a fatti penalmente rilevanti (il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):	no	
12.D.1	Peculato - art. 314 c.p.		0
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.		0
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		0
12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio -art. 319 c.p.		0
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari -art. 319ter c.p.		0
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità - art. 319quater c.p.		0
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio -art. 320 c.p.		0
12.D.8	Istigazione alla corruzione -art. 322 c.p.		0
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.		0
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.		0
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 bis c.p.		0
12.D.12	Altro (specificare quali)		0
12.E	Indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, penalmente rilevanti e non (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree):		
12.E.0	Aree a rischio considerate prioritarie dall'amministrazione		0
12.E.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali		0
12.E.1	Contratti pubblici		0
12.E.2	Incarichi e nomine		0
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		0
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		0

12.E.5	Acquisizione e gestione del personale		0
12.F	Indicare se nel corso del 2024 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali	Sì	
13	ALTRE MISURE		
13.A	Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.	No	
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati (cfr. Delibera n. 309 del 27 giugno 2023 - Bando tipo n. 1 - 2023)	No	
14	ROTAZIONE STRAORDINARIA		
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. 1-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva (cfr. Delibera n. 215 del 26 marzo 2019)	No	
15	PANTOUFLAGE		
15.A	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti	No	
15.B	Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage.	Sì, secondo il modello operativo di cui al PNA	<p>a) nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;</p> <p>b) nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.</p> <p>c) controlli a campione con consultazione delle banche dati liberamente accessibili da parte delle amministrazioni ed eventuale richiesta all'Agenzia delle entrate circa l'esistenza di redditi da lavoro dell'ex dipendente pubblico</p>

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Elaborazione della proposta di PTPCT/SEZ. 2.3 del P.I.A.O.	In tempi utili ai fini della adozione del PTPCT/SEZ. 2.3 del P.I.A.O. entro il 15 gennaio di ogni anno	RPCT	Elaborazione della proposta di PTPC entro il termine fissato	Si	Si	Si
Adozione del PTPCT/SEZ. 2.3 del P.I.A.O.	31 Gennaio di ogni anno	Direzione Generale	Approvazione della delibera di adozione nei termini fissati	Si	Si	Si
Pubblicazione sul sito web aziendale del PTPCT/SEZ. 2.3 del P.I.A.O. e trasmissione alla Regione Puglia	Entro il 31 Gennaio di ogni anno	RPCT	Si/No	Si	Si	Si
Recepimento degli obiettivi e delle misure di gestione del rischio previste dal PTPCT/SEZ. 2.3 del P.I.A.O. nel Piano della	31 Gennaio di ogni anno	Il Direttore della UOC Controllo di Gestione	Presenza nel Piano della Performance degli obiettivi e delle misure di gestione del rischio previste dal PTPCT/SEZ. 2.3 DEL P.I.A.O.	Si	Si	Si

Policlinico Foggia

ospedaliero-universitario



PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

Performance						
-------------	--	--	--	--	--	--

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

Trasmissione al RPCT, tramite piattaforma web centralizzata, dell'attuazione delle misure previste dal PTPCT/SEZ. 2.3 del P.I.A.O.	15 gennaio di ogni anno	Responsabili delle Strutture aziendali	% delle Relazioni annuali trasmesse nei termini attraverso la piattaforma centralizzata aziendale	100%	100%	100%
Relazione annuale del RPCT sui risultati delle attività e sull'attuazione delle misure previste dal PTPCT/SEZ. 2.3 del P.I.A.O.	15 gennaio di ogni anno o diverso termine stabilito dall'ANAC	RPCT	Predisposizione della Relazione entro i termini pubblicazione sul sito web aziendale e trasmissione di detta Relazione al DG e all'OIV per la valutazione dei Dirigenti	Sì	Sì	Sì


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Informazione sugli obblighi di condotta previsti dal Codice di Comportamento Aziendale ai dipendenti e alla società civile all'interno della Giornata della Trasparenza	Entro il mese di novembre di ciascun anno	RPCT, Area Controllo di Gestione e URP	Informazione sugli obblighi di condotta del Codice di comportamento all'interno della Giornata della Trasparenza	Si	Si	Si
Inserimento della condizione dell'osservanza del Codice di Comportamento negli atti di conferma degli incarichi per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo	All'atto dei nuovi conferimenti	Gestione del Personale	Presenza della clausola negli atti di conferimento	Si	Si	Si
Inserimento della condizione dell'osservanza del Codice di Comportamento negli atti di gara, contratti e convenzioni per i collaboratori e dipendenti	All'atto dei nuovi affidamenti e rapporti contrattuali	Dirigenti Responsabili che gestiscono i relativi procedimenti e rapporti contrattuali	Presenza della clausola negli atti di gara, nei contratti e nelle convenzioni con le strutture private	Si	Si	Si

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

delle ditte fornitrici dei servizi						
Comunicazioni al RPCT delle violazioni alle norme del Codice di Comportamento e di altri illeciti di natura corruttiva	Tempestive	Responsabili di Struttura; Responsabile dell'ufficio per i procedimenti disciplinari	% di violazioni e illeciti comunicati all' RPCT sul totale delle violazioni e illeciti contestati ai dipendenti	100%	100%	100%
Trasmissione al RPCT della reportistica su: violazioni contestate ai dipendenti; procedimenti disciplinari attivati e conclusi; sanzioni erogate, e archiviazioni disposte, utilizzando il format predisposto dal RPCT	15 gennaio di ogni anno	Responsabile dell'ufficio per i procedimenti disciplinari	N. Report trasmessi al RPCT tramite piattaforma centralizzata	n. 1	n.1	n.1


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

Risultanze del monitoraggio sul rispetto del Codice di Comportamento Aziendale	31dicembre di ogni anno	RPCT in collaborazione con il Responsabile dell'ufficio per i procedimenti disciplinari	SI/NO	SI	SI	SI
--	-------------------------	---	-------	----	----	----

INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI (D.LGS 39/2013 ART. 20)						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Trasmissione al RPCT delle dichiarazioni ex art.20 del D.lgs 39/2013	Entro il mese di giugno di ogni anno	DG/DA/DS e tutti i Responsabili di Struttura complessa e dipartimentale	SI/NO	SI	SI	SI
Pubblicazione sul sito web aziendale delle dichiarazioni ex art.20 del D.lgs 39/2013	Ad avvenuta ricezione delle dichiarazioni	RPCT	Si/NO	SI	SI	SI
Verifiche periodiche volte ad accertare che gli interessati rendano le dichiarazioni in	n.2 verifiche infrannuali	RPCT	SI/NO	SI	SI	SI

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

parola.						
Inserimento negli atti relativi al conferimento e rinnovo degli incarichi dirigenziali, di una clausola che condiziona il conferimento e il rinnovo dell'incarico al rilascio e aggiornamento annuale della dichiarazione prevista dall'art.20 del Dlgs 39/2013	All' atto della conferma/rinnovo degli incarichi	Gestione del Personale	Si/NO	SI	SI	SI

OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE

Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Trasmissione al RPCT, tramite piattaforma web centralizzata, di relazione annuale sul monitoraggio del rispetto dell'obbligo di astensione in	Entro il mese di gennaio di ogni anno	Tutti i Resp. di Struttura complessa e dipartimentale	SI/NO	SI	SI	SI

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

caso di conflitto di interesse Monitoraggio segnalazioni conflitti interesse						
Trasmissione al RPCT delle dichiarazioni di astensione ricevute dal Responsabile di Struttura	tempestiva	Tutti i Resp. di Struttura complessa e dipartimentale	SI/NO	SI	SI	SI
Trasmissione al RPCT delle autodichiarazioni annuali sulla insussistenza di condizioni di conflitto di interesse	annuale	Tutti i Resp. di Struttura complessa e dipartimentale	SI/NO	SI	SI	SI

INCOMPATIBILITÀ A SEGUITO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A. (ART. 35 BIS DEL DECRETO DEGISLATIVO 165/2001)

Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Verifica della sussistenza di precedenti penali al momento della formazione di Commissioni di concorso e di commissioni	tempestiva	Gestione del Personale Area Tecnica Area Patrimonio SIA Formazione	SI/NO	Si	Si	Si

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

per l'affidamento di commesse						
Verifica della sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici che svolgono l'attività prevista dall'art.35 bis del decreto legislativo 165/2001	tempestiva	Gestione del Personale	SI/NO	Si	Si	Si
Verifica sull'elenco nominativo del personale dipendente che abbia fatto parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi	Entro il 10 novembre di ciascun anno	RPC in collaborazione con Gestione del Personale	SI/NO	Si	Si	Si

INCARICHI A SOGGETTI IN QUIESCENZA (ART.5, COMMA 6 DEL DL 95/2012 COME MODIFICATO DALL'ART. 6 DEL D.L. 90/2014)

Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Verifica della insussistenza della condizione ostativa,						

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

dandone anche attestazione nell'atto di conferimento dell'incarico	All'atto del conferimento	Gestione del Personale	SI/NO	Si	Si	Si
--	---------------------------	------------------------	-------	----	----	----

ART.53 COMMA 16 TER DEL D.LGS. 165/2001-ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Rispetto di quanto previsto dall'art.53, comma 16 ter del d.lgs. 165/2001, come modificato ed integrato dall'art.1, comma 42 della L.n. 190/2012.	Decorrenza immediata	Tutte le Strutture che predispongono bandi e procedura di gara	SI/NO	Si	Si	Si
Inserimento nei bandi di gara, negli affidamenti anche con procedura negoziata e nei contratti con le strutture private della condizione di non aver concluso contratti di lavoro e di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti	Decorrenza immediata per le nuove procedure di affidamento	Tutte le Strutture che predispongono bandi e procedura di gara	Presenza della clausola nei bandi e negli atti di gara	Si	Si	Si

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

dell' AOU di Foggia che hanno esercitato poteri negoziali o autoritativi per conto dell' Azienda nei confronti del partecipante/offerente/contraente nel triennio successivo alla cessazione del rapporto						
---	--	--	--	--	--	--

FORMAZIONE DEL PERSONALE						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Inserimento all'interno del Piano di Formazione di percorsi formativi sulla L.190/2012 e sulle misure di gestione del rischio per il RPCT	In concomitanza con l'approvazione del Piano annuale di formazione dell' Azienda	Formazione in collaborazione con il RPCT	Presenza di eventi formativi dedicati per il RPCT all'interno del Piano di formazione aziendale	Almeno 1 evento	Almeno 1 evento	Almeno 1 evento


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

Inserimento all'interno del Piano di Formazione di percorsi formativi sulla L.190/2012 e sulle misure di gestione del rischio per il RPCT	In concomitanza con l'approvazione del Piano annuale di formazione dell'Azienda	Formazione in collaborazione con il RPCT	Presenza di eventi formativi dedicati per il RPCT all'interno del Piano di formazione aziendale	Almeno 1 evento	Almeno 1 evento	Almeno 1 evento
Inserimento all'interno del Piano di Formazione di percorsi formativi sulla L.190/2012 e sulle misure di gestione del rischio per i dipendenti	In concomitanza con l'approvazione del Piano annuale di formazione dell'Azienda	Formazione in collaborazione con il RPC	Presenza di eventi formativi dedicati per i dipendenti all'interno del Piano di formazione aziendale	Almeno 1 evento rivolto prioritariamente ai dipendenti delle aree a maggior rischio	Almeno 1 evento rivolto prioritariamente ai dipendenti delle aree a maggior rischio	Almeno 1 evento rivolto prioritariamente ai dipendenti delle aree a maggior rischio
Definizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti	Entro aprile	RPCT in collaborazione con le Strutture interessate	SI/NO	Sì	Sì	Sì
Realizzazione in Azienda	Entro	RPCT in collaborazione				


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

dell'evento formativo rivolto ai dipendenti selezionati	novembre	con l'Ufficio Formazione e con le Strutture interessate	SI/NO	Si	Si	Si
---	----------	---	-------	----	----	----

ART. 54 BIS DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 165/2001 - TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWER)						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Attività di Informazione ai dipendenti sulla procedura del whistleblowing	Entro l'anno	I Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali	SI/NO	Si	Si	Si
Istruttoria delle segnalazioni che pervengano al RPCT	tempestiva	RPCT, con la collaborazione delle strutture interessate ai fini dell'acquisizione delle informazioni necessarie	SI/NO	Si	Si	Si


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

Trasmissione all'RPCT delle informazioni concernenti eventuali fatti, atti, eventi, o omissioni che presentano profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme in vigore.	tempestiva	I Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali	SI/NO	Sì	Sì	Sì
Inserimento della tematica Whistleblowing all'interno del Corso di Formazione rivolto ai dipendenti	Entro l'anno	RPCT	SI/NO	SI	SI	SI

AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE VERSO LA SOCIETÀ CIVILE

Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Attività di Informazione sui temi della legalità e delle misure di gestione del rischio programmate dall'Azienda all'interno della Giornata della Trasparenza	Entro l'anno	RPCT, Controllo di Gestione	Realizzazione dell'evento	Sì	Sì	Sì



PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Trasmissione annuale della reportistica sul monitoraggio procedimenti amministrativi al RPCT	15 gennaio di ogni anno	Responsabili delle Strutture Aziendali con procedimenti amministrativi	SI/NO	Sì	Sì	Sì

MONITORAGGIO DEI RAPPORTI CON I SOGGETTI CON I QUALI INTERCORRONO RAPPORTI A RILEVANZA ECONOMICA						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Trasmissione al RPCT esito monitoraggio tramite piattaforma web	Entro il 15 gennaio di ogni anno	Responsabili delle Strutture i cui procedimenti amministrativi sono finalizzati alla stipula di contratti, di convenzioni, al rilascio di autorizzazioni e	SI/NO	Invio della relazione da parte del 100% delle Strutture aziendali tenute a tale adempimento	Invio della relazione da parte del 100% delle Strutture aziendali tenute a tale adempimento	Invio della relazione da parte del 100% delle Strutture aziendali tenute a tale adempimento

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

		concessioni, nonché alla concessione di vantaggi economici di qualsiasi genere				
--	--	--	--	--	--	--

ROTAZIONE DEL PERSONALE

Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Elaborare e attuare un piano pluriennale di rotazione del personale da trasmettere al RPCT	Da stabilire annualmente	Gestione Risorse Umane Direzione Strategica	SI/NO	Trasmissione del Piano di Rotazione entro giugno	Trasmissione del Piano di Rotazione entro giugno	Trasmissione del Piano di Rotazione entro giugno


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

Richiesta annuale da parte del RPCT di una relazione sulla effettiva rotazione del personale	Entro il 30 dicembre di ciascun anno	RPCT in collaborazione con le Strutture interessate	N. Strutture che hanno effettuato la misura della rotazione come prevista nei rispettivi piani di rotazione sul totale delle Strutture	Sì	Sì	Sì
--	--------------------------------------	---	--	----	----	----

SPONSORIZZAZIONI DI EVENTI FORMATIVI						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Monitoraggio del rispetto del Regolamento aziendale in materia di sponsorizzazioni	tempestivo	Area Formazione	report annuale	N.1 report annuale	N.1 report annuale	N.1 report annuale
Verificare: 1. Il personale autorizzato a partecipare ad eventi formativi esterni sponsorizzati; 2. il n. di sponsorizzazioni fruite da ciascun dipendente;	tempestivo	Area Formazione	report annuale	N.1 report annuale	N.1 report annuale	N.1 report annuale


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

3. il n. di offerte di sponsorizzazioni da parte di ciascuno sponsor; 4. rispetto dei tempi di trasmissione delle offerte da parte degli sponsor.						
--	--	--	--	--	--	--

ALPI						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Verifica del rispetto dell'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale	Report entro il 30 dicembre da trasmettere al RPCT	Responsabile ALPI	Trasmissione n. 1 Report	N.1 report	N.1 report	N.1 report
Verifica periodica del rispetto dei volumi di attività in ALPI concordati in sede di autorizzazione	Report entro il 30 dicembre da trasmettere al RPCT	Responsabile ALPI	Trasmissione n. 1 Report	N.1 report	N.1 report	N.1 report
Periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo	Report annuale da trasmettere	Responsabile ALPI	Trasmissione n. 1 Report	N.1 report	N.1 report	N.1 report

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

svolgimento dell'ALPI	all'RPCT entro il 30 dicembre					
Adozione di un sistema di gestione informatizzata dell'ALPI, dalla prenotazione alla fatturazione	Implementazione sistema informatizzato	Ufficio Sistemi informatici aziendali	SI/NO	SI	SI	SI


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

RIDUZIONE DEL RICORSO ALLA PROROGA NEI CONTRATTI PUBBLICI						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
<p>Programmazione triennale e aggiornamento annuale dei beni da acquistare e/o dei servizi da appaltare</p>	<p>entro il 31 gennaio dell'anno di competenza</p>	<p>Area Patrimonio Area Tecnica Tutte le Strutture interessate aziendali</p>	<p>Trasmissione al RPCT dei seguenti indicatori in uno agli atti di programmazione sugli approvvigionamenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • N. proroghe sul totale degli affidamenti relative all'anno precedente; • Valore economico delle proroghe sul totale del valore economico degli affidamenti 	SI	SI	SI

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

			riferito all'anno precedente			
Monitoraggio dei contratti in scadenza ai fini della preparazione degli atti di gara	Report annuale da inviare al RPCT entro il 30 dicembre	Area Patrimonio Area Tecnica Tutte le Strutture interessate aziendali	Trasmissione n. 1 report	Si/NO	Si/NO	Si/No
Monitoraggio delle proroghe dei rapporti contrattuali	Report annuale sulle proroghe da inviare al RPCT tramite piattaforma web, entro il 15 gennaio, con l'indicazione del soggetto a favore del quale è stata disposta la proroga, dell'oggetto e dell'importo della proroga nonché delle ragioni del mancato espletamento delle	Area Patrimonio Area Tecnica Tutte le Strutture interessate aziendali	Trasmissione n. 1 report	SI	SI	SI

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027**

	procedure di gara					
--	-------------------	--	--	--	--	--

PATTI DI INTEGRITÀ						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Monitoraggio dell'effettivo inserimento dei Patti di Integrità nei capitolati di gara e nei contratti di aggiudicazione del rispetto di detti Patti.	Entro il 30 dicembre di ogni anno	Area Patrimonio Area Tecnica Tutte le Strutture interessate aziendali	SI/NO	SI	SI	SI


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

APPROVVIGIONAMENTI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Utilizzo della piattaforma digitale di approvvigionamento certificate secondo il nuovo Codice dei Contratti	tempestiva	Tutte le Strutture che espletano le procedure di gara ad eccezione degli affidamenti da fondo economale	SI/NO	SI	SI	SI
Procedure di aggiudicazione e regole di pubblicità. Pubblicità legale e amministrativa secondo il nuovo Codice dei Contratti (d.lgs 36/23) e provvedimenti ANAC 2023	tempestiva	Tutte le Strutture che espletano le procedure di gara	SI/NO	SI	SI	SI


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2025-2027

RENDICONTAZIONE PERIODICA DELLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE ATTRAVERSO PIATTAFORMA WEB CENTRALIZZATA						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2025	target 2026	target 2027
Rendicontazione semestrale delle misure attuate rispetto a quelle programmate con l'ausilio di piattaforma web centralizzata 1)breve descrizione delle attività espletate nella struttura di competenza con l'indicazione dei macro-processi organizzativi interni; 2)formulazione di un giudizio sintetico sul livello di esposizione al rischio corruttivo per ciascun processo organizzativo, motivandolo anche con eventuali evidenze documentali; 3)breve descrizione delle misure di trattamento del rischio applicate o da applicarsi (misure di controllo, trasparenza, regolamentazione, rotazione, formazione etc.) secondo il vigente Piano triennale per la prevenzione della corruzione 4)eventuali criticità rilevate e/o segnalazioni illeciti ricevute da dipendenti/cittadini.	Semestrale (entro luglio e gennaio di ciascun anno)	Tutti i Dirigenti Responsabili	SI/NO Presenza rendicontazione periodica da effettuarsi tramite la piattaforma web aziendale dedicata al governo degli adempimenti in materia di anticorruzione.	SI	SI	SI

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012	Annuale	Responsabile della Trasparenza	RPCT	semestrale
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> 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.lgs. n. 33/2013)	Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale	AGRU - AGRF - AREA AFFARI GENERALI - AGT - AREA PATRIMONIO	semestrale
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale	AGRU - AGRF - AREA AFFARI GENERALI - AGT - AREA PATRIMONIO	semestrale
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale	Direzione Generale	semestrale
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale	Affari Generali e Legali	semestrale
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale - UPD	RPCT - UPD	semestrale
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario 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	Programmazione Aziendale	Affari Generali e Legali	semestrale
	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale	
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	n/a				
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	n/a				
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	n/a				
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici					
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	n/a				
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	n/a				
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	n/a				

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs 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, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	n/a			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	n/a				
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	n/a				

POLICLINICO RIUNTI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT	
		33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	n/a			
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	n/a			
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	n/a			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	n/a			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	n/a			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	n/a			
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	RPCT	semestrale
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGT	AGT	semestrale
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
				Per ciascun titolare di incarico:				semestrale

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT		
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale		
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale		
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale		
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale		
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	AGRU	AGRU	semestrale		
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale		
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale		
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale		
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	AGRU	AGRU	semestrale		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	AGRU	AGRU	semestrale		
									semestrale
									semestrale

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT	
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	AGRU	AGRU	semestrale	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU	AGRU	semestrale	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU	AGRU	semestrale	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	AGRU	AGRU	semestrale	
				Per ciascun titolare di incarico:		AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	AGRU	AGRU	semestrale

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT	
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	AGRU	AGRU	semestrale	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	AGRU	AGRU	semestrale	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU	AGRU	semestrale	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU	AGRU	semestrale	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	AGRU	AGRU	semestrale	
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	AGRU	AGRU	semestrale	
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	AGRU	AGRU	semestrale		
	Dirigenti cessati		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale	
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013				Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale	
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013			Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale	
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982				1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale	
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982				3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	AGRU	AGRU	semestrale	
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale		

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	AGRU	AGRU	semestrale
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	AGRU	semestrale
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	AGRU	semestrale
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	AGRU	semestrale
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Controllo di Gestione	Controllo di Gestione	semestrale
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di Gestione	Controllo di Gestione	semestrale

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Performance	Relazione sulla Performance	lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di Gestione	Controllo di Gestione	semestrale
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A
Per ciascuno degli enti:						N/A	N/A	N/A
1) ragione sociale					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
3) durata dell'impegno					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)					Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	N/A
Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)					Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	N/A
Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati					Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A

POLICLINICO RIUNTI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT	
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	N/A
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	N/A
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs. 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				Per ciascuno degli enti:		N/A	N/A	N/A
			1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT		
Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	3) durata dell'impegno	3)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A		
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	4)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A		
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	5)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A		
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	6)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A		
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	7)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)		Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	N/A		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	N/A		
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A		
		Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
		Attività e Procedimenti	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	1)				Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale	Responsabile della Trasparenza	semestrale		
2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	2)				Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale	Responsabile della Trasparenza	semestrale		
3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	3)				Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale		
4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	4)				Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale		
5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	5)				Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale		
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	6)				Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale		
7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	7)				Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale		
8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	8)				Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale		
9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	9)				Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale		

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale	Responsabile della Trasparenza	semestrale
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale	Responsabile della Trasparenza	semestrale
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale	
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Affari Generali e Legali - Area responsabile del procedimento	Area Affari Generali e Legali - Area responsabile del procedimento	semestrale
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Burocratico Legale Area responsabile del procedimento	Struttura Burocratico Legale Area responsabile del procedimento	semestrale
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n.	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n.		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4)	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016 I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione								

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
BANDI DI GARA E CONTRATTI (COLLEGAMENTO IPERTESTUALE ALLA BDNCP DI ANAC)		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n.	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1)	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA 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, lettere a) e b) SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'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 determina a contrarre ex articolo 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	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente e)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente e)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbal delle commissioni di gara	Verbal 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 ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale	

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo 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 tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006, 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	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (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 ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	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	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio 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	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte 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 relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto 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 dell'anno precedente	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 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 alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs.	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma 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 della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
		Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Obbligo previsto per i soli enti che gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
		Art. 11, co. 2- quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di 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	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
BANDI DI GARA E CONTRATTI PUBBLICAZIONE secondo Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONE	Art. 30 Uso di p	elenco delle soluzioni tecnologiche	elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONE	Art. 40 Dibattito	la relazione sul progetto dell'opera e l'analisi di fattibilità	la relazione sul progetto dell'opera e l'analisi di fattibilità delle eventuali alternative Progettuali; - "la relazione conclusiva (con sintetica descrizione delle proposte e delle osservazioni pervenute + eventuale indicazione di quelle ritenute meritevoli di accoglimento)	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONE	Allegato I.6 – D	la relazione di progetto dell'opera	la relazione di progetto dell'opera redatta dal responsabile del dibattito pubblico; "- la relazione conclusiva del responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dell'art. 7 dell'allegato); "- il documento conclusivo della SA redatto sulla base della relazione conclusiva del responsabile.	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONE	Art. 168 Procedu	funzionamento del sistema di qualificazione	gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 AGGIUDICAZIONE	Art. 28 Traspare	composizione delle commissioni	la composizione delle commissioni giudicatrici e i CV dei componenti	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 PROCEDURE	Art. 140 Procedu	gli atti relativi agli affidamenti con specifica indicazione dell'affidatario	gli atti relativi agli affidamenti con specifica indicazione dell'affidatario	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 PROCEDURE	Art. 169 Procedu	illeciti professionali	gli atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
PROCEDURE	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023	FINANZA DI PUBBLICO INTERESSE - DECRETO LEGISLATIVO 23 dicembre 2022, n. 201 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di pubblico - LEGGE 31 maggio 2021, n. 77 Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e	valutazione della proposta del promotore	il provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023		la deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17 c. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale	Trasmissione contestuale all'ANAC, per la pubblicazione in «Trasparenza dei servizi pubblici locali di rilevanza economica - Trasparenza SPL» del sito di Anac unitamente agli altri documenti previsti dagli articoli 10, c. 5, 14, c. 3, 30, c. 2)	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023		- La copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti); il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta. N.B: tale pubblicazione è successiva alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure Art. 47, commi 3 e 9 "La relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata entro sei mesi dalla conclusione del	Art. 47, commi 2 e 9	La pubblicazione va attuata tempestivamente, fatta eccezione per la copia del rapporto di cui all'art. 47, co. 2 e 9	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
				Per ciascun atto:		Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	RPCT	semestrale			

POLICLINICO RIUNTI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	RPCT	semestrale	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	RPCT	semestrale	
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	RPCT	semestrale	
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5 c. 1	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	RPCT	semestrale	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Corte dei Conti	RPCT	semestrale	
			Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Ufficio Relazioni con il Pubblico	semestrale
			Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali e Legali	Affari Generali e Legali	semestrale
		Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali e Legali	Affari Generali e Legali	semestrale
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali e Legali	Affari Generali e Legali	semestrale	
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	UOSE	UOSE	semestrale	
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Ufficio Relazioni con il Pubblico	semestrale	
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale	
		Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale		

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	semestrale
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	semestrale
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	semestrale
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	semestrale
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	N/A	N/A	semestrale
Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	N/A	N/A	semestrale	
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	N/A	N/A	semestrale	
Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale	
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale	

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reali ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 20 d.lgs. n. 33/2013	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	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)	N/A	N/A	semestrale
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze d'intesa con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio	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	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	semestrale
	Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della revisione, fusione, variazione, o finalità di pubblica utilità.	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della revisione, fusione, variazione, o finalità di pubblica utilità.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	semestrale
Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	semestrale
		Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotipi, 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	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotipi, 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)	Direzione Generale	Direzione Generale	semestrale
		Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
		Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
		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	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
		Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
		Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ANAC	RPCT	semestrale
		Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ANAC	RPCT	semestrale

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	semestrale
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	semestrale
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, 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, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RPCT	RPCT	semestrale

POLICLINICO RIUNITI FOGGIA - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – triennio 2025-2027

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo		Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Area Gestione tecnica	Area Gestione tecnica	semestrale
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Area Gestione tecnica	Area Gestione tecnica	semestrale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Area Gestione tecnica	Area Gestione tecnica	semestrale
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate			

* le aree in grigio sono riferite a dispositivi normativi abrogati dal dlgs 97/16