



PIAO
Piano Integrato
di Attività e Organizzazione
2022-2024



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

*Il Commissario Straordinario
dott. Giuseppe Pasqualone*

Indice

1	Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione.....	4
1.1	Le attività e i principali risultati raggiunti	5
1.2	La risposta del Policlinico all'emergenza sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2.....	5
1.3	L'attività di ricovero.....	7
1.4	L'attività ambulatoriale	13
1.5	La rete dell'emergenza-urgenza	15
2	Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	17
2.1	Valore pubblico	17
2.1.1	L'accessibilità digitale	18
2.1.2	L'accessibilità fisica.....	19
2.1.3	Le procedure da reingegnerizzare e semplificare.....	19
2.1.4	Obiettivi di benessere equo e sostenibile	20
2.2	Performance	20
2.2.1	Gli obiettivi dell'Azienda	20
2.2.2	La programmazione annuale e il ciclo di gestione della performance	41
2.2.3	Dalla performance organizzativa alla performance individuale.....	43
2.3	Rischi Corruttivi e Trasparenza.....	43
2.3.1	Processo di elaborazione.....	44
2.3.2	Obiettivi strategici anticorruzione.....	44
2.3.3	Mappatura dei processi	44
2.3.4	Valutazione del rischio corruttivo	46
2.3.5	Le misure di prevenzione	48
2.3.6	Monitoraggio e riesame periodico	50
2.3.7	La trasparenza amministrativa	51
2.3.8	Coinvolgimento degli stakeholder	51
2.3.9	Obblighi di pubblicazione	52
2.3.10	Accesso civico semplice e generalizzato	52
3	Sezione 3: Organizzazione del capitale umano.....	54
3.1	Struttura organizzativa	54
3.2	Organizzazione del lavoro agile	58
3.2.1	Implementazione del lavoro agile durante la fase emergenziale.....	58
3.2.2	Modalità attuative del lavoro agile durante la fase ordinaria	62
3.2.3	Soggetti, procedura e svolgimento della prestazione	62
3.2.4	Strumenti tecnologici in dotazione al dipendente	65
3.2.5	Percorsi formativi	65
3.2.6	Programma di sviluppo del lavoro agile	65
3.3	Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale	69
3.3.1	Formazione del personale	74
4	Sezione 4: Monitoraggio.....	79

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).

Il Policlinico di Foggia – Azienda Ospedaliero-Universitaria, con il PIAO 2022-2024 avvia la riorganizzazione del sistema di pianificazione basata sulla semplificazione delle procedure al fine di garantire trasparenza, maggiore efficienza, efficacia e servizi migliori.

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.

Con provvedimento regionale del 16 marzo 2020 relativo al "Piano ospedaliero Coronavirus della Regione Puglia", il Policlinico di Foggia è stato individuato Ospedale Covid e tuttora è punto nodale nella rete degli ospedali Covid 19 per acuzie così come definita dal "Piano Sanitario Coronavirus della Regione Puglia Legge n. 77/2020". Dal 4 maggio 2021, con la seconda fase della gestione emergenza coronavirus, sono ripartite le prestazioni sanitarie non urgenti con ricoveri di elezione, visite ed esami previo appuntamento: i cittadini con prestazioni in sospeso sono stati contattati dalle strutture in base a una lista di attesa, tipo di patologia e condizione clinica con la precedenza ai pazienti già prenotati nel periodo della sospensione che non hanno potuto effettuare la prestazione, tenuto conto che quelle con codici U e B e rivolte ai pazienti oncologici non sono state mai sospese. Il Policlinico di Foggia ha richiamato circa 12mila utenti a fronte di 24mila prestazioni ambulatoriali sospese nel periodo dell'emergenza coronavirus a partire dal 9 marzo 2020.

Prosegue, intanto, l'ambizioso progetto di trasformazione del plesso D'Avanzo in Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) per le Malattie Infettive e dell'Apparato Respiratorio la cui istanza per il riconoscimento, recepita con deliberazione di Giunta Regionale del 31.12.2021, è stata trasmessa al Ministero della Salute nel mese di gennaio 2022. La procedura non ha avuto seguito in quanto, nelle more, è stato adottato il disegno di legge delega per la riforma della disciplina degli I.R.C.C.S.. E' previsto che uno o più decreti legislativi attuativi della legge delega dovranno essere adottati entro il 31.12.2022, ai quali faranno seguito decreto ministeriale per gli aspetti procedurali e puntualizzazione dei nuovi requisiti. Conseguentemente sarà possibile riavviare il procedimento solo nella seconda metà del 2023.

1.2 La risposta del Policlinico all'emergenza sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2

Il perdurare dell'emergenza sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2 ha continuato a coinvolgere il Policlinico di Foggia che, in quanto HUB COVID ha sempre messo in atto percorsi assistenziali al fine di tutelare, con celerità ed adeguatezza, la salute della collettività. Durante le varie fasi della emergenza sanitaria, la Direzione Aziendale si è mostrata sempre pronta nella gestione e nell'attuazione di strategie volte a contenere e limitare gli effetti della malattia. In linea con le

disposizioni regionali, questo Policlinico ha infatti concretizzato ogni azione utile ad assicurare cure tempestive ai pazienti che accedevano presso il nosocomio.

Vero punto nevralgico, durante tutta l'emergenza, è stato il Pronto Soccorso, luogo di primo accesso alle cure ospedaliere, che ha saputo rispondere in maniera rapida e flessibile alle esigenze imposte dalla pandemia. La capacità del Pronto Soccorso del Policlinico di accogliere il paziente e assicurare il miglior percorso assistenziale del paziente affetto da SARS-COV-2 è stata cruciale ed efficace, mediante l'organizzazione di percorsi dedicati utili a salvaguardare la salute di pazienti ed operatori.

Il modello organizzativo applicato dal Policlinico di Foggia nel 2020 è stato ripresentato anche per il 2021, continuando a rimodulare l'offerta di prestazioni attivando, per determinate discipline e relativamente a particolari categorie di pazienti, precisi percorsi assistenziali su vari livelli:

- Livello 1: Rifunionalizzazione percorsi Covid
 - 1 modulo S.C. Malattie Infettive (24 pl espandibile fino a 35)
 - 1 modulo Rianimazione (fino a 6 pl) percorsi Covid dedicati garantiti

- Livello 2: Implementazione ulteriori posti letto dedicati:
 - 1 modulo S.C. Malattie Infettive (24 pl espandibile fino a 35)
 - 1 modulo S.C. Pneumologia (16pl)
 - 1 modulo S.C. Rianimazione attivo ad uso esclusivo Covid (fino a 16 pl)
 - Implementazione percorsi Covid dedicati

- Livello 3: Ulteriore implementazione posti letto Covid
 - 1 moduli S.C. Malattie Infettive (fino a 35) +2 moduli aggiuntivi (24pl)
 - 2 moduli S.C. Pneumologia (32pl)
 - 1 modulo S.C. Rianimazione attivo ad uso esclusivo Covid (fino a 32pl)

- Livello 4: Implementazione e Attivazione posti ulteriori Covid
 - 1 modulo S.C. Malattie Infettive (fino a 35) +2 moduli aggiuntivi (24pl)
 - 3 moduli S. C. Pneumologia (40pl)
 - 1 modulo S.C. Rianimazione attivo ad uso esclusivo Covid (fino a 32pl)
 - 2 Moduli AREA MEDICA (1 modulo Gastrocovid 14 pl e Nefrodialisi 4pl)

Di particolare rilievo nel contrastare la diffusione della malattia è stato l'impegno profuso dal Policlinico nell'attività di vaccinazione anti-COVID 19, tramite l'attivazione di un Hub Vaccinale, punto di riferimento sia per la coorte di popolazione di pazienti estremamente fragili per patologie (i.e. pazienti dializzati, pazienti immunodepressi in trattamento chemioterapico oncologico ecc.) afferenti a questo Policlinico che per la popolazione proveniente dal resto del territorio. L'incremento del numero di utenti afferenti all'Hub Vaccinale ha reso necessaria una ridefinizione dell'assetto strutturale del suddetto centro vaccinale al piano terra del Plesso D'Avanzo, nell'area già occupata dal Centro Antiveleni.

Il contrasto esercitato dal Policlinico all'aumento dei contagi e al fine di tutelare la salute dei degenti si è esplicato inoltre con l'attuazione di molteplici iniziative e strategie, promosse anche dal Ministero e dalla Regione Puglia, quali ad esempio l'obbligo di vaccinazione per tutto il personale sanitario e per i lavoratori, anche esterni, che svolgono attività lavorativa in questa struttura e l'accesso in sicurezza ai reparti da parte di accompagnatori, visitatori e caregiver, con l'istituzione da parte del Ministero della Certificazione Verde COVID-19.

L'attività di prevenzione primaria è stata realizzata, oltre che dal già menzionato Hub Vaccinale, con il progetto di sperimentazione del vaccino "ReiThera", confermando il ruolo del Policlinico quale istituto ospedaliero-universitario di riferimento non soltanto per la cura dei malati ma anche per la ricerca scientifica.

A tal proposito, in coerenza con le disposizioni regionali, il Policlinico ha altresì attivato un ambulatorio per la prescrizione e la somministrazione di farmaci a base di anticorpi monoclonali, coordinato dai responsabili delle UU.OO.CC di Malattie Infettive e Malattie dell'Apparato Respiratorio.

È d'uopo considerare infatti che la crisi derivante dall'evento pandemico ha rappresentato un'occasione per imprimere un'accelerazione alle innovazioni tecnologiche del Policlinico di Foggia, quali l'utilizzo UV a luce pulsata Xeno per la disinfezione e funzione vermicida degli ambienti, il noleggio di apparecchiatura elettromedicale E.C.M.O. per il trattamento salvavita di ventilazione extracorporea, l'implementazione dei sistemi di telecardiologia "TEL-E-COVID" applicato al campo dell'ecocardiografia e di sistemi per l'uso telematico dei dati per il monitoraggio predittivo mediante score di gravità nei reparti acuti.

1.3 L'attività di ricovero

Nel corso dell'anno 2021, il Policlinico ha fornito assistenza sanitaria, avvalendosi complessivamente, in media, di n. 818 posti letto. Ha erogato 27.330 ricoveri complessivi di cui l'89,5% circa in regime ordinario e il 10,5% in regime di ricovero diurno, facendo registrare un aumento dell'attività di ricovero complessiva rispetto all'anno 2020 (+10,08%). Tale aumento risulta essere particolarmente evidente nell'ambito dell'attività diurna (+32,22%) così come nell'attività di ricovero ordinario (+7,98%).

Tabella n. 1.3.1.a - Dimessi

	Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri Totali	
	2021	2020	2021	2020	2021	2020
AOU OO.RR.	24.478	22.670	2.852	2.157	27.330	24.827

Anche il valore della produzione è aumentato del 17,14% come evidenziano i dati di seguito riportati:

Tabella n. 1.3.1.b - Valore della produzione da attività di ricovero

	Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri Totali	
	2021	2020	2021	2020	2021	2020
AOU OO.RR.	€ 101.115.096,95	€ 86.855.153,48	€ 3.513.048,00	€ 2.464.730,00	€ 104.628.144,95	€ 89.319.883,48

La percentuale dei ricoveri diurni in relazione al totale della produzione risulta essere in netta crescita rispetto sia al 2020 (+1,7%), anno di inizio della pandemia, che al 2019 (+0,1%).

Tabella n. 1.3.2 - Percentuale dei ricoveri diurni sul totale produzione

	2021	2020	2019
AOU OO.RR.	10,44%	8,69%	10,30%

La tabella che segue illustra il valore del peso medio aziendale sia per ricoveri in regime ordinario che per quelli in regime diurno: nel 2021 cresce il peso medio dei ricoveri ordinari per effetto dei ricoveri di pazienti affetti da Covid-19 trattati in terapia intensiva.

Tabella n. 1.3.3 - Peso medio DRG

	Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri Totali	
	2021	2020	2021	2020	2021	2020
AOU OO.RR.	1,31	1,23	0,91	0,90	1,08	0,98

La degenza media nel 2021, per effetto della durata dei ricoveri dei pazienti affetti da Covid-19, cresce rispetto all'anno precedente.

Tabella n. 1.3.4 - Degenza ordinaria e diurna

	Giornate di degenza		Degenza media		Accessi diurni		Numero accessi medi per DH	
	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020
AOU OO.RR.	205.463	174.244	8,4	7,7	5.479	4.116	1,9	1,9

Nell'ambito dell'attività di ricovero merita un focus particolare l'attività erogata ai pazienti affetti da Covid-19. L'azienda, in quanto hub nella rete regionale per complessità, ha assunto un ruolo fondamentale nell'affrontare l'emergenza sanitaria sia in fase di emergenza-urgenza che in fase diagnostica come anche terapeutica acuta. I pazienti Covid complessivamente trattati sono stati 1.187 per un numero complessivo di giornate di degenza pari a 24.358 sui tre livelli di complessità (non intensivo, semi-intensivo e intensivo). La degenza media di un paziente Covid è stata di 20,5 gg. La complessità dei pazienti trattati è testimoniata dal peso medio di detti ricoveri medici pari a 1,86 in aumento rispetto al 2020 (1,73).

Tabella 1.3.5 - DRG Covid

DRG	Numero Dimessi	Età Media	Giorni Degenza	Degenza Media	Ricavi
421 Malattie di origine virale, et... > 17 anni	39	52,8	499	12,8	103.300,0 €
542 Tracheostomia con ventilazione meccanica > 96 ore	30	66,8	1.343	44,8	1.043.998,0 €
565 Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita 96 ore	66	70,1	1.240	18,8	1.034.647,0 €
566 Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	15	80,3	311	20,7	93.760,0 €
79 Infezioni e infiammazioni respiratorie, et... > 17 anni con CC	700	67,0	14.758	21,1	4.084.610,0 €
80 Infezioni e infiammazioni respiratorie, et... > 17 anni senza CC	68	54,4	778	11,4	297.404,0 €
Altri DRG	269	64,4	5.429	20,2	1.135.333,2 €
Totale	1.187	65,5	24.358	20,5	7.793.052,2 €

Tabella 1.3.6 - Ricoveri Covid per Struttura

Struttura	Numero Dimessi	Giorno Degenza	Degenza Media	Ricavi
Anestesia e Rianimazione	8	367	45,9	257.417 €
Anestesia e Rianimazione - Covid	89	1.618	18,2	1.448.960 €
Chirurgia Covid (Area Chirurgica Covid)	74	1.406	19,0	326.642 €
Epatologia	37	1.256	33,9	263.640 €
Gastroenterologia Covid	56	1.365	24,4	340.534 €
Malattie Apparato Respiratorio Ospedal.	4	342	85,5	93.970 €
Malattie Apparato Respiratorio Univers.	3	139	46,3	23.744 €
Malattie Infettive a dir. Univ.	9	349	38,8	63.956 €
Malattie Infettive Covid Policlinico Riuniti Foggia	588	11.207	19,1	3.075.692 €
Medicina Fisica e Riabilitazione a dir. Univ.	7	168	24,0	40.738 €
Medicina I a dir. Univ.	5	177	35,4	27.660 €
Medicina I a dir. Osp.	3	21	7,0	14.099 €
Neonatologia	2	17	8,5	5.579 €
Neurologia a dir. Univ.	1	74	74,0	34.546 €
Neurologia a dir. Osp.	1	15	15,0	3.891 €
Ostetricia e Ginecologia a dir. Osp.	2	23	11,5	5.272 €
Ostetricia e Ginecologia Covid	9	124	13,8	20.773 €
Pneumologia Covid Policlinico Riuniti Foggia (post acuzie D'Avanzo)	210	4.384	20,9	1.311.815 €
Reumatologia Covid	79	1.306	16,5	434.124 €
Totale	1.187	24.358	20,5	7.793.052 €

Nel 2021 l'attività chirurgica è aumentata, portando l'incidenza della stessa rispetto al totale dei ricoveri (ordinari e day surgery) dal 37,40% al 39,56%.

Tabella n. 1.3.7 Percentuale DRG chirurgici sul totale della produzione

	Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri Totali	
	2021	2020	2021	2020	2021	2020
AOU OO.RR.	37,59%	36,20%	56,45%	50,20%	39,56%	37,40%

Nel 2021, nel blocco operatorio e nelle sale interventistiche, sono stati eseguiti complessivamente n. 18.130 interventi con un marcato aumento (+ 22% circa) rispetto al 2020.

Tabella n. 1.3.8 Interventi chirurgici

INTERVENTI CHIRURGICI		
Blocco	Struttura	Totale
8	LASTARIA	
	CHIRURGIA GENERALE OSP.	906
	CHIRURGIA GENERALE UNIV.	17
	ORTOPEDIA	423
	GINECOLOGIA	34
	UROLOGIA	119
7	CHIRURGIA PLASTICA	186
6	UROLOGIA	1.993
	CHIRURGIA GENERALE UNIV.	855
	OTORINO	764
	TERAPIA DEL DOLORE	873
5	CHIRURGIA VASCOLARE	322
	ORTOPEDIA OSP.	869
	ORTOPEDIA UNIV.	610
4	NEUROCHIRURGIA	627
	CHIRURGIA GENERALE OSP.	1.451
3	OSTETRICIA/GINECOLOGIA OSP.	1.522
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA UNIV.	1.083
2	CHIRURGIA TORACICA	479
	CHIRURGIA PEDIATRICA OSP.	286
	CHIRURGIA PEDIATRICA UNIV.	161
1	CHIRURGIA PLASTICA	998
	OCULISTICA	3.552
Totale		18.130

Di seguito si evidenziano i volumi dell'attività mininvasiva e/o percutanea, di aritmologia ed elettrofisiologia.

Tabella n. 1.3.9 - Dettaglio attività mininvasiva e/o percutanea

ATTIVITA' MININVASIVA E/O PERCUTANEA	2021	2020
PTCA - Angioplastica percutanea	440	368
Coronarografie	869	724
Impianto di defibrillatore	69	42
Impianto di pacemaker	158	129
Ablazioni - Asportazione mediante catetere di lesione o tessuto del cuore	23	41

In merito all'attività altamente specialistica di pneumologia interventistica, tenuto conto anche dell'evoluzione del setting assistenziale con cui viene erogato questo tipo di attività (oggi diurna o addirittura ambulatoriale rispetto al ricovero ordinario di un tempo), si osserva un trend incrementativo complessivo negli ultimi anni.

Tabella 1.3.10 - Dettaglio attività pneumologia interventistica (erogata in regime di ricovero o ambulatoriale)

Prestazione	2021	2020
Broncoscopia con fibre ottiche	314	278
Biopsia bronchiale endoscopica	270	179
Totale attività interventistica	584	457

Considerando la provenienza dei pazienti circa l'87% dei ricoveri ordinari proviene dalla provincia di Foggia; il 7% proviene dal resto della Puglia e circa il 6% da fuori regione. Una simile articolazione si registra nell'ambito dei dati relativi alla provenienza dei ricoveri in Day Hospital.

Tabella 1.3.11 - Provenienza dei pazienti

Provenienza dei ricoveri ordinari	%		Numero ricoveri	
	2021	2020	2021	2020
Casi residenti in Provincia di Foggia	87,12%	87,75%	21.325	19.892
Casi residenti in Regione Puglia	7,02%	5,99%	1.719	1.358
Casi residenti fuori Regione Puglia	5,86%	6,26%	1.434	1.420

Provenienza dei day hospital	%		Numero ricoveri	
	2021	2020	2021	2020
Casi residenti in Provincia di Foggia	88,67%	89,34%	2.529	1.927
Casi residenti in Regione Puglia	6,28%	5,93%	179	128
Casi residenti fuori Regione Puglia	5,05%	4,73%	144	102

Nelle tabelle che seguono è dettagliato il numero ricoveri ordinari e day hospital erogati per provenienza extraregionale del paziente con evidenza della percentuale di provenienza per singola regione.

Tabella 1.3.12 - RO per provenienza extraregionale del paziente

Regione provenienza	N. ricoveri ordinari		% provenienza per Regione	
	2021	2020	2021	2020
Valle D'Aosta	1	0	0,1%	0,0%
Piemonte	26	19	1,8%	1,3%
Lombardia	65	64	4,5%	4,5%
Trentino Alto Adige	2	3	0,1%	0,2%
Veneto	10	10	0,7%	0,7%
Friuli Venezia Giulia	11	4	0,8%	0,3%
Liguria	1	5	0,1%	0,4%
Emilia Romagna	32	37	2,2%	2,6%
Toscana	11	17	0,8%	1,2%
Umbria	2	1	0,1%	0,1%
Marche	15	11	1,0%	0,8%
Lazio	44	56	3,1%	3,9%
Abruzzo	53	39	3,7%	2,7%
Molise	125	100	8,7%	7,0%
Campania	195	205	13,6%	14,4%
Basilicata	393	407	27,4%	28,7%
Calabria	25	29	1,7%	2,0%
Sicilia	30	6	2,1%	0,4%
Sardegna	3	4	0,2%	0,3%
Stato estero	390	403	27,2%	28,4%
Totale	1.434	1.420		

Tabella 1.3.13 - DH per provenienza extraregionale del paziente

Regione provenienza	N. ricoveri DH		% provenienza per Regione	
	2021	2020	2021	2020
Valle D'Aosta	0	0	0,0%	0,0%
Piemonte	2	0	1,4%	0,0%
Lombardia	8	9	5,6%	8,8%
Trentino Alto Adige	1	0	0,7%	0,0%
Veneto	0	1	0,0%	1,0%
Friuli Venezia Giulia	0	0	0,0%	0,0%
Liguria	0	0	0,0%	0,0%
Emilia Romagna	2	1	1,4%	1,0%
Toscana	0	0	0,0%	0,0%
Umbria	0	0	0,0%	0,0%
Marche	1	0	0,7%	0,0%
Lazio	5	5	3,5%	4,9%
Abruzzo	3	5	2,1%	4,9%
Molise	23	11	16,0%	10,8%
Campania	21	13	14,6%	12,7%
Basilicata	37	30	25,7%	29,4%
Calabria	3	2	2,1%	2,0%
Sicilia	0	0	0,0%	0,0%
Sardegna	1	2	0,7%	2,0%
Stato estero	37	23	25,7%	22,5%
Totale	144	102		

Per il 2021, in linea con gli anni precedenti, si conferma un'attrazione particolare sia per l'attività di ricovero ordinario che di day hospital dei pazienti provenienti dalle regioni limitrofe della Basilicata, della Campania e del Molise.

Per quanto riguarda l'attività specialistica per i pazienti interni, nel 2020 è stata attivata la procedura informatizzata NGH per tracciare le richieste e le esecuzioni di attività in consulenza e di prestazioni; nel 2021 l'utilizzo del software è entrato a pieno regime come risulta dalla seguente tabella.

Tabella 1.3.14 - Prestazioni ambulatoriali per pazienti "interni" anno 2021 vs 2020

	2021		2020	
	N. prestazioni	Valore economico	N. prestazioni	Valore economico
Diagnostica di Laboratorio	5.385.301	20.639.445,63 €	2.884.333	12.077.174,00 €
Diagnostica per Immagini	77.721	3.661.234,31 €	105.026	4.362.512,00 €
Attività clinica	496.897	3.400.325,85 €	40.607	855.893,00 €
Totale	5.959.919	27.701.005,79 €	3.029.966	17.295.579,00 €

Il 90% delle attività per interni è erogata dalla Diagnostica di Laboratorio (75% in termini di valore economico), l'1,3% dalla Diagnostica per Immagini (13% del valore economico) e l'8,5% dagli altri reparti (12% del valore economico).

1.4 L'attività ambulatoriale

Data l'introduzione dei vaccini anti Sars-CoV-2 e la conseguente riduzione delle misure restrittive, nel 2021 l'attività specialistica per pazienti esterni registra un notevole aumento pari al 22,3% dei volumi e del 25% del valore economico.

Il Policlinico ha erogato nell'anno 2021 circa 1.600.000 prestazioni ambulatoriali per un valore di oltre 44 milioni di euro. Esse sono costituite prevalentemente da prestazioni ambulatoriali della branca laboratoristica, della diagnostica per immagini e da altre prestazioni specialistiche che vanno dalle visite fino ai Pacchetti ambulatoriali complessi (PAC).

Tabella 1.4.1 - Prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni anno 2021 vs 2020

Dipartimento	Quantità	
	2021	2020
N° Prestazioni di Diagnostica di Laboratorio	1.041.168	777.923
N° Prestazioni di Diagnostica per Immagini	47.996	33.041
N° Altre prestazioni	530.632	512.579
Totale	1.619.796	1.323.543

Dipartimento	Valore economico	
	2021	2020
N° Prestazioni di Diagnostica di Laboratorio	10.224.366,41 €	7.437.488,0 €
N° Prestazioni di Diagnostica per Immagini	3.107.090,01 €	2.276.610,0 €
N° Altre prestazioni	30.724.500,26 €	25.416.889,0 €
Totale	44.055.956,68 €	35.130.987,0 €

Nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali per esterni meritano una menzione specifica i Day Service (PAC/PCA/PCB) che rappresentano oltre il 37% del valore della produzione ambulatoriale, riportando un miglioramento del 34,71% rispetto al 2020.

Tabella 1.4.2 - Day Service (PAC/PCA/PCB)

	2021	2020
Quantità	48.567	35.958
Importo	16.430.804 €	12.197.230 €

L'analisi dell'attività ambulatoriale per livello di assistenza evidenzia quanto riportato di seguito.

Attività di diagnostica di laboratorio: rappresenta il 64,28% del volume ed il 23,21% in termini economici dell'attività ambulatoriale. Rispetto al 2020 registra un miglioramento del 33,84% del volume e del 37,47% in termini di valore economico. Essa è erogata dalle Strutture afferenti al Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio come esposto nel dettaglio seguente:

Tabella 1.4.3 - Prestazioni per esterni di Diagnostica di Laboratorio per Struttura erogante

Laboratorio erogante	Quantità		Valore economico	
	2021	2020	2021	2020
Patologia Clinica a dir. Univ.	-	-		
Citopatologia Diagnostica (confluita nell'Anatomia Patologica)	28	2.658	473,52 €	44.517,21 €
Microbiologia e Virologia	37.690	29.600	586.312,14 €	471.543,06 €
Biologia Molecolare Oncologica	35.450	24.218	4.425.474,09 €	3.061.928,17 €
Anatomia Patologica A dir. Univ.	6.152	2.666	172.182,05 €	104.894,92 €
Medicina Trasfusionale	24.544	9.660	394.384,15 €	110.918,51 €
Patologia Clinica a dir. Osp.	919.701	696.170	3.236.522,90 €	2.591.772,64 €
Genetica Medica a dir. Univ.	17.603	12.951	1.409.017,56 €	1.051.977,71 €
Totale	1.041.168	777.923	10.224.366,41 €	7.437.552,22 €

Attività di diagnostica per immagini: rappresenta quasi il 3% in termini di volumi ed il 7% in termini economici dell'attività specialistica per esterni. Rispetto al 2020 riporta un incremento del 45,26% dei volumi e del 36,66% in termini economici. Di seguito il dettaglio delle Strutture costituenti il Dipartimento di Diagnostica per Immagini.

Tabella 1.4.4 - Prestazioni per esterni di Diagnostica per Immagini per Struttura erogante

Struttura erogante	Quantità		Valore economico	
	2021	2020	2021	2020
Radiodiagnostica Ospedale D'Avanzo	4.323	2.815	495.059,75 €	310.689,05 €
Radiologia d'Urgenza	4.539	3.740	137.470,46 €	95.807,20 €
Diagnostica Senologica	16.898	8.961	533.071,29 €	268.178,40 €
Radiologia Interventistica	69	-	3.029,10 €	-
Radiodiagnostica a dir. Osp.	9.690	9.638	931.795,67 €	960.432,10 €
Radiodiagnostica a dir. Univ.	12.477	7.887	1.006.663,74 €	638.507,73 €
Totale	47.996	33.041	€ 3.107.090,01	€ 2.273.614,48

Attività clinica: costituisce il 32,76% del volume ed il 69,74% del valore economico dell'attività specialistica. Rispetto al 2020 evidenzia un aumento del 3,52% dei volumi e del 20,87% del valore economico.

Tabella 1.4.5 - Prestazioni specialistiche per esterni da altre Strutture aziendali

	Quantità		Valore economico	
	2021	2020	2021	2020
Attività clinica specialistica per esterni	530.632	512.579	30.724.500,26 €	25.420.003,52 €

1.5 La rete dell'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 2021 ha rappresentato quasi il 58% dei ricoveri ordinari.

Tabella n. 1.5.1 - Percentuale di ricoveri ordinari urgenti

	2021	2020
% ricoveri ordinari urgenti	57,98%	60,67%
% ricoveri ordinari medici urgenti	73,13%	72,46%
% ricoveri ordinari chirurgici urgenti	26,87%	27,02%

Durante il 2021 l'attività del Pronto Soccorso, comprendente sia quello di Foggia che di Lucera, ha dovuto complessivamente un numero di accessi pari a 44.603 con un rialzo di oltre il 35% rispetto al 2020.

Tabella n. 1.5.2 - Indicatori Pronto Soccorso

		ANNO 2021	% sul totale accessi PS	ANNO 2020	% sul totale accessi PS
Pronto Soccorso OSPEDALI RIUNITI	Totale accessi	38.690		28.148	
	Rosso - Emergenza	3.514	9,08%	2.622	9,32%
	Giallo - -Mediamente critico			12.109	43,02%
	Arancione: Urgenza	6.079	15,71%	545	1,94%
	Azzurro: Urgenza differibile	13.427	34,70%	799	2,84%
	Verde: Urgenza minore	15.564	40,23%	11.959	42,49%
	Bianco: non urgente	90	0,23%	60	0,21%
	Nero: deceduto	6	0,02%	7	0,02%
	Non rilevato per accesso diretto	5	0,01%	6	0,02%
	Non specificato	5	0,01%	9	0,03%
	Sconosciuto			32	0,11%
	Accessi medi giornalieri	106		77,12	
	N. ricoveri dal Pronto Soccorso	10.900		8.216	
	Tempo medio attesa codice rosso	0,23		0,2	
	Tempo medio attesa codice giallo			1,42	
	Tempo medio attesa codice arancione	1,33		0,95	
Tempo medio attesa codice azzurro	2,15		1,7		
Tempo medio attesa codice verde	1,19		1,02		

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

		ANNO 2021	% sul totale accessi PS	ANNO 2020	% sul totale accessi PS
Pronto Soccorso LASTARIA	Totale accessi	5.913		4.826	
	Rosso - Emergenza	63	1,07%	40	0,83%
	Giallo - -Mediamente critico			1.850	38,33%
	Arancione: Urgenza	1.026	17,35%		
	Azzurro: Urgenza differibile	2.568	43,43%		
	Verde: Urgenza minore	2.243	37,93%	2.835	58,74%
	Bianco: non urgente	7	0,12%	98	2,03%
	Nero: deceduto	2	0,03%	1	0,02%
	Non rilevato per accesso diretto			2	0,04%
	Non specificato	4	0,07%		
	Accessi medi giornalieri	16,2		13	
	N. ricoveri dal Pronto Soccorso	280		435	
	Tempo medio attesa codice rosso	0,29		0,18	
	Tempo medio attesa codice giallo			0,14	
	Tempo medio attesa codice arancione	0,67			
	Tempo medio attesa codice azzurro	0,66			
Tempo medio attesa codice verde	0,68		0,13		

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

Per quanto riguarda la Centrale Operativa 118, nel 2021 sono pervenute 172.000 richieste di intervento, circa 9.700 in meno rispetto al totale di richieste pervenute nell'anno 2020; tuttavia si riscontra un aumento del numero del totale delle emergenze (+7,49%) pari a 62.271, nel senso che, pur registrando un decremento del numero totale delle chiamate al numero emergenziale 118, nel dispatch o filtraggio, la percentuale effettiva delle emergenze è aumentato certamente a causa dell'andamento della pandemia. A conferma della evidenza epidemiologica citata, i report ufficiali evidenziano come l'incidenza di patologie respiratorie (ovvero assimilabili a pazienti COVID positivi o sospetti) per l'anno 2021 sono state pari a 8.338 (+ 4% rispetto al 2020) mentre quelle infettive sono state 2.002 (- 18% rispetto al 2020) di cui 1.108 da riferire a casi Covid (55,34%). Nel 2021 gli interventi HEMS (elisoccorso) sono stati 405 (+ 31% rispetto al 2020).

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'Associazionismo 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.

Di seguito si riporta in formato tabellare la traduzione della mission aziendale in obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria volti a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, all'amministrazione da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare nonché il benessere equo e sostenibile.

2.1.1 L'accessibilità digitale

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	TARGET	TEMPISTICA
Favorire l'uso delle tecnologie informatiche	Attivazione della tecnologia wi-fi presso il DEU per il personale sanitario e per l'utenza esterna	Installazione wi-fi	31/12/2022
	Diffusione ed utilizzo del FSE	% numero di referti laboratorio conferiti al FSE > 90%	31/12/2022
	Riduzione dei tempi per l'effettuazione delle prestazioni e refertazione per interni	Tempo di attesa medio <=2 giorni	31/12/2022
Migliorare l'accessibilità digitale del sito web aziendale*	Formazione specifica del personale per sensibilizzare il rispetto degli standard e dei termini di pubblicazione attraverso il supporto del Servizio Informativo Aziendale (SIA)	Verifica da parte del SIA del rispetto degli standard e dei termini di pubblicazione	Triennio 2022-2024
	Aggiornamento e adeguamento dei documenti presenti sul sito aziendale	Verifica da parte del SIA dei documenti presenti sul sito	Triennio 2022-2024

* Gli obiettivi di accessibilità al sito web aziendale del Policlinico di Foggia sono consultabili sul link <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/altri-contenuti-accessibilita-e-catologo-di-dati-metadati-e-banche-dati>

2.1.2 L'accessibilità fisica

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	TARGET	TEMPISTICA
Garantire e agevolare l'accessibilità fisica degli spazi a tutti gli utenti e in particolar modo agli ultrasessantacinquenni	Sistemazione marciapiedi e manto stradale P.O. Maternità	Esecuzione lavori	31/12/2022
	Lavori di apposizione segnaletica Hospitality P.O. Maternità	Esecuzione lavori	31/12/2023
Migliorare la comunicazione in favore dei cittadini diversamente abili	Formazione specifica del personale addetto al front office	Svolgimento corsi di formazione	31/12/2023

2.1.3 Le procedure da reingegnerizzare e semplificare

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	TARGET	TEMPISTICA
Implementazione del sistema informativo per la diagnostica per immagini per la pubblicazione del referto on-line	Esecuzione delle attività previste dal progetto regionale SIRDimm nelle strutture del Dipartimento Diagnostica per Immagini	N° di Strutture del Dipartimento digitalizzate in grado	31/12/2022
Implementazione del sistema informativo MOSS (Monitoraggio della spesa del Servizio Sanitario Regionale)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del MOSS nel rispetto del piano esecutivo di dettaglio	Piena partecipazione alle attività di formazione e di utilizzo in parallelo del nuovo sistema informativo MOSS	31/12/2022 (formazione) 31/12/2023 (avvio in esercizio)
Aumentare l'interoperabilità tra le banche dati aziendali/regionali per migliorare l'erogazione dei servizi sanitari	Implementazione di un portale di telemedicina a supporto delle prestazioni di specialistica ambulatorialia	Avvio delle attività	31/12/2022
	Reingegnerizzazione dei sistemi informativi dei Laboratori (migrazione su cloud, integrazione con la CCE, integrazione con il FSE)	N° di Laboratori reingegnerizzati	31/12/2023
Introduzione della CCE	Divulgazione della CCE implementata dalla Regione Puglia nei reparti e negli ambulatori	N° reparti/ambulatori avviati	Triennio 2022-2024
	Implementazione dei processi sanitari non previsti dalla CCE regionale	N° dei processi sanitari (non previsti dalla CCE regionale) digitalizzati	Entro il triennio

2.1.4 Obiettivi di benessere equo e sostenibile

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	TARGET	TEMPISTICA
Customer Satisfaction	Valutazione del benessere residenziale del paziente degente attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza	Adozione regolamento	31/12/2022
	Organizzazione di specifici percorsi di umanizzazione volti alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari	Organizzazione dei percorsi	31/12/2023
Promuovere la partecipazione del personale al miglioramento dei processi di lavoro aziendali	Attivare modalità di confronto con il personale	N° 2 conferenze di servizio l'anno	Triennio 2022-2024

2.2 Performance

Il Piano Performance 2022-2024, approvato con deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 60 del 1° febbraio 2022, è disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente" all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/piano-della-performance>. Il Piano della Performance è il documento programmatico triennale attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori e i risultati attesi per il triennio 2022-2024.

Detto Piano è stato adottato precedentemente all'emanazione del DPR n. 81 del 24 giugno 2022 che di fatto ha soppresso, tra l'altro, l'articolo 10 c. 1 lett. a) e 1-ter del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 riferito al Piano della Performance in quanto riassorbito nell'apposita Sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Di seguito si riportano i punti qualificanti del Piano della Performance 2022-2024 che alimentano altresì il presente PIAO.

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.

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

- dal Piano triennale delle Performance 2021-2023 adottato dal Policlinico di Foggia con deliberazione del C.S. n. 52/2021 contenente gli obiettivi di performance, generali ed operativi, programmati e da assegnare per il 2021, in considerazione della perdurante eccezionalità conseguente alla situazione pandemica da COVID-19, il cui stato emergenziale si è poi protratto per l'intero anno;
- dal Piano triennale del Fabbisogno del Personale, in attuazione della D.G.R. n. 2115 del 22 dicembre 2020, e successiva integrazione e modifica di cui alla deliberazione aziendale n. 184 del 31/03/2021 con cui è stato approvato, per scorrimento, il Piano di Fabbisogno 2021/23 comprensivo delle unità di personale previste per fronteggiare la Pandemia da Covid-19;
- dal Piano triennale del Fabbisogno del Personale, in attuazione della D.G.R. n. 2115 del 22 dicembre 2020, e successiva integrazione e modifica di cui alla deliberazione aziendale n. 184 del 31/03/2021 con cui è stato approvato, per scorrimento, il Piano di Fabbisogno 2021/23 comprensivo delle unità di personale previste per fronteggiare la Pandemia da Covid-19;
- dal Decreto-Legge del 24 dicembre 2021 n. 221 che proroga lo stato di emergenza sanitariae adotta ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da Covid-19 fino al 31 marzo 2022;
- dalla deliberazione di Giunta regionale del 24 maggio 2021, n. 827 - recante: "Rete Ospedaliera COVID della Regione Puglia, ricognizione posti letto attivi ad aprile 2021. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 525/2020" - con cui è stata approvata la rete ospedaliera COVID, individuando i posti letto da attivarsi negli Ospedali dedicati al trattamento dei pazienti COVID;
- dalla Deliberazione di Giunta Regionale 9 agosto 2021, n. 1415 - Aggiornamento della rete ospedaliera COVID. Presa d'atto pre-intese sottoscritte con le Case di Cura private accreditate. Definizione criteri ulteriori sviluppi della rete ospedaliera NO- COVID;
- dalla Deliberazione del Presidente della Giunta Regionale del 18 novembre 2020, n. 1756 "Indirizzi per un'azione condivisa di contrasto alla pandemia da SARS-COV 2. Linee di intervento";
- dal Regolamento Regionale n. 14/2020 di potenziamento della rete ospedaliera a seguito della pandemia per Covid-19.
- dalla D.G.R. 1479/2021 "Modifica ed integrazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 827 del 24.05.2021 avente ad oggetto "Rete Ospedaliera Covid della Regione Puglia, ricognizione posti letto attivi ad aprile 2021. Modifica e integrazione della deliberazione di giunta regionale n. 525/2020".
- dalla D.G.R. 2437/2019, con cui l'organo di governo regionale ha individuato ed assegnato gli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per l'anno 2019, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
- 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";
- 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. 12/1/2017;
- il Nuovo sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui al Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019;
- Delibera aziendale n. 34 del 20 gennaio 2021 che recepisce la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2143/2020 ed adotta il Piano Aziendale per il Recupero delle prestazioni in Liste d'Attesa;
- 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;

- D.G.R. n. 84 e n. 59 del 19 gennaio 2021 di approvazione aggiornamento “Procedure gestione clinico assistenziale epidemia Covid-19 Regione Puglia” e “Protocollo Operativo Covid-19 per l’evento nascita”;
- D.G.R. n. 2132/2020 e seguenti di recepimento del Piano Strategico nazionale Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 (PSNV) – Indicazioni per il governo regionale della campagna di immunizzazione.

L’emergenza epidemiologica da COVID-19 ha imposto al Policlinico di Foggia, come a tutte le Aziende del Sistema sanitario regionale e nazionale, una modifica delle modalità di erogazione dei servizi coinvolgendo tutto l’assetto aziendale, toccando trasversalmente quasi tutte le aree strategiche ben descritte nel piano della performance 2020-2022 prima e 2021-2023 poi, proseguendo nel 2021 sulla scia dell’importante riorganizzazione delle attività sanitarie, socio sanitarie, amministrative e tecniche e sul perseguimento di una elevata flessibilità e modulabilità organizzativa e logistica.

La presente programmazione annuale si inserisce, purtroppo ancora, in uno scenario - sanitario, normativo ed economico - contraddistinto dalla necessità di assicurare l’erogazione delle cure e prestazioni assistenziali in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità, in un contesto caratterizzato dalla emergenza generata dal diffondersi della Pandemia da COVID-19 che condiziona fortemente le risorse umane, finanziarie e strumentali-tecnologiche impiegate per garantire una attività flessibile e modulare a doppio binario: da una parte, il contrasto all’emergenza pandemica da Covid-19 e, dall’altra, l’adempimento dei LEA.

Con il Piano triennale della Performance, da approvarsi entro il 31 gennaio prossimo, si intende confermare l’attuale organizzazione, che si ribadisce essere di tipo modulare con percorsi binari, messa in campo durante la seconda ondata, capace di porre in essere le azioni prioritarie di contrasto alla Pandemia da Covid-19 sul perseguimento di obiettivi minimi di produzione e di rigoroso controllo dei correlati costi e al contempo di garantire i livelli essenziali di assistenza e, quindi, razionalizzare le risorse e contenere le perdite economiche.

Tuttavia, nel corso del 2022 la Direzione Strategica proseguirà nell’azione di indirizzare i medici aziendali verso la corretta e migliore allocazione delle risorse destinate alla diretta assistenza sanitaria, da realizzarsi nel rispetto degli indirizzi nazionali e regionali ed in coerenza con le riconosciute modalità dei setting assistenziali. Nello specifico si è certi che i professionisti delle strutture sanitarie aziendali proseguiranno a rendere le attività connesse ai P.A.C. in Day Service in luogo di onerose ed inappropriate modalità di ricovero diurno e Day Hospital favorendo la crescita del peso medio aziendale a significazione, appunto, dell’aumento della complessità.

Resta inteso che al variare delle condizioni che caratterizzano il contesto attuale il presente Piano sarà oggetto di revisione e si procederà, di conseguenza, alla rimodulazione degli obiettivi operativi assegnati ai responsabili del budget, nonché degli indicatori e relativi target da raggiungere su cui si baserà poi la misurazione, la rendicontazione e la valutazione della performance organizzativa.

Nel prossimo triennio occorrerà investire sempre più risorse assolutamente indispensabili a perseguire l’obiettivo di miglioramento del rapporto territorio-ospedale e conseguire l’effettiva integrazione e migliorare i reciproci dati di attività, non soltanto economici ma soprattutto assistenziali. Un esempio potrebbe essere costituito da una gestione unitaria della spesa farmaceutica ove orientare tutti i medici specialisti ad una corretta ed appropriata prescrizione al fine di determinare una significativa riduzione di tali costi. Per venire a tale modus operandi significherebbe, altresì, modificare e migliorare le proprie visioni di mission orientandole verso una unica strada di percorrenza unica e sola capace di fare sistema.

In questo complesso e complicato scenario di riferimento, l’Amministrazione, alla luce del perdurare della grave situazione sanitaria, ritiene opportuno confermare per l’anno 2022 - almeno per tutto il periodo di vigenza dello stato di emergenza - l’approccio seguito in sede di rimodulazione degli obiettivi con la predetta DDG n. 587/2020 e con il Piano Performance 2021, privilegiando cioè l’individuazione di obiettivi “qualitativi” tesi al miglioramento dell’organizzazione e delle procedure aziendali, rispetto agli obiettivi più strettamente “quantitativi”, le cui possibilità di conseguimento appaiono fin d’ora

imprevedibili ed aleatorie, e considerando, altresì, il diverso grado di coinvolgimento delle strutture aziendali nella gestione dell'emergenza epidemiologica da coronavirus (il Pronto Soccorso o la rianimazione hanno un coinvolgimento diverso da un reparto di medicina internistica). Rispetto a tali premesse, gli Obiettivi generali Strategici si articolano secondo le macroaree:

- Attività di contrasto, contenimento e monitoraggio della emergenza sanitaria da Covid 19;
- Gestione del piano vaccinale anti-SARS-CoV-2/COVID-19 (PSNV);
- Attività ordinaria di assistenza sanitaria in regime di ricovero e ambulatoriale; (Governo dell'offerta e tempi di attesa, Appropriatelyzza clinica e di processo);
- Assistenza farmaceutica: appropriatezza del consumo di farmaci e dispositivi medici;
- Efficienza organizzativa e processi aziendali

Per i periodi successivi, si ritiene opportuno procedere in maniera modulare e flessibile e provvedere ad approvare sin da ora gli obiettivi generali di budget per i mesi residui del 2022 - nonché per gli anni 2023 e 2024 - che potranno essere attivati al cessare del periodo di emergenza e all'esito dell'attività di monitoraggio periodico circa l'andamento della performance; si conferma altresì che, in applicazione della facoltà riconosciuta alle pubbliche amministrazioni dall'art. 4, c. 2, lett. c), d. lgs. 150/2009, così come dal SiMVP vigente in Azienda, gli stessi obiettivi potranno essere oggetto di rimodulazione in corso d'anno, all'esito di eventuali future assegnazioni di nuovi obiettivi da parte della Regione ovvero, in ogni caso, all'esito delle attività di monitoraggio intermedio della performance da parte della Struttura Programmazione e Controllo di Gestione.

Rispetto a questo secondo e presumibilmente più ampio periodo di programmazione, la pianificazione della performance aziendale prevede i seguenti Obiettivi Generali Strategici, dando esplicitamente atto che essi rispondono ai requisiti previsti dall'art. 5 del D. Lgs. n. 150/2009:

1. Garanzia della correttezza, trasparenza, efficacia ed efficienza della azione amministrativa aziendale (pre-condizione e requisito necessario per l'intera azione amministrativa);
2. Attuazione della programmazione regionale in materia di rete dei servizi, dotazione di personale, rispetto della tempistica per l'invio dei flussi informativi, ivi compreso l'utilizzo e sviluppo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, con particolare riferimento all'analisi dei costi e dei consumi;
3. Riqualificazione della assistenza ospedaliera, in termini di qualità, sicurezza, equità di accesso alle cure, appropriatezza clinica ed organizzativa, anche mediante un potenziamento della organizzazione dipartimentale;
4. Revisione della spesa mediante la eliminazione delle inapproprietezze e la riallocazione delle risorse in direzione delle aree emergenti di bisogno assistenziale;
5. Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale, nonché mediante una crescente integrazione reticolare con il sistema della formazione universitaria;
6. Riqualificazione della assistenza ospedaliera, in termini di appropriatezza dei setting assistenziali, di adeguamento della rete secondo criteri di appropriatezza, di equità di accesso ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa, di potenziamento delle cure ad elevata specializzazione e secondo i modelli organizzativi regionali, di capacità di presa in carico della cronicità e della fragilità ad ogni livello del bisogno sanitario;
7. Rispetto dei tetti spesa per acquisto farmaci, dispositivi medici, protesi e dei costi per il personale dipendente e degli specialisti ambulatoriali;
8. Implementazione delle attività connesse alla sanità digitale e del lavoro agile;
9. Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze del personale, mediante una crescente integrazione reticolare con il sistema della formazione universitaria;

10. Monitoraggio e rispetto degli accordi di programma per l'utilizzo dei fondi comunitari e delle risorse ex articolo 20 della legge n. 87/1988.

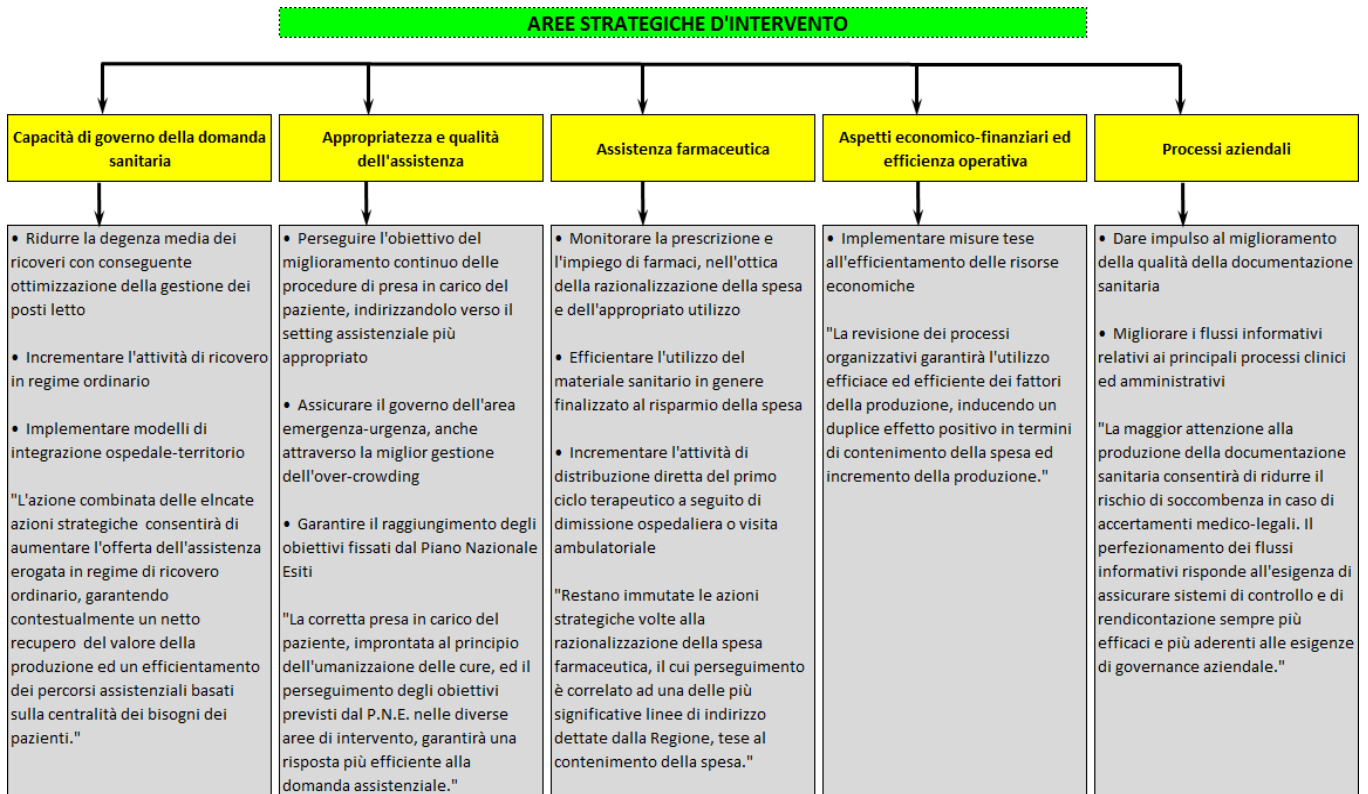
Il piano della performance viene quindi costruito in relazione agli obiettivi generali di carattere strategico del Policlinico di Foggia in base ai quali le attività aziendali vengono valutate bilanciando misure ed azioni interne ed esterne secondo le seguenti prospettive multidimensionali:

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

Il piano della performance viene quindi prioritariamente costruito 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.

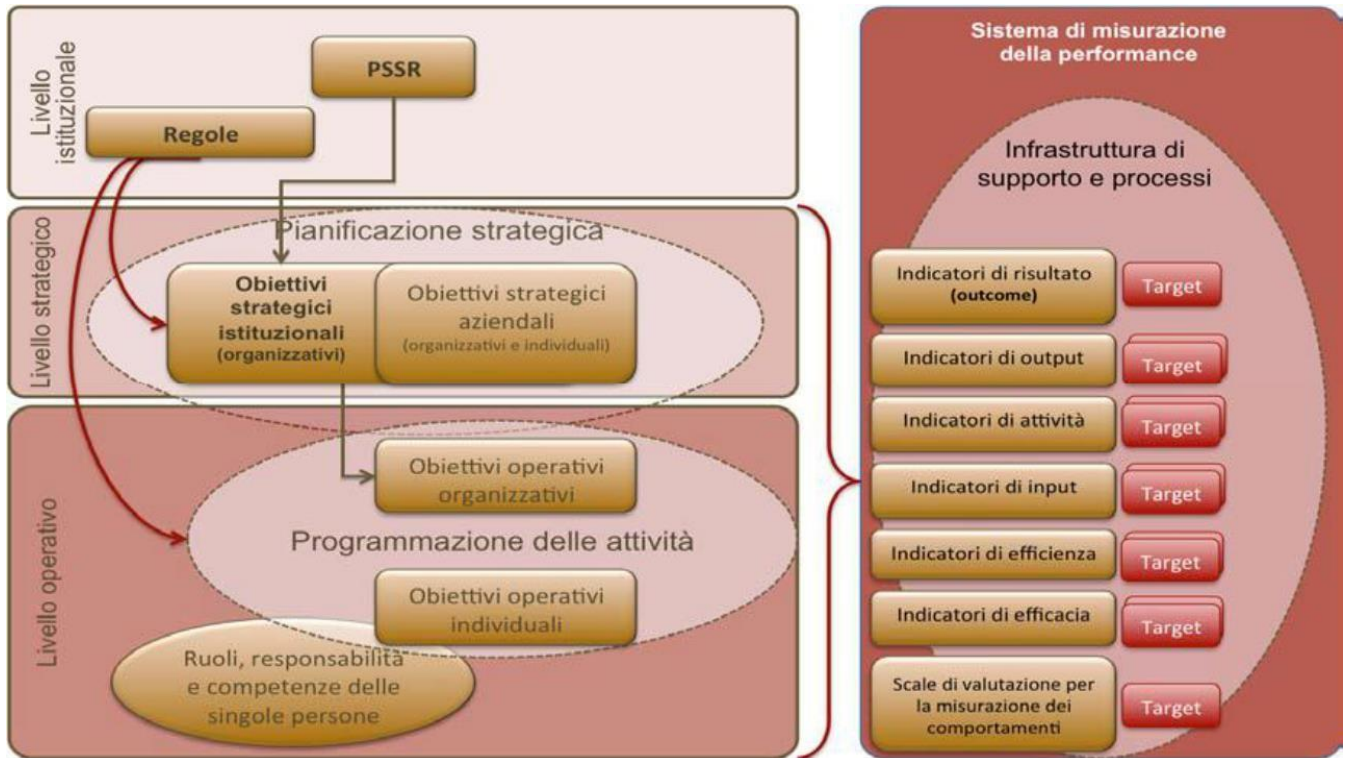
Le aree strategiche (macroaree), sulla base delle quali è orientata l'azione di governo aziendale, sono rappresentate nell'albero della performance che rappresenta i legami tra la programmazione regionale, la missione aziendale, gli obiettivi strategici ed operativi. Tale rappresentazione mostra come 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 questa 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, Laboratorio di Management S. Anna di Pisa, la griglia LEA del Ministero della Salute.

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 e di Unità Operativa Complessa o 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.



A seguire il Piano degli obiettivi e degli indicatori anno 2022 per il periodo di vigenza dello stato di Emergenza sanitaria da Covid-19 nonché il Piano triennale degli obiettivi e degli indicatori 2022/2024.

**Piano degli obiettivi e degli indicatori anno 2022 per il periodo di vigenza dello stato di
Emergenza sanitaria da Covid-19**

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022
CONTENIMENTO E CONTRASTO EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19	Concorrere alla realizzazione dei percorsi finalizzati al contenimento del contagio e alla piena attuazione delle "Diretive aziendali COVID-19"	[Ind.Int. COVID]	Grado di compliance alle Direttive aziendali COVID-19	Predisposizione relazione/report controdedotta dalla Direzione sanitaria
	Indagini diagnostiche e sorveglianza sanitaria	[Ind.Int. COVID]	Esecuzione e processamento del test tampone di biologia molecolare, alimentazione del sistema informativo regionale per la gestione dell'emergenza CoViD-19 e il sistema informativo ISS.	Predisposizione relazione/report
		[Ind.Int. COVID]	Monitoraggio epidemiologico per il personale interno	Predisposizione relazione/report
	Resistenza e Resilienza del sistema Azienda (Capacità del sistema azienda di mantenimento dei livelli di erogazione e di qualità delle prestazioni del 2019)	[Ind. MES: A.M17.R; A.M19.R; A.M21.R; A.M22.R; A.M29.R]	Contributo offerto dal setting ambulatoriale (cardiologia, oculistica, ortopedia, oncologia, endocrinologia) rispetto alla resistenza e resilienza del sistema azienda di fronte alla pandemia	>95%
		[Ind. MES PS.M2.R]	Tempo mediano di permanenza al PS di utenti non inviati al ricovero	
		[Ind. MES:S.M3.R; S.M4.R; S.M5.R; S.M10.R; S.M12.R; S.M13.R; S.M14.R]	Resilienza Ricoveri angioplastica; Resilienza ricoveri per IMA Stemi; Resilienza ricoveri per ictus ischemico; Resilienza int. Chir. Tiroide; resilienza int. Chir. Colon; resil int chir prostata; resil int chir mammella;	>95%
	Gestione flussi informativi COVID	[Ind.Int. COVID]	Alimentazione sistema informativo regionale per la gestione dell'emergenza CoViD e del sistema ISS e rendicontazione alla Regione Puglia dei costi COVID	100%
	Adeguamento delle risorse umane	[Ind.Int. COVID]	Reclutamento del personale sanitario e determinazione dei contingenti di riserva del personale	Predisposizione relazione/report semestrale
	Applicazione degli strumenti del lavoro agile	[Ind.Int. COVID]	Attivazione ed utilizzo del lavoro agile per il personale dipendente (come da normativa vigente)	Predisposizione relazione/report semestrale
	Innovazioni Tecnologiche	[Ind.Int. COVID]	Prosecuzione Sistema di Telecardiologia per i pazienti interni ricoverati in altri reparti con patologie croniche	Predisposizione relazione/report semestrale
	Tempestiva acquisizione di beni e servizi	[Ind.Int. COVID]	Costituzione di un team dedicato e adozione di procedure rapide e concrete seguendo uno specifico iter semplificato	Predisposizione relazione/report semestrale

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022
	Gestione del Piano vaccinale anti-Sars-CoV-2/Covid-19 (PSNV e PSRV)	[Ind.Int. COVID]	Attività di vaccinazione per personale dipendente e non	adesione al 100%
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriately (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	<=15%
		[Ind. MES C4.1.1]	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	<=35%
		[Ind. MESC3]	Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MESC3]	<2gg
		[Ind. MES C36.1]	Percentuale prostatectomie computer-assistite [Ind. MES C36.1]	40% (valore medio regionale)
		[Ind. MES C5.3]	Percentuale di prostatectomie transuretrali [Ind. MES C5.3]	>=85%
		[Ind. PNE302]	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni [Ind. PNE302]	>=70%
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.1 - PNE37]	% Parti cesarei depurati - NTSV - [Ind. MES C7.1 - PNE37]	<=25%
		[Ind. MES C7.3]	% Episiotomie depurate - NTSV - [Ind. MES C7.3]	<=25%
		[Ind. MES C7.6]	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) [Ind. MES C7.6]	<5%
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. MES C5.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	>60%
		[Ind. MES C5.12]	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate [Ind. MES C5.12]	>=90%
		[Ind. PNE68]	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico [Ind. PNE68]	<4
		[Ind. PNE6]	Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni [Ind. PNE6]	>=70%
		[Ind. MES C10c]	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica [Ind. MES C10c]	<=30gg
		[Ind. Mes C10.4.1]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella [Ind. Mes C10.4.1]	<=26gg
		[Ind. Mes C10.4.2]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata [Ind. Mes C10.4.2]	<=45gg
		[Ind. Mes C10.4.3]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon [Ind. Mes C10.4.3]	<=15gg
[Ind. Mes C10.4.4]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto [Ind. Mes C10.4.4]	<=15gg		

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022
APPROPRIATEZZA E QUALITA'		[Ind. Mes C10.4.5]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone [Ind. Mes C10.4.5]	<=25gg
		[Ind. Mes C10.4.6]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero [Ind. Mes C10.4.6]	<=25gg
	Complessità della casistica trattata	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	>=1
	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 [Ind.Int. 20]	U=3gg B=10gg
	Definizione dei percorsi clinici a livello territoriale per differenziare l'offerta di cura nei servizi dei DSM in relazione al bisogno dell'utenza che presenta bisogni complessi e necessita di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali	[Ind.DSM1]	Definizione di procedura /PDTA con criteri di valutazione diagnostica e definizione di PTI	Stesura
	Controllo e verifica dei requisiti previsti dalla legge per l'effettuazione dei trattamenti sanitari obbligatori	[Ind.DSM4]	Verifica documentale di tutte le condizioni previste per l'effettuazione di un TSO	Evidenza documentale
	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	[Ind.Int. 117]	Procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico-resistenza	Utilizzo in tre reparti ad alto rischio
	Tempestivo intervento	Ind. MES C16.11	Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso	Tendenziale allineamento valore medio regionale in periodo emergenza da Covid-19
ASSISTENZA FARMACEUTICA	DGR 204/2021 - Appropriately 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	> 40%
	DGR 1188/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriately prescrittiva di farmaci Immunomodulatori ad alto costo per il trattamento di patologia Reumatologiche, Dermatologiche, Gastroenterologiche, Oculistiche	Ind. Int. 156 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci immunomodulatori a minor costo a base del p.a. Adalimumab, Etanercept ed Infliximac sul consumo totale (in termini di unità posologiche/confezioni e valore economico)	>=50% sul consumo totale
	DRG 356/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriately prescrittiva sui farmaci biotecnologici ad alto costo a base di Rituximab e Trastuzumab.	Ind. Int. 157 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Rituximab e Trastuzumab sul consumo totale degli stessi p.a. (in	>= 70% sul consumo totale

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022
			termine di unità posologiche/confezioni e valore economico)	
	DGR 2198/2016 - DGR 699/2017 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ATC L03AA - Fattori di Stimolazione le Colonie	Ind. Int. 158 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci biosimilari a base di Fattori di Stimolazione le Colonie sul consumo totale dei farmaci della categoria ATC L03AA (in termini di unità posologiche e valore economico).	> 85%
	DGR 1088/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnolog. ad alto costo a base di EPOETINE (ATC B03XA01 - 02 - 03).	Ind. Int. 159 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Eritropoetine sul consumo totale delle categorie ATC B03XA01-02-03 (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 80% sul consumo totale
	DGR 276/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici a base di Somatropina	Ind. Int. 160 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Somatropina sul consumo totale dello stesso p.a. (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 70%
	DGR 216/2014 - Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e della appropriatezza prescrittiva dei farmaci biotecnol.	Ind. Int. 161 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Follitropina sul consumo totale (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 50% sul consumo totale
	DGR 2198/2016 - Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi).	Ind. Int. 163	% delle DDD di ciascuna categoria ATC rispetto al 2019 per le seguenti cat.: ATC J01CR Associaz. di Penicilline, inclusi gli inibitori delle betalattamasi, J01DD Cefalosporine di 3a generaz., J01FA MACROLIDI, J01MA FLUOROCHINOLONI.	riduzione del 20% rispetto al 2019
	DGR 2198/2016 - Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi).	Ind. Int. 164	Contenimento e razionalizzazione della spesa di antibiotici	riduzione rispetto al 2019

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022
	Aderenza della procedura aziendale di antibiotico profilassi	Ind. Int. 165	Numero di tipologie di non conformità segnalate	<20% del totale prescritto
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG [Ind.Int. 11 (*)]	In miglioramento sul dato storico
	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 13]	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione [Ind.Int. 13]	In miglioramento sul dato storico
	Tempi di Pagamento dei fornitori	[Ind.Int. 14]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 [Ind.Int. 14]	ITP =0
SANITA' DIGITALE	Diffusione dei servizi on line sul portale regionale della salute		% prenotazioni on line sul totale	>20%
	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	[Ind.Int. 119]	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Reportistica periodica e relazioni finale annuale e assenza di rilievi da parte degli enti destinatari dei flussi
LEGALITA', TRASPARENZA, RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri	[Ind.Int. 122]	Verifiche attuazione regolamento	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari
	Piena attuazione regolamento CO.VA.SI	[Ind.Int. 123]	Produzione nei termini previsti degli atti correlati ai contenziosi trattati dal CO.VA.SI.	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari
	Monitoraggio raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 124]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/torale raccomandazioni deliberate	Almeno il 30% al 31/12/2022
	Revisione raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 125]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/torale raccomandazioni deliberate	Almeno 4 al 31/12/2022
	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 140]	Analisi e ricognizione dei bisogni formativi	Predisposizione relazione
	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 141]	Organizzazione su proposta/programma delle Strutture interessate, di incontri formativi di approfondimento normativo e relativi agli adempimenti connessi per la trasparenza e le attività corruttive	Relazione degli eventi svolti
	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 142]	Redazione del Piano annuale della Formazione ed eventuale rivisitazione a seguito di nuove richieste o necessità formative	Proposta alla Direzione del PAF per l'adozione
	Migliorare le competenze e le conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi		Accreditamento ECM di corsi di formazione ai sensi del D.LGS 81/2008 in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	SI/NO
	Ciclo Performance		Aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance alle nuove linee guida sulla Valutazione partecipata e sulla Valutazione Performance individuale	Implementazione

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022
RESPONSABILIZZAZIONE E CLIMA AZIENDALE	Contrattazione integrativa decentrata		Contrattazione integrativa decentrata in conseguenza dei CCNLL del personale di categoria	100%
	Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie mediante attuazione dei principi di revisione contabile		Azioni di rafforzamento delle aree di bilancio, monitoraggio periodico delle implementazioni procedurali, formazione del personale coinvolto secondo le attività individuate nel Manuale delle Procedure amministrativo-contabile per pervenire alla Certificazione di bilancio	Relazione e certificazione del Bilancio
PREVENZIONE E MALATTIE PROFESSIONALI	Sorveglianza operatori	[Ind.Int. 132]	attivazione delle specifiche procedure per 100% degli operatori sul totale delle richieste	Relazioni trimestrali
	monitoraggio infortuni sul lavoro come da protocolli INAIL	[Ind.Int. 133]	perfetto allineamento tra il numero delle procedure attivate ed il numero delle denunce effettuate all'INAIL	Relazioni trimestrali
	Valutazione del Ricollocamento del personale con giudizio d'idoneità con prescrizioni o limitazioni, d'intesa con Direzione Sanitaria e Servizio Infermieristico ed Ostetrico.	[Ind.Int. 134]	Valutazione del Ricollocamento e/o di Limitazione da espletarsi d'intesa con gli altri uffici competenti per almeno il 20% del personale interessato	entro il 31/12/2022 conclusione del 20% procedure del totale da evadere
RICERCA E SPERIMENTAZIONE CLINICA	Contributo allo sviluppo scientifico	[Ind.Int. 101]	Posizionamento indicatori produzione scientifica AOU_Numero medio pubblicazioni (Ind. MES B15.1.3)	Miglioram. Performance ultimo triennio
	Sperimentazioni cliniche		Ricognizione e potenziamento sperimentazioni cliniche	Completa Informatizzazione servizi per la sperimentazione clinica secondo le Linee Guida regionali

Piano triennale degli obiettivi e degli indicatori triennio 2022/2024

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	[Ind. MES C2a.M]	Degenza media DRG medici	0 [Valutazione MES]	0 [Valutazione MES]	0 [Valutazione MES]
		[Ind. MES C2a.C]	Degenza media DRG chirurgici	0 [Valutazione MES]	0 [Valutazione MES]	0 [Valutazione MES]
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA)	<=15%	<=15%	<=15%
		[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale	>=80%	>=80%	>=80%
		[Ind. MES C4.1.1]	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	<=35%	<=35%	<=35%
		[Ind. MESC3]	Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute	<2gg	<2gg	<2gg
		[Ind. MES C36.1]	Percentuale prostatectomie computer-assistite	40% (valore medio regionale)	40% (valore medio regionale)	40% (valore medio regionale)
		[Ind. MES C5.3]	Percentuale di prostatectomie transuretrali	>=85%	>=85%	>=85%
		[Ind. PNE302]	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	>=70%	>=70%	>=70%
		[Ind.Int. 02]	Percentuale dei ricoveri brevi 0-1gg	<=10%	<=10%	<=10%
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.1 - PNE37]	% Parti cesarei depurati - NTSV	<=25%	<=25%	<=25%
		[Ind. MES C7.3]	% Episiotomie depurate - NTSV	<=25%	<=25%	<=25%
		[Ind. MES C7.6]	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<5%	<5%	<5%
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	<=2%	<=2%	<=2%
		[Ind. MES C16.1]	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti	>=75%	>=75%	>=75%
		[Ind. MES C16.2]	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora	>=75%	>=75%	>=75%
		[Ind. MES C16.10]	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore	<=10%	<=10%	<=10%
		[Ind. MES C16.7]	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione	>=50%	>=50%	>=50%
		[Ind. MES C16.4]	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore	>=80%	>=80%	>=80%
		[Ind.Int. 03]	% pazienti ricoverati da PS con DRG inappropriato	<=15%	<=15%	<=15%

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. MES C5.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	>=70%	>=70%	>=70%
		[Ind. MES C5.12]	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	>=90%	>=90%	>=90%
		[Ind. PNE68]	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	<3	<3	<3
		[Ind. PNE6]	Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni	>=70%	>=70%	>=70%
		[Ind. MES C10c]	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	<=30gg	<=30gg	<=30gg
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.1]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<=26gg	<=26gg	<=26gg
		[Ind. Mes C10.4.2]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<=45gg	<=45gg	<=45gg
		[Ind. Mes C10.4.3]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<=15gg	<=15gg	<=15gg
		[Ind. Mes C10.4.4]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<=15gg	<=15gg	<=15gg
		[Ind. Mes C10.4.5]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	<=25gg	<=25gg	<=25gg
		[Ind. Mes C10.4.6]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<=25gg	<=25gg	<=25gg
	Attrattività extra-regionale	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni Infra e Extra-Regione - DRG alta complessità	>=10%	>=10%	>=10%
	Complessità della casistica trattata	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix	>=1	>=1	>=1
	Miglioramento qualità percepita	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie	<=2%	<=2%	<=2%
	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
Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. ricoverati, in attuazione del progetto aziendale sull'appropriatezza delle richieste	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati	Da valutare su serie storica	Da valutare su serie storica	Da valutare su serie storica	

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024
	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	[Ind.Int. 18]	Customer Satisfaction	>=10%	>=20%	>=20%
	Adozione di specifici percorsi di patologia mediante predisposizione di PDTA/Procedure condivise	[Ind.Int. 23]	Definizione di PDTA/Procedure Condivise	Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2
	Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste di emocomponenti rispetto ai criteri del PBM	[Ind.Int. 104]	Numero di richieste inappropriate/totale	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali
	Accreditamento della Breast Unit	[Ind.Int. 107]	Accreditamento da parte del Quota Regionale	entro il 30/06	Mantenimento	Mantenimento
	Definizione dei percorsi clinici a livello territoriale per differenziare l'offerta di cura nei servizi dei DSM in relazione al bisogno dell'utenza che presenta bisogni complessi e necessita di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali	DSM1	Definizione di procedura /PDTA con criteri di valutazione diagnostica e definizione di PTI	Stesura	Stesura	Stesura
	Progetto Regionale CIAO	DSM6	Riduzione del numero di contenziosi/anno	<=anno precedente	<=anno precedente	<=anno precedente
		DSM7	Monitoraggio numero di pazienti contenuti (evitare i contenziosi ripetuti)	<=anno precedente	<=anno precedente	<=anno precedente
	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	[Ind.Int. 117]	Procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico-resistenza	Utilizzo in tre reparti ad alto rischio	Utilizzo in tre reparti ad alto rischio	Utilizzo in tre reparti ad alto rischio
	Attuazione di programmi di controllo delle infezioni nosocomiali attraverso redazione di procedure e/o protocolli	[Ind.Int. 126]	procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024
	Sorveglianza delle infezioni nosocomiali	[Ind.Int. 128]	Report periodici sulla sorveglianza delle infezioni nosocomiali	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali
	Controlli igienico sanitari sui servizi appaltati ospedalieri- report periodici	[Ind.Int. 129]	N° di ispezioni svolte /anno	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
	Redazione ed implementazione PDTA aziendali	[Ind.Int. 130]	Numero PDTA formalizzati e diffusi	Almeno2	Almeno2	Almeno2
	Incremento del numero di Dimissioni protette (DOP)	[Ind.Int. 137]	N° di dimissione protette/anno	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali
	Monitoraggio corretto utilizzo istituti contrattuali accessori attraverso la predisposizione di report	[Ind.Int. 139]	Controlli semestrali	Report semestrali	Report semestrali	Report semestrali
	Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso (ind. MES C16.11)	Ind. MES C16.11	Intervallo	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)
	Stesura di un protocollo con le ortopedie al fine di favorire la disponibilità di sala operatoria per gli interventi delle fratture collo femore	[Ind.Int. 155]	Definizione del protocollo sottoscritto	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
ASSISTENZA FARMACEUTICA	DGR 204/2021 - Appropriately prescrivibile 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	> 40%	> 40%	> 40%
	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera (nota DG N.11895 DEL 6/08/2019)	Ind. Int. 07	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico	>90%	>90%	>90%
	DGR 1188/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva di farmaci Immunomodulatori ad alto costo per il trattamento di patologia Reumatologiche, Dermatologiche, Gastroenterologiche, Oculistiche	Ind. Int. 156 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci immunomodulatori a minor costo a base del p.a. Adalimumab, Etanercept ed Infliximac sul consumo totale (in termini di unità posologiche/confezioni e valore economico)	>=50% sul consumo totale	>=50% sul consumo totale	>=50% sul consumo totale
	DRG 356/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui	Ind. Int. 157 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci	>= 70% sul consumo totale	>= 70% sul consumo totale	>= 70% sul consumo totale

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024
	farmaci biotecnologici ad alto costo a base di Rituximab e Trastuzumab.		a basso costo a base di Rituximab e Trastuzumab sul consumo totale degli stessi p.a. (in termine di unità posologiche/confezioni e valore economico)			
	DGR 2198/2016 - DGR 699/2017 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ATC L03AA - Fattori di Stimolazione le Colonie	Ind. Int. 158 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci biosimilari a base di Fattori di Stimolazione le Colonie sul consumo totale dei farmaci della categoria ATC L03AA (in termini di unità posologiche e valore economico).	> 85%	> 85%	> 85%
	DGR 1088/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnolog. ad alto costo a base di EPOETINE (ATC B03XA01 - 02 - 03).	Ind. Int. 159 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Eritropoetine sul consumo totale delle categorie ATC B03XA01-02-03 (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 80% sul consumo totale	>= 80% sul consumo totale	>= 80% sul consumo totale
	DGR 276/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici a base di Somatropina	Ind. Int. 160 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Somatropina sul consumo totale dello stesso p.a. (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 70%	>= 70%	>= 70%
	DGR 216/2014 - Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e della appropriatezza prescrittiva dei farmaci biotecnol.	Ind. Int. 161 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Follitropina sul consumo totale (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 50% sul consumo totale	>= 50% sul consumo totale	>= 50% sul consumo totale
	Uso dei farmaci intravitreali per il trattamento della Degeneraz. maculare correl. all'età (AMD) e dell'edema maculare diabetico (DME)	Ind. Int. 162	Procedura di prescrizione e allestimento	Definizione della procedura di prescrizione con la struttura Farmacia entro il 30/03/2020	Definizione della procedura di prescrizione con la struttura Farmacia entro il 30/03/2020	Definizione della procedura di prescrizione con la struttura Farmacia entro il 30/03/2020
	DGR 2198/2016 - Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze	Ind. Int. 163	% delle DDD di ciascuna categoria ATC rispetto al 2019 per le seguenti cat.: ATC J01CR Associaz. di Penicilline, inclusi gli	riduzione del 20% rispetto al 2019	riduzione del 20% rispetto al 2019	riduzione del 20% rispetto al 2019

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024
	(penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi).		inibitori delle betalattamasi, J01DD Cefalosporine di 3a generaz., J01FA MACROLIDI, J01MA FLUOROCHINOLONI.			
	DGR 2198/2016 - Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi).	Ind. Int. 164	Riduzione del 20% della spesa totale di antibiotici rispetto all'anno precedente	Riduzione del 20% anno 2019	riduzione del 20% anno 2019	riduzione del 20% anno 2019
	Aderenza della procedura aziendale di antibiotico profilassi	Ind. Int. 165	Numero di tipologie di non conformità segnalate	<20% del totale prescritto	<20% del totale prescritto	<20% del totale prescritto
	Rispetto dei tetti di spesa farmaceutica	Ind. Int. 168	Riduzione spesa per farmaci	riduzione 20% spesa farmaceutica	riduzione 20% spesa farmaceutica	riduzione 20% spesa farmaceutica
	Rispetto dei tetti di spesa farmaceutica	Ind. Int. 169	Riduzione spesa per farmaci	riduzione 10% spesa farmaceutica	riduzione 10% spesa farmaceutica	riduzione 10% spesa farmaceutica
	Rispetto dei tetti di spesa per Dispositivi Medici	Ind. Int. 170	Riduzione spesa Dispositivi Medici propriamente detti	riduzione 10% spesa Dispositivi Medici	riduzione 10% spesa Dispositivi Medici	riduzione 10% spesa Dispositivi Medici
	Rispetto dei tetti di spesa per Diagnostici in vitro	Ind. Int. 171	Riduzione spesa Diagnostici in vitro	riduzione 10% spesa Diagnostici	riduzione 10% spesa Diagnostici	riduzione 10% spesa Diagnostici
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico
	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico
	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 13]	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico
	Tempi di Pagamento dei fornitori	[Ind.Int. 14]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	0	0	0
SANITA' DIGITALE	Diffusione dei servizi on line sul portale regionale della salute		% prenotazioni on line sul totale	>20%	>20%	>20%
	Diffusione ed utilizzo del FSE		% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE	>90%	>90%	>90%
	Riduzione dei tempi per effettuazione delle prestazioni e refertazione per gli interni.	[Ind.Int. 22]	Tempo di attesa medio - (Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste)	<=2	<=2	<=2
	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	[Ind.Int. 119]	Controlli trimestrali sull'appropriatezza delle prestazioni con rispetto dei vincoli percentuali di controlli previsti dal D.M.10/12/2009	Reportistica periodica e relazioni finale annuale	Reportistica periodica e relazioni finale annuale	Reportistica periodica e relazioni finale annuale

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024
LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incogruenze	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno	2 Verbali	2 Verbali	2 Verbali
	Migliorare le competenze e conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi	[Ind.Int. 121]	Svolgimento corsi di formazione su rischio clinico	Almeno 2 corsi entro il 31/12	Almeno 2 corsi entro il 31/12	Almeno 2 corsi entro il 31/12
	Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri	[Ind.Int. 122]	Verifiche attuazione regolamento	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari
	Piena attuazione regolamento CO.VA.SI	[Ind.Int. 123]	Produzione nei termini previsti degli atti correlati ai contenziosi trattati dal CO.VA.SI.	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari
	Monitoraggio raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 124]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/torale raccomandazioni deliberate	Almeno il 30%	Almeno il 30%	Almeno il 30%
	Revisione raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 125]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/torale raccomandazioni deliberate	Almeno 3	Almeno 3	Almeno 3
	Redazione di pareri motivati e completi sui sinistri in tema di responsabilità professionale	[Ind.Int. 17]	Redazione di pareri	Relazione	Relazione	Relazione
LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 140]	Analisi e ricognizione dei bisogni formativi	Predisposizione relazione	Predisposizione relazione	Predisposizione relazione
	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 141]	Organizzazione su proposta/programma delle Strutture interessate, di incontri formativi di approfondimento normativo e relativi agli adempimenti connessi per la trasparenza e le attività corruttive	Relazione degli eventi svolti	Relazione degli eventi svolti	Relazione degli eventi svolti
	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 142]	Redazione del Piano annuale della Formazione ed eventuale rivisitazione a seguito di nuove richieste o necessità formative	Proposta alla Direzione del PAF per l'adozione	Proposta alla Direzione del PAF per l'adozione	Proposta alla Direzione del PAF per l'adozione

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024
	Migliorare le competenze e le conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi	[Ind.Int. 143]	Attivazione di corsi specifici in materia di rischio clinico da inserire nell'ambito del PAF	Attivazione entro il 31/12 di n.2 corsi inerenti il Rischio Clinico, in collaborazione con la Medicina Legale	Attivazione entro il 31/12 di n.2 corsi inerenti il Rischio Clinico, in collaborazione con la Medicina Legale	Attivazione entro il 31/12 di n.2 corsi inerenti il Rischio Clinico, in collaborazione con la Medicina Legale
RICERCA E SPERIMENTAZIONE CLINICA	Contributo allo sviluppo scientifico	[Ind.Int. 101]	Posizionamento indicatori produzione scientifica AOU_Numero medio pubblicazioni	Miglioram. Performance ultimo triennio	Miglioram. Performance ultimo triennio	Miglioram. Performance ultimo triennio
	Sperimentazioni cliniche		Ricognizione e potenziamento sperimentazioni cliniche	Completa Informatizzazione servizi per la sperimentazione clinica secondo le Linee Guida regionali		
	Progetti di Ricerca		Valore economico dei progetti di ricerca derivante da bandi competitivi di livello nazionale ed internazionale vinti nell'ultimo triennio (compreso l'anno di valutazione)	Monitoraggio valore economico progetti di ricerca derivante da bandi competitivi di livello nazionale ed internazionale vinti nel triennio 2019-2021(triennio di rilevazione)	Potenziamento infrastrutture informative di sostegno alla ricerca ed ai processi di innovazione clinico-organizzativa	
FORMAZIONE	Organizzazione di corsi di formazione eziandali su tematiche specifiche	[Ind.Int. 120]	Numero corsi di formazione eseguiti	Almeno 2/anno	Almeno 2/anno	Almeno 2/anno
	Aggiornamento rete referenti aziendali di Dipartimento o di Struttura Complessa per la predisposizione ed il monitoraggio dei percorsi previsti dal Piano di Formazione	[Ind.Int. 144]	Adozione di un regolamento aziendale della formazione con individuazione degli organismi paritietici e dei referenti aziendali	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto
	Formazione continua mediante attivazione di eventi formativi ECM	Ind. Int. 153	Formazione continua del personale	mantenimento del livello 2019		
	Formazione continua mediante partecipazione per personale assegnato alla struttura eventi formativi ECM	Ind. Int. 154	Formazione continua del personale	Almeno 1 corso all'anno	Almeno 1 corso all'anno	Almeno 1 corso all'anno
PREVENZIONE E MALATTIE PROFESSIONALI	Sorveglianza operatori	[Ind.Int. 132]	attivazione delle specifiche procedure per 100% degli operatori sul totale delle richieste	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali
INFORTUNIO E MALATTIE PROFESSIONALI	Monitoraggio infortuni sul lavoro come da protocolli INAIL	[Ind.Int. 133]	perfetto allineamento tra il numero delle procedure attivate ed il numero delle denunce effettuate all'INAIL	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2022	Target 2023	Target 2024
	Valutazione del Ricollocamento del personale con giudizio d'idoneità con prescrizioni o limitazioni, d'intesa con Direzione Sanitaria e Servizio Infermieristico ed Ostetrico.	[Ind.Int. 134)	Valutazione del Ricollocamento e/o di Limitazione da espletarsi d'intesa con gli altri uffici competenti per almeno il 20% del personale interessato.	entro il 31/12/2020 conclusione del 20% procedure del totale da evadere	entro il 31/12/2020 conclusione del 20% procedure del totale da evadere	entro il 31/12/2020 conclusione del 20% procedure del totale da evadere
MIGLIORAMENTO RAPPORTO COSTI/EFFICACIA	Piano di riorganizzazione del personale assegnato al Servizio	[Ind.Int. 145)	Avvio: ricognizione della mappa allocativa del personale previsto e di quello in servizio	Elaborazione documento di proposta alla Direzione Strategica	Elaborazione documento di proposta alla Direzione Strategica	Elaborazione documento di proposta alla Direzione Strategica
	Supporto alla Direzione Strategica per la elaborazione del Piano Annuale Emergenze 2020	[Ind.Int. 146)	Piano annuae delle emergenze	Partecipazione alla contrattazione aziendale per la materia	Partecipazione alla contrattazione aziendale per la materia	Partecipazione alla contrattazione aziendale per la materia
	Proposta di determinazione di standard aziendali di utilizzo e impiego del personale	[Ind.Int. 147)	Proposta alla Direzione Sanitaria si/no	Invio della proposta alla Direzione Strategica	Invio della proposta alla Direzione Strategica	Invio della proposta alla Direzione Strategica
	Concorrere al processo di budgeting per quanto attiene all'attribuzione delle risorse necessarie alle diverse strutture e servizi aziendali	[Ind.Int. 148)	Processo di burget	Assegnazione del personale coerentemente alle direttive aziendali	Assegnazione del personale coerentemente alle direttive aziendali	Assegnazione del personale coerentemente alle direttive aziendali

Per quanto riguarda gli obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere è in corso di predisposizione il provvedimento per la costituzione del nuovo Comitato Unico di Garanzia (CUG) a cui sarà demandato il compito di sviluppare un piano di azioni che mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne.

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 (Comitato di Budget, Direttori di Dipartimento, Direttori di U.O.C., ecc.).

Il monitoraggio degli obiettivi operativi e delle azioni inseriti nel Piano della Performance, consentirà alla Direzione aziendale di verificare 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 ai Dipartimenti ed alle altre 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 dipartimento attivando specifici percorsi di negoziazione.



Ogni Direttore di Dipartimento incontra i responsabili di struttura organizzativa al fine di presentare gli obiettivi specifici assegnati alle strutture afferenti e raccoglie eventuali proposte/modifiche degli obiettivi.

Per monitorare periodicamente le attività, supportare il processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza aziendale e dei dipartimenti e al fine di accertare che le componenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale del controllo di gestione. La struttura Programmazione e controllo di gestione supporta sia la Direzione aziendale che i Direttori di Dipartimento in tutte le fasi di programmazione, gestione e verifica della performance.

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. L'amministrazione si accinge a dare attuazione a tali disposizioni, all'interno dei Sistemi di misurazione e valutazione, prevedendo in particolare:

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione anche "in forma associata".

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.

2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

Il Piano di Prevenzione della Corruzione 2022-2024, adottato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 152 del 29 aprile 2022, è disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente" all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza1>.

Detto Piano è stato adottato precedentemente all'emanazione del DPR n. 81 del 24 giugno 2022 che ha soppresso, tra l'altro, l'articolo 1 commi 5 lett. a) e 60, lett. a) della Legge 6 novembre 2012 n. 190 riferito al Piano di Prevenzione della Corruzione in quanto riassorbito nell'apposita Sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

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..

Di seguito si riportano i punti qualificanti del Piano di Prevenzione della Corruzione 2022-2024 che alimentano altresì il presente PIAO.

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 e semplice dipartimentale.

Per l'elaborazione del presente Piano sono stati infatti coinvolti tutti i Dirigenti, per quanto di competenza, nell'aggiornamento della mappatura dei processi/rischi/misure con relativi monitoraggi di I livello (self assessment).

Il presente Piano 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 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, promuovere maggiori livelli di trasparenza), la Direzione Aziendale, nel condividere e fare propri tali obiettivi, promuove:

- 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 rispetto, da parte del personale dipendente, degli adempimenti relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento aziendale e del divieto di pantouflage;
- l'intensificazione delle azioni relative ai controlli interni (monitoraggio semestrale).

2.3.3 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 2021, i Referenti del RCPT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate, attraverso apposita check-list e l'inserimento delle informazioni acquisite (monitoraggio semestrale I livello) all'intero di un sistema software centralizzato.

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

- Reclutamento
- Progressioni di carriera
- Conferimento di incarichi di collaborazione

B) Affidamento di lavori, servizi e forniture

- Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti
- Definizione dell'oggetto ed individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
- Requisiti di qualificazione
- Requisiti di aggiudicazione
- Valutazione delle offerte
- Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
- Procedure negoziate
- Affidamenti diretti
- Revoca del bando
- Redazione del cronoprogramma
- Varianti in corso di esecuzione del contratto
- Subappalto
- 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.

Nell'aggiornamento assunto con determinazione n. 12/2015 l'ANAC individua per la sanità diverse aree a rischio e per ognuna vengono delineate le procedure e le prassi ideali per scongiurare il rischio di corruzione e illegalità. Queste le aree a rischio individuate:

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

Nel corso dell'anno 2021 sono stati mappati ed analizzati 184 processi aziendali. Per dettagli si rinvia al documento "Allegato-1-Analisi dei rischi" disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente" all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza1>.

2.3.4 Valutazione del 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:

- 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.

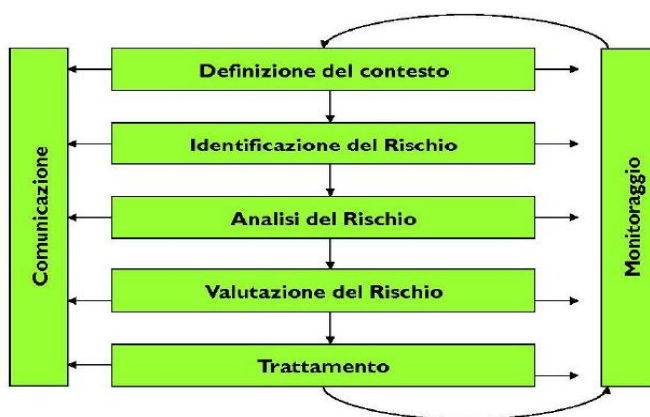


Figura 1 Fasi dell'analisi del rischio



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 5 rischio basso; da 5,1 a 10 rischio medio; dal 10,1 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 e 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 2018 è stata avviata l'informatizzazione del processo di gestione del rischio corruttivo, mediante l'implementazione di un software web centralizzato e dedicato al governo del sistema anticorruttivo aziendale. Tale software 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.

2.3.5 Le 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

Per quanto riguarda la rendicontazione delle misure generali applicate dall'Azienda per la mitigazione del rischio corruttivo si fa rinvio al Piano di Prevenzione della Corruzione 2022-2024 nonché all'Allegato_3 "Stato attuazione misure" disponibili nella sezione "Amministrazione Trasparente" all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza1>.

2.3.6 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 intesa 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 2021, 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 della verifica semestrale è stato quello di accertare la corretta applicazione, da parte dei Dirigenti, delle misure predisposte secondo le modalità e nei tempi previsti, e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio. Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l'attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta. Il riesame è effettuato dal RPCT entro il mese di gennaio di ciascun anno al fine di valutare l'efficienza ed efficacia del sistema anticorruttivo nel suo complesso.

2.3.7 La 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.

Il Programma triennale della trasparenza e l'integrità, costituisce parte integrante del Piano di prevenzione della corruzione e dovrà essere formalizzato dall'Azienda, sentito l'Organo di Indirizzo, nonché le 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).

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, 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. Tali operazioni devono essere svolte, sistematicamente, con possibilità di tracciare sempre l'operatore che le ha poste in essere, mediante uso di password personale.

2.3.8 Coinvolgimento degli stakeholder

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 di 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 di 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 di 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 di Foggia, le Pubbliche Assistenze, i Fornitori, le Strutture Pubbliche e Convenzionate, gli Studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari.

2.3.9 Obblighi di pubblicazione

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".

A tale scopo, è stata predisposta la tabella "Allegato_6-Obblighi di Pubblicazione" disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente" all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza1>, 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 di 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 2022-2024 è prevista la pubblicazione dei seguenti dati ulteriori, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

- i nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nelle sperimentazioni cliniche di medicinali ad uso umano e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti, ai sensi decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52;
- i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, ai sensi della legge n. 24/2017;
- dati relativi al censimento delle autovetture di servizio, già oggetto di comunicazione obbligatoria al Dipartimento di Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 4 c.1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 settembre 2014.

2.3.10 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 l'A.O.U. di 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 di 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 di 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).

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 con il quale l'Azienda eroga assistenza prevede un'articolazione dipartimentale, basato sui Dipartimenti strutturali ad Attività Integrata - D.A.I.1. Con delibera del Direttore Generale n. 571 del 31.07.2018, è stato dato il nuovo assetto organizzativo dipartimentale aziendale, modificando ed integrando i contenuti della deliberazione n. 341 del 18 dicembre 2015 per l'allineamento alle disposizioni regionali miranti alla riduzione e alla razionalizzazione dei servizi ed al recepimento del vigente protocollo d'Intesa Regione Puglia - Università sottoscritto l'11 aprile 2018. Con successive deliberazioni del DG ed in particolare, in ordine di tempo, le Delibere n. 384 e n. 591 del 2019, le Delibere del DG n. 133, n. 134 e n. 149 del 2020, la n. 447 sempre del 2020 e la DDG n. 20 del 15.01.2021, l'organizzazione aziendale è stata rivista e integrata più volte, adeguandola agli sviluppi delle reti assistenziali regionali e/o alle esigenze e funzionalità interne.

I Dipartimenti ad Attività Integrata assicurano l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca attraverso una composizione coerente tra attività e settori scientifico-disciplinari. In particolare, la strutturazione dipartimentale di una Azienda sanitaria favorisce il coordinamento del percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituendo per tal guisa l'assetto nell'ambito del quale debbono contestualizzarsi le attività di governo clinico nelle sue principali estensioni, ovvero la misurazione degli esiti, la gestione e la promozione della sicurezza del paziente, l'adozione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

Oggi l'Azienda si articola in 12 Dipartimenti Assistenziali Integrati, n. 43 strutture complesse di area clinica di cui n. 20 a direzione ospedaliera e n. 23 a direzione universitaria e n. 10 strutture complesse di area amministrativa e/o di supporto/staff alla direzione strategica. A queste si aggiungono n. 32 strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area clinica e n. 10 strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area amministrativa e/o di supporto/staff alla direzione strategica. Nel novero delle Strutture Complesse è compresa la centrale operativa del Servizio 118 ubicata in sede. La tabella che segue descrive l'articolazione organizzativa aziendale delle strutture complesse (in nero) e delle Strutture Semplici a valenza dipartimentale (in blu) nell'anno 2021.

¹ *L'organizzazione dipartimentale, quale organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini e complementari, ciascuna con obiettivi specifici ma tutte concorrenti al perseguimento di comuni obiettivi di salute, ai sensi dell'art. 17 bis del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., rappresenta il modello di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie. Tale organizzazione è finalizzata ad assicurare, oltre che una migliore gestione amministrativa e finanziaria, la concreta attuazione alle politiche di governo clinico e a garantire il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni. L'art. 12 della Legge Regione Puglia n. 25 del 3/8/2006 prevede che ogni Azienda sanitaria si doti del modello di organizzazione dipartimentale.*

Tabella n.3.1.1 – Articolazione dipartimentale anno 2020

DIPARTIMENTI	STRUTTURE COMPLESSE STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE	Direzione Ospedaliera	Direzione Universitaria
Emergenza e Urgenza	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	H	
	Centrale Operativa 118	H	
	Anestesia e Rianimazione		U
	Ortopedia e Traumatologia Urgenza	H	
	Centro Antiveleni (CAV)	H	
Donna e Bambino	Ostetricia e Ginecologia	H	
	Ostetricia e Ginecologia		U
	Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale	H	
	Pediatria		U
	Neuropsichiatria Infantile	H	
	Nido e Sten	H	
	Chirurgia Pediatrica	H	
	Chirurgia Pediatrica		U
	Fisiopatologia della Riproduzione e PMA		U
Internistico	Malattie Infettive		U
	Reumatologia		U
	Medicina Interna	H	
	Medicina Interna		U
	Dermatologia	H	
	Reumatologia	H	
	Dermatologia		U
	Epatologia		U
	Geriatrics e Orto geriatria	H	
Medicina Specialistica	Gastroenterologia	H	
	Malattie Apparato Respiratorio	H	
	Malattie Apparato Respiratorio		U
	Malattie Endocrine		U
	Allergologia e Immunologia Clinica		U
	Endoscopia Digestiva d'urgenza	H	
Neuroscienze	Neurochirurgia	H	
	Neurologia	H	
	Neurologia		U
	Medicina Fisica e Riabilitazione		U
	Psichiatria		U
	Neurofisiopatologia	H	
	Psicologia	H	
Cardio-toraco-vascolare	Cardiologia a dir univ e UTIC		U
	Chirurgia Toracica		U
	Chirurgia Vascolare	H	
	Medicina dello sport		U
Onco-Ematologico	Ematologia	H	
	Medicina Nucleare	H	
	Radioterapia	H	
	Oncologia Medica e Terapia Biomolecolare		U
Chirurgico	Chirurgia Generale	H	
	Chirurgia Generale		U
	Chirurgia Plastica (e Grandi Ustionati)		U
	Oftalmologia		U
	Ortopedia e Traumatologia		U
	Otorinolaringoiatria		U
	Odontoiatria	H	

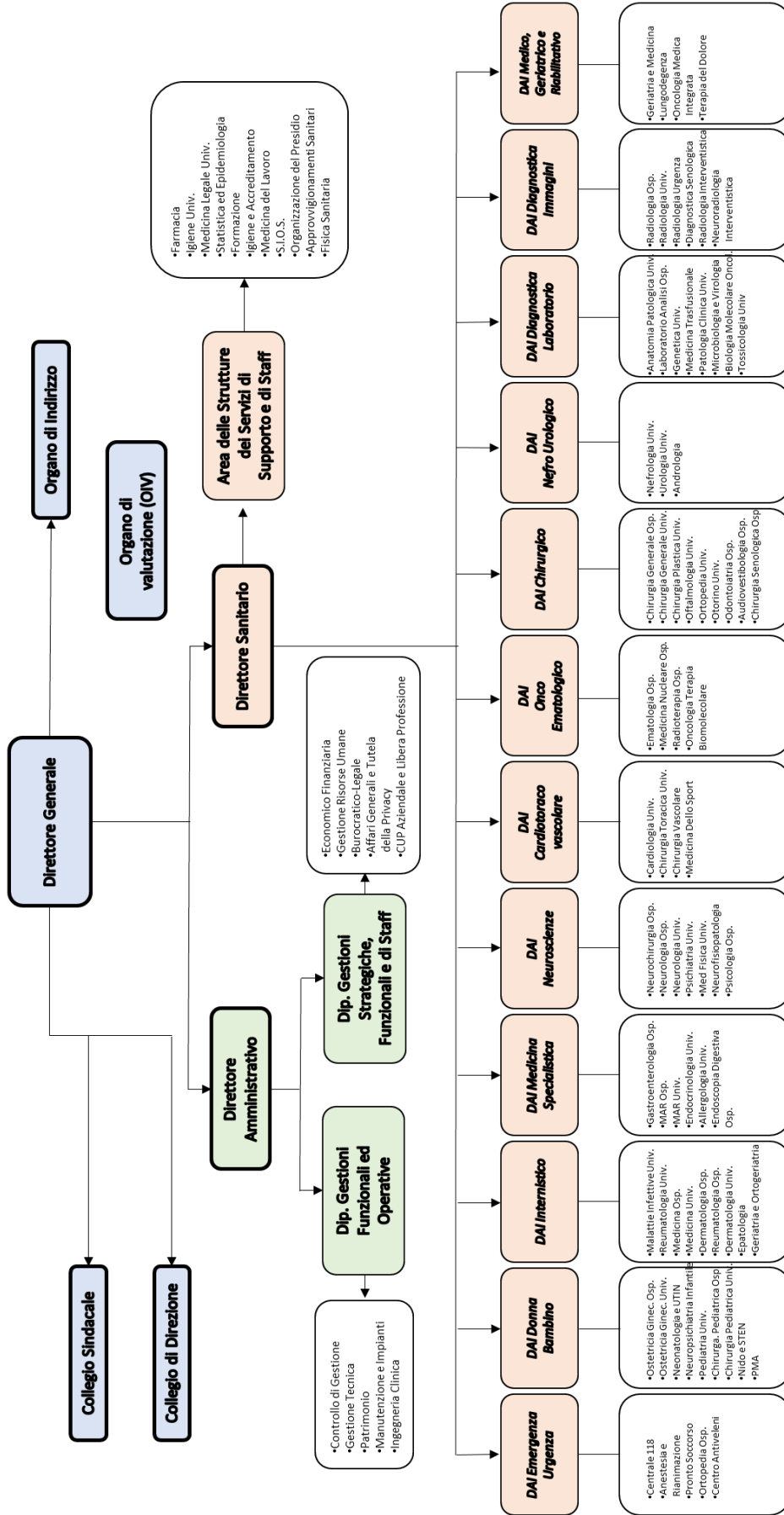
	Chirurgia Oncologica	H	
	Audiovestibologia	H	
	Chirurgia Senologica	H	
Nefro-Urologico	Nefrologia Dialisi e Trapianti - Emodialisi		U
	Urologia e Trapianti		U
	Andrologia e Chirurgia Genitali Esterni		U
Diagnostica di Laboratorio	Anatomia Patologica		U
	Laboratorio Analisi	H	
	Genetica Medica		U
	Medicina Trasfusionale	H	
	Patologia Clinica		U
	Microbiologia e Virologia	H	
	Biologia Molecolare Oncologica	H	
	Cromatografia e Spettr. di massa - Tossicologia		U
Diagnostica per Immagini	Radiodiagnostica	H	
	Radiodiagnostica		U
	Radiologia d'Urgenza	H	
	Diagnostica Senologica	H	
	Neuroradiologia Interventistica	H	
	Radiologia Interventistica	H	
Dipartimento Medico, Geriatrico e Riabilitativo	Geriatrica e Medicina	H	
	Lungodegenza	H	
	Oncologia Medica Integrata al Territorio	H	
	Terapia del dolore e delle attività chirurgiche	H	

Sono poi in essere n. 1 Dipartimento delle Strutture dei Servizi di Supporto e di Staff alla Direzione Sanitaria e n. 2 Dipartimenti amministrativi di aree e/o strutture funzionali e gestionali, istituiti con DDG n. 341 del 2015 e ridefinite con DDG n. 571 di luglio 2018 e articolati come segue:

Tabella n.3.1.2 – Dipartimento Strutture e Servizi di Supporto e di Staff e Dipartimenti Amministrativi

Area delle Strutture e dei Servizi di Supporto e di Staff	SC	Medicina Legale a dir univ.
	SC	Statistica ed Epidemiologia
	SC	Farmacia Ospedaliera
	SC	Igiene a dir. universitaria
	SSD	Formazione
	SSD	Igiene e Accreditamento
	SSD	Organizzazione del Presidio
	SSD	Medicina del Lavoro
	SSD	Fisica Sanitaria
	SSD	Approvvigionamenti, tecnologie e beni di interesse sanitario
Gestioni Strategiche, Generali e di Staff	SC	Gestione delle Risorse Umane
	SC	Area Economico Finanziaria
	SC	Struttura Burocratica Legale
	SSD	Servizio Gestione CUP Aziendale e Libera Professione
	SSD	Affari Generali e Tutela della Privacy
Gestioni Funzionali ed Operative	SC	Gestione del Patrimonio
	SC	Gestione Tecnica
	SC	Programmazione e Controllo di Gestione
	SSD	Ingegneria Clinica, Prevenzione e Protezione
	SSD	Manutenzione Impianti

Organigramma Aziendale



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 Implementazione del lavoro agile durante la fase emergenziale

L'emergenza epidemiologica Covid-19 ha accelerato, talvolta anche oltre le condizioni ordinariamente previste, l'implementazione dello *smart working* quale modalità alternativa di lavoro.

Questo grazie ad una serie di disposizioni legislative e regolamentari, che hanno promosso il lavoro agile nel periodo emergenziale, quali:

- D.L. n. 6 del 23 febbraio 2020 il primo dei decreti legge predisposto per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Prevede la sospensione delle procedure concorsuali e delle attività degli uffici pubblici, fatta salva l'erogazione dei servizi essenziali e di pubblica utilità (con promozione del lavoro agile);
- DPCM 23 febbraio 2020, è il primo DPCM, in attuazione del decreto legge n. 6 del 23 febbraio 2020 (Legge n. 13/2020). Tra le misure previste sono incluse la sospensione delle procedure concorsuali e delle attività degli uffici pubblici, fatta salva l'erogazione dei servizi essenziali e di pubblica utilità (con promozione del lavoro agile);
- DPCM del 4 marzo 2020, ha previsto tra le altre misure: la facoltà per i datori di lavoro di applicare a ogni rapporto di lavoro subordinato la modalità di lavoro agile disciplinata dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81, per la durata dello stato di emergenza, nel rispetto dei principi dettati dalle menzionate disposizioni, anche in assenza degli accordi individuali ivi previsti;
- DPCM 11 marzo 2020, viene raccomandato il massimo utilizzo da parte delle imprese di modalità di lavoro agile;
- D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 c.d. Decreto Cura Italia, recante misure straordinarie in materia di lavoro agile per il pubblico impiego. All'art. 87 il legislatore ha inteso regolare la modalità di svolgimento della prestazione lavorativa all'interno degli uffici pubblici e costituisce la cornice nella quale devono essere iscritte le ulteriori disposizioni affrontano istituti applicabili al personale pubblico. In particolare - sviluppando e riconducendo ad una cornice regolativa di rango primario l'indicazione già presente nella direttiva n. 2/2020 del Ministro della pubblica amministrazione – si stabilisce che, fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-2019, ovvero fino ad una data antecedente stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, il lavoro agile costituisce la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni. Le pubbliche amministrazioni limitano la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, anche in ragione della gestione dell'emergenza e prescindono dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81;
- DPCM 10 aprile 2020, continuano ad essere sospese le attività degli uffici pubblici (salvo per le funzioni che possono essere svolte mediante lavoro agile) eccetto quelli essenziali;
- DPCM del 26 aprile 2020, viene mantenuta la raccomandazione per lo svolgimento delle prestazioni lavorative in modalità di lavoro agile;

- DPCM del 17 maggio 2020, rimane raccomandato, per quanto possibile, lo svolgimento in modalità di lavoro agile degli altri servizi pubblici e privati professionali;
- D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, cd. Decreto Rilancio, convertito dalla Legge 17 luglio 2020. L'articolo 263 Individuazione del POLA - Piano Organizzativo del Lavoro Agile: viene richiesto alle amministrazioni pubbliche tra l'altro, di organizzare il lavoro dei propri dipendenti e l'erogazione dei servizi attraverso la flessibilità dell'orario di lavoro, rivedendone l'articolazione giornaliera e settimanale, applicando il lavoro agile, con le misure semplificate di cui al comma 1, lettera b), dell'articolo 87 del decreto legge 17 marzo 2020 n. 18;
- con la conversione in Legge del DL n. 34 del 19 maggio 2020, cd. Decreto Rilancio, vengono adottate le seguenti modifiche e integrazioni: Sezione III - Disposizioni in materia di lavoro agile e per il personale delle PA. Articolo 263. (Disposizioni in materia di flessibilità del lavoro pubblico e di lavoro agile) Comma 1. *“Le pubbliche amministrazioni... fino al 31 dicembre 2020, in deroga alle misure di cui all'articolo 87, comma 1, lettera a), e comma 3, del decreto-legge 17 marzo 2020, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n.27, organizzano il lavoro dei propri dipendenti ... applicando il lavoro agile, con le misure semplificate di cui al comma 1, lettera b), del medesimo articolo 87, al 50 per cento del personale impiegato nelle attività che possono essere svolte in tale modalità. In considerazione dell'evolversi della situazione epidemiologica, con uno o più decreti del Ministro per la pubblica amministrazione possono essere stabilite modalità organizzative e fissati criteri e principi in materia di flessibilità del lavoro pubblico e di lavoro agile, anche prevedendo il conseguimento di precisi obiettivi quantitativi e qualitativi. Alla data del 15 settembre 2020, l'articolo 87, comma 1, lettera a), del citato decreto-legge n.18 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge n.27 del 2020 cessa di avere effetto”;*
- all'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, sono apportate le seguenti modificazioni: *“Entro il 31 dicembre di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il Piano individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano”;*
- circolare n. 2 del 1° Aprile 2020 del Ministero della Pubblica Amministrazione. Misure recate dal decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori ed imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid 19”. Richiamo all'art. 87 del DL 18/29020 in merito al lavoro agile nella PA;
- DPCM del 7 agosto 2020, proroga al 7 settembre e tra l'altro, per le attività professionali si raccomandano le modalità di lavoro agile, ove possibile;

- DPCM del 7 settembre 2020, proroga fino al 7 ottobre le misure del precedente DPCM, poi ulteriormente prorogata al 15 ottobre (DL 125). Per le attività professionali si raccomandano le modalità di lavoro agile, ove possibile;
- DPCM del 24 ottobre 2020, con efficacia fino al 24 novembre 2020. Prosegue l'incentivazione del lavoro agile da parte delle pubbliche amministrazioni, garantendo almeno la percentuale del 50% del personale impiegato nelle attività che possono essere svolte in tale modalità;
- Decreto Ministeriale del 19 ottobre del 2020 in attuazione del DL 34/2020 in materia di lavoro agile e POLA;
- Decreto Ministeriale del 20 gennaio del 2021, proroga del lavoro agile nella Pubblica Amministrazione fino al 30 aprile 2021, come previsto dal precedente DM 19 Ottobre 2020 e con le modalità della trasmissione massiva semplificata al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Questo, da un lato, ha consentito ai lavoratori di poter svolgere le proprie attività in una situazione di maggior sicurezza rispetto al rischio epidemico e dall'altro ha consentito al Policlinico di assicurare la continuità delle attività e il perseguimento degli obiettivi prefissati, seppure modificati dallo stato di emergenza stesso.

In applicazione delle suddette disposizioni nazionali, sono state adottate specifiche Disposizioni aziendali in materia:

- con Deliberazione del Direttore Generale n. 161 del 16/03/2020 è stato adottato il "regolamento per l'utilizzo temporaneo del lavoro agile ai fini del contenimento e della gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID- 19";
- con Direttiva n. 50 Covid- 19 la Direzione Strategica ha disposto che i Direttori e i Dirigenti Responsabili delle Strutture Amministrative, Tecniche e Professionali debbano impartire "direttive specifiche al personale assegnato in regolamento della banca delle ore e di lavoro agile, laddove gli strumenti informatici lo consentano, anche nel rispetto delle funzioni di ciascun dipendente".
- con Direttiva n. 67 Covid- 19 la Direzione Strategica ha stabilito, inoltre, che devono essere individuate le attività da espletare mediante il lavoro agile, anche tramite l'accesso ai sistemi informativi aziendali tramite VPN, utilizzando i propri dispositivi informatici multimediali dotati di connessione internet e che sono a proprio carico i relativi oneri, garantendo la sicurezza della postazione di lavoro e la protezione e riservatezza dei dati a cui accedere;
- con successiva Direttiva è stata definita la modalità di gestione lavoro agile nella seconda fase emergenziale, secondo le seguenti indicazioni:
 - a) *organizzano il lavoro dell'ufficio assicurando, su base giornaliera, settimanale o plurisettimanale, lo svolgimento del lavoro agile non inferiore al 50%, del personale preposto alle attività che possono essere svolte secondo tale modalità, compatibilmente con le potenzialità organizzative e con la qualità e l'effettività del servizio erogato;*
 - b) *favoriscono lo svolgimento di lavoro agile, anche attraverso l'adibizione a diversa mansione ricompresa nella medesima categoria o area di inquadramento secondo le prescrizioni della contrattazione collettiva di settore, nei confronti:*
 - *dei dipendenti in condizione di "fragilità" (in quanto esposti ad un alto rischio di contagio per la preesistenza di patologie oncologiche o che inducano immunodepressione o siano interessati da esiti di terapie salvavita);*

- *dei dipendenti interessati da un periodo di quarantena riferito al figlio convivente a seguito di contatto verificatosi nel plesso scolastico;*
- *dei dipendenti il cui figlio convivente, purché minore di anni sedici, sia stato interessato dalla sospensione dell'attività didattica;*
- c) *favoriscono la rotazione del personale interessato dal lavoro agile, così da assicurare nell'arco temporale settimanale o plurisettimanale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza;*
- d) *individuano, in presenza di particolari circostanze che favorirebbero la concentrazione del personale in presenza, fasce temporali di flessibilità oraria in entrata e in uscita ulteriori rispetto a quelle adottate, differenziando l'orario di ingresso e di uscita dei dipendenti;*
- e) *promuovono l'accesso multi-canale dell'utenza mediante l'utilizzo di dispositivi informatiche e digitali ritenuti necessari;*
- f) *svolgono riunioni in modalità a distanza salvo la sussistenza di motivate ragioni.*

E' stata effettuata una sintetica fotografia del raggiunto livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile, che costituisce la base di partenza (*baseline*) per la programmazione ed un suo futuro sviluppo. Si riportano i dati inerenti allo *smart working* relativamente al periodo marzo/dicembre dell'anno 2020, considerando che il personale del ruolo amministrativo a tempo indeterminato in servizio è stato pari a n. 186 unità e che su n. 137 comunicati al Ministero del Lavoro effettivamente n. 126 hanno utilizzato lo *smart working*.

ORE SETTIMANALI PER DIPENDENTE	36
NUMERO SETTIMANE SMWK	40
ORE PER OGNI DIPENDENTE (36x40)	1440
NUMERO DIPENDENTI AUTORIZZATI SMWK	137
ORE COMPLESSIVE PER DIPENDENTE (1440X137)	197.280
PERCENTUALE (51147X100:197280)	25,92%

NUMERO DIPENDENTI CHE HA UTILIZZATO SMWK	126
ORE COMPLESSIVE PER DIPENDENTE (1440X126)	181.440
PERCENTUALE (51147X100:181440)	28,18%

Anche per l'anno 2021, l'emergenza epidemiologica COVID-19 ha reso necessario lo *smart working* quale modalità alternativa di lavoro, consentendo, pertanto, ai lavoratori di poter svolgere le proprie attività in una situazione di maggior sicurezza rispetto al rischio epidemico e all'Azienda di assicurare la continuità delle attività e il perseguimento degli obiettivi prefissati.

Con DPCM 23 settembre 2021 è stato disposto che con decorrenza 15.10.2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa fosse quella svolta in presenza, mettendo fine così all'utilizzo emergenziale dello *smart working*, ad eccezione dei "soggetti fragili", per i quali ai sensi dell'art. 26 del Decreto Legge n. 18/2020, convertito in Legge n. 27 del 24 aprile 2020 e s.m.i. è previsto che la prestazione lavorativa degli stessi venga svolta "di norma" in *Smart Working*, anche attraverso l'adibizione a diversa mansione ricompresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi vigenti, o lo svolgimento di specifiche attività di formazione professionale anche da remoto.

Con Direttiva del 14/10/2021 è stato disposto l'immediato rientro al lavoro in presenza, ad eccezione dei dipendenti rientranti in condizioni di fragilità, ai sensi dell'art. 26 del D.L. n. 18/2020.

Si riportano i dati inerenti allo *smart working* relativamente al periodo 1° gennaio - 14 ottobre e per i fragili al 31 dicembre dell'anno 2021:

ORE SETTIMANALI PER DIPENDENTE	36
NUMERO SETTIMANE SMWK	42
ORE PER OGNI DIPENDENTE (36x42)	1512
NUMERO DIPENDENTI AUTORIZZATI SMWK	141
ORE COMPLESSIVE PER DIPENDENTE (1512X141)	213.192
PERCENTUALE (32441X100:213.192)	15,22%

NUMERO DIPENDENTI CHE HA UTILIZZATO SMWK	89
ORE COMPLESSIVE PER DIPENDENTE (1512X89)	134.568
PERCENTUALE (32441X100:134.568)	24%

La valutazione della performance organizzativa ed individuale ha tenuto conto dei risultati conseguiti dalle Strutture e dai singoli dipendenti anche grazie all'attività svolta, dal 1° gennaio 2021 al 14 ottobre 2021 e per i fragili al 31 dicembre 2021 in modalità *smart working* seppure, in taluni casi, senza un'evidenza specifica.

3.2.2 Modalità attuative del lavoro agile durante la fase ordinaria

Nel passaggio dalle modalità di attuazione del lavoro agile nella fase emergenziale a quella 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*".

3.2.3 Soggetti, procedura e svolgimento della prestazione

Vista la natura e l'organizzazione del Policlinico il lavoro agile si applica nei confronti dei dipendenti appartenenti al ruolo Amministrativo, Tecnico e Professionale.

Il Direttore e/o Dirigente Responsabile 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, il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura, 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 dal Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura, secondo apposita modulistica. Al termine delle attività, il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura 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 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.).

I dipendenti possono richiedere al Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza di essere autorizzati a svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità di "lavoro agile" presentando apposita istanza (i modelli sono disponibili nella sezione modulistica del sito aziendale al link <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/documenti-e-modulistica>), con dichiarazione circa la disponibilità dei propri dispositivi e strumenti tecnologici utilizzabili, garantendo adeguati livelli di sicurezza e protezione di rete. 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. 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.

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 oraria lavorativa prescelta. Durante questa fascia, il dipendente sarà tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza. Qualora il dipendente autorizzato dovesse, per motivi eccezionali, allontanarsi dal proprio domicilio dovrà immediatamente comunicare al proprio servizio l'interruzione della prestazione e recuperare l'orario. 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.

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. Nelle giornate di lavoro agile non sono configurabili prestazioni di lavoro straordinarie e /o prestazioni aggiuntive, né permessi brevi e altri istituti che comportano la riduzione dell'orario di lavoro.

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.

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 s'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.

In applicazione dell'art. 22 della Legge n. 81/2017 e delle disposizioni normative in materia di salute e sicurezza sul lavoro di cui al D. Lgs. 81/2008, l'Azienda garantisce la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. L'obbligo di informativa è assolto in via telematica mediante la documentazione accessibile e disponibile sul sito INAIL.

Sulla base di quanto previsto dalla Direttiva 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. La centralità del RTD è evidenziata anche nel Piano triennale per l'informatica per la PA 2020-2022 che affida alla rete dei RTD il compito di definire un maturity model per il lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni. Sarà quindi data attuazione a tale modello, al fine di individuare i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari.

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) 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 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2024	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, Manut. e Impianti, 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>=====</i>	<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>=====</i>	<i>A consuntivo</i>	<i>A consuntivo</i>	<i>Ufficio Formaz.</i>

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2024	Fonte
		-% lavoratori che utilizzano le tecnologie digitali potenzialmente utili per il lavoro agile	=====	A consuntivo	A consuntivo	SIA
SALUTE DIGITALE						
	Predisposizione di un piano di transizione digitale	Piano triennale dell'informatica	Ricognizione	Predisposizione del piano	Implementazione	SIA
	Semplificazione e digitalizzazione dei processi e dei servizi amministrativi	PIAO 2022-2024	Definizione PIAO 2022-2024 Valore pubblico	Definizione PIAO 2022-2024 Valore pubblico	Definizione PIAO 2022-2024 Valore pubblico	SIA Controllo di Gestione
	Implementazione di un sistema VPN	Presenza di un sistema VPN	Implementazione	Implementazione	Implementazione	Manut. e Impianti
	Implementazione di una rete intranet aziendale	Presenza di una rete intranet aziendale	Implementazione	Implementazione	Implementazione	Manut. e Impianti
	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	=====	SIA
		% Utilizzo firma digitale tra i lavoratori	Verifica	Verifica	Verifica	Affari Generali
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
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	QUANTITA'					
	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 Riusorse Umane
	Incrementare il n. di giornate lavorative in lavoro agile	% Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali	=====	A consuntivo	A consuntivo	Area Riusorse Umane
QUALITÀ						

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2024	Fonte
	Incrementare il benessere organizzativo dei dipendenti	% dirigenti/posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori	=====	A consuntivo	A consuntivo	Affari Generali
		% dipendenti in lavoro agile soddisfatti	=====	A consuntivo	A consuntivo	Affari Generali
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						

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2024	Fonte
	Migliorare il clima lavorativo all'interno dell'Azienda	Salute organizzativa: % di dipendenti per cui il lavoro agile ha migliorato il clima lavorativo aziendale	=====	<i>A consuntivo</i>	<i>A consuntivo</i>	<i>Affari Generali</i>

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.

La definizione dei fabbisogni di personale è stata fortemente influenzata dalla pandemia da Covid-19, che per la sua intensità e durata ha fortemente condizionato l'attività operativa e assistenziale dell'ultimo periodo, costringendo a rivisitare modelli ed assetti organizzativi e a implementare nuove attività e nuove funzioni sia sul livello assistenziale ospedaliero, che in termini di offerta di servizi assistenziali territoriali.

L'azienda in questa prospettiva nuova, è chiamata a ripensare, anche in una visione prospettica, le proprie strategie, adeguando la risposta sanitaria alla nuova domanda di salute, che è destinata a modificarsi in maniera strutturale anche per i prossimi anni, con evidenti ricadute anche sulla definizione dei fabbisogni assunzionali e sulle nuove priorità.

Nell'ultimo periodo sempre più frequentemente si sono verificati disequilibri fra le necessità di specifiche risorse espresse dalle Aziende sanitarie e le disponibilità di determinati profili professionali.

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. ha stabilito che:

"1. 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.

2. 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 sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro, fatti salvi la sola informazione ai sindacati per le determinazioni relative all'organizzazione degli uffici ovvero, limitatamente alle misure riguardanti i rapporti di lavoro, l'esame congiunto, ove previsti nei contratti di cui all'articolo 9. Rientrano, in particolare, nell'esercizio dei poteri dirigenziali le misure inerenti la gestione delle risorse umane nel rispetto del principio di pari opportunità, nonché la direzione, l'organizzazione del lavoro nell'ambito degli uffici.

3. 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, come modificato dall'art. 4 del D. Lgs. n. 75/2017, 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 con-sentite 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.*
- 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.*
- 6. Le amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti di cui al presente articolo non possono assumere nuovo personale.*
- 7. 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 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, così come modificato dall'art. 4, co. 3 del D.Lgs. n. 75/2017.

I predetti indirizzi dettagliano in maniera specifica le novità legislative introdotte dal D.Lgs. n. 75/2017, in modo particolare orientati 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.

Il Piano è redatto in coerenza con le “Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche” emanate dal Ministro per la pubblica amministrazione ai sensi dell’articolo 6-ter del citato d.lgs. n. 165/2001 e pubblicate sulla Gazzetta ufficiale del 27 luglio 2018.

Il Piano dei fabbisogni si sviluppa in una prospettiva triennale e viene aggiornato annualmente in relazione alle mutate esigenze di carattere normativo, organizzativo o funzionale. Eventuali modifiche in corso di anno sono consentite solo con adeguata motivazione a fronte di situazioni nuove e non prevedibili.

Conseguentemente ciò che rileva il nuovo concetto di dotazione organica è la capacità di spesa finanziaria potenziale sostenibile per ciascuna amministrazione, che non potrà in nessun caso essere valicata dal PTFP, in quanto “tetto massimo” imposto dalla specifica normativa di settore.

La rideterminazione del piano triennale del fabbisogno rappresenta un atto da assumersi in via esclusiva dalla Direzione strategica avente funzione di coniugare l’ottimale impiego delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e di assicurare il rispetto degli equilibri di finanza pubblica dell’ente. A tal uopo, la predisposizione del piano di fabbisogno del personale determina la diretta implicazione della rappresentazione delle esigenze assistenziali sotto un duplice aspetto quantitativo e qualitativo.

I suddetti aspetti quantitativi e quelli qualitativi sono da definirsi attraverso un fabbisogno standard, tenuto conto sia delle attività omogenee e dei processi da gestire e sia delle professionalità richieste anche in conseguenza della evoluzione organizzativa del lavoro e degli obiettivi da conseguire. Tale standardizzazione ovviamente risente, altresì, di tutta una serie di fattori legati alla peculiarità dei servizi assistenziali offerti.

Pianificare il personale significa prevedere, in termini temporali, quantitativi e qualitativi, quali saranno le necessità di risorse umane nel medio periodo.

La nuova metodologia per la definizione della programmazione dei fabbisogni di personale introdotta nel panorama legislativo nazionale dal decreto legislativo n. 75 del 2017, induce a una complessiva rivisitazione dell’approccio culturale nella ricerca di quelle condizioni di flessibilità che consentano all’Azienda di decidere in ordine al dimensionamento quali-quantitativo del proprio organico in ragione delle contingenze e delle emergenze interne ed esterne.

Le politiche del personale attuate negli anni’90 del secolo scorso con le dotazioni organiche che si basavano prevalentemente sulla rilevazione dei carichi di lavoro e che, nelle intenzioni del legislatore, avrebbero dovuto essere uno strumento programmatico funzionale al governo delle consistenze, sono state superate anche in ragione del fatto che spesso le Amministrazioni Pubbliche hanno utilizzato le dotazioni organiche come strumento di mero governo del turnover, accontentandosi di governare i flussi piuttosto che orientarsi verso i livelli di consistenze ottimali.

Il nuovo contesto economico, soprattutto a causa della pandemia da COVID-19 ha imposto provvedimenti legislativi, e conseguentemente politiche del personale da parte delle amministrazioni, di stretto governo del turnover accoppiati a tagli lineari delle dotazioni organiche dell’intero settore pubblico.

La pressante preoccupazione di garantire l’equilibrio dei conti pubblici ha bloccato da un lato i canali di alimentazione delle dinamiche retributive e dall’altro ha inasprito lo stesso governo del turnover.

Sull’altro versante le amministrazioni hanno adottato politiche di programmazione orientate ad una visione puramente incrementale volte a garantire il tasso di ricambio e, quando possibile, un aumento dell’organico.

L’attuale disciplina, a seguito della riforma “Madia”, invita ad uscire da una logica di stretto governo dei flussi così come da un approccio esclusivamente incrementale, per attestarsi su una visione più razionale, entrando in un campo più largo, volto, comunque, a trovare una conciliazione tra le due

esigenze ancora predominanti, la prima delle quali insiste sul contesto economico e la seconda su quello sociale; una amministrazione, cioè, che da un lato costi meno e dall'altro sia in grado di erogare servizi migliori.

In quest'ottica dunque, se l'idea portante rimane quella del fabbisogno di personale come criterio ordinatore e regolatore delle politiche assunzionali, la relativa pianificazione deve tendere a ricercare le condizioni di flessibilità che permettano di decidere sapientemente il dimensionamento ottimale attraverso la predisposizione di piani triennali e annuali dinamici, diversi dal vecchio schema della dotazione organica quale contenitore rigido.

Il piano triennale del fabbisogno deve essere definito in coerenza e a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa, predisposto in coerenza con l'atto aziendale, deve svilupparsi nel rispetto dei vincoli finanziari e degli equilibri di finanza pubblica in materia di spesa del personale, deve essere in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance, e deve essere anche pienamente coerente, oltre che con i principi generali di legalità, con la disciplina in materia di anticorruzione.

In attuazione degli atti ed indirizzi regionali è necessario organizzare le Strutture aziendali, secondo le volontà del legislatore riformatore, i cui orientamenti operativi sono dettati in modo da rendere ottimale l'allocazione del personale, così da razionalizzare i costi e accrescere l'efficienza e l'efficacia della performance organizzativa.

Relativamente alla spesa del personale, gli obblighi comunitari hanno reso improcrastinabile l'attuazione, da parte del legislatore statale, di misure di contenimento, a partire dall'anno 2005, in applicazione dell'articolo 1, commi 98 e 107, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e, per l'anno 2006, dall'articolo 1, comma 198, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Le predette restrizioni sono proseguite, in attuazione dell'art. 1, comma 565 della legge 296/2006, i cui contenuti sono stati confermati dall'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%.

La Giunta Regionale con deliberazione n. 53 del 23/01/2018 ha approvato il regolamento regionale avente ad oggetto il riordino ospedaliero della Regione Puglia in attuazione del DM n. 70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016-2017 e per il Policlinico rilevano i contenuti del vigente Protocollo d'Intesa Regione/Università degli Studi di Foggia – Facoltà di Medicina e Chirurgia approvato dalla Giunta Regionale n. 50/2018 e sottoscritto l'11/04/2018 (all. 2c). Vi sono poi n. 7 Strutture Complesse non Sanitarie, previste dalla DGR n. 1603 del 13/09/2018, di modifica della n. 3008/2012.

Nella definizione del Piano triennale dei fabbisogni del personale 2020/22 si è tenuto conto delle norme generali in materia di assunzioni di personale nelle pubbliche amministrazioni, nonché delle prescrizioni di cui alla DGR n. 449 del 28/03/2022 di approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2020-2022 e parziale modifica della DGR n. 2293/2018 di rideterminazione dei tetti di spesa del personale.

Con deliberazione del Commissario Straordinario n. 219 del 27/05/2022 è stato definito il piano di fabbisogno di personale del Policlinico per il triennio 2020/2022, secondo le prescrizioni di cui alla D.G.R. n. 449/2022 e sulla base del limite di spesa complessiva del personale rideterminato in € 133.913.224, ai sensi dell'art. 2, co. 71, della legge 191/2009 e succ. mod. ed integraz.

Con nota prot. n. 12037 del 15/06/2022, al fine di garantire le ulteriori necessità assistenziali emerse sulla base dell'attuale organizzazione aziendale, tese a soddisfare le esigenze sia del Policlinico, anche a seguito del trasferimento del MECAU al DEU, nonché dell'ospedale "F. Lastaria" di Lucera, è stata richiesta apposita autorizzazione alla Regione all'assunzione di n. 50 unità del profilo professionale di OSS, integrando il fte già riconosciuto.

Con nota prot. n. r-Puglia/AOO-005/PROT/16/06/2022/0004177, il Dipartimento della Promozione della Salute, del benessere sociale e dello Sport per tutti della Regione Puglia ha espresso parere

favorevole all'assunzione a condizione che tale fabbisogno sia definito nell'ambito del vigente PTFP 2020-22 e nel limite di spesa ivi previsto, invitando il Policlinico alla modifica del PTFP 2020-22 e precisando che il Dipartimento ne terrà conto in fase di approvazione del PTFP 2021-23.

Da ultimo, con deliberazione del Commissario Straordinario n. 283 del 28/06/2022 è stato ridefinito il piano di fabbisogno di personale del Policlinico per il triennio 2020/2022, secondo le prescrizioni di cui alla D.G.R. n. 449/2022 e sulla base del limite di spesa complessiva del personale rideterminato in € 133.913.224,00, tenuto conto dell'importo compensativo pari a € 11.000.000, ad invarianza del tetto complessivo regionale ed in ragione del trasferimento, in termini di unità di servizio e di fabbisogno del personale dell'Ospedale "Francesco Lastaria" di Lucera.

Il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2020-2022, adottato con deliberazioni del Commissario Straordinario n. 219 del 27 maggio 2022 e n. 283 del 28 giugno 2022, è disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente" all'indirizzo:

<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/dotazione-organica> e prevede il rispetto delle seguenti prescrizioni:

- i valori di fabbisogno, per ciascuno degli anni del triennio di riferimento sono contenuti "Fabbisogno FTE approvabile", come definito dalla DGR n. 449/2022, disaggregati per disciplina con esclusivo riferimento alla dirigenza medica e, viceversa, indicati in modo aggregato a livello di azienda con riferimento alla dirigenza SPTA ed al personale del comparto, la cui articolazione per Struttura è rimessa alle valutazioni organizzative della Direzione Generale dell'Azienda;
- il costo complessivo del PTFP, al netto delle voci di costo non ricomprese nella spesa del personale a normativa vigente, rientra nel limite di spesa definito a livello regionale per questo, ai sensi dell'art. 2, co. 71, della legge 191/2009 e succ. mod. ed integraz., con contestuale indicazione della dotazione organica e relativa spesa massima sostenibile, nonché il Piano assunzionale e relativo costo.

Detto Piano è stato adottato precedentemente all'emanazione del DPR n. 81 del 24 giugno 2022 che ha soppresso, tra l'altro, l'articolo 6 commi 1 e 4 della D. Lgs. del 3 marzo 2001 n. 165 riferito al Piano dei Fabbisogni in quanto riassorbito nell'apposita Sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

3.3.1 Formazione del personale

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, 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 Residenziale e di Formazione sul Campo 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;
- Appropriatelyzza, 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 2022.

STRUTTURA PROPONENTE	TITOLO	PERIODO DI SVOLGIMENTO	DESTINATARI
SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO, AI SENSI DEL D.LGS. 81/08.	PRIMO E SECONDO SEMESTRE	TUTTE LE PROFESSIONI
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URG.	CORSO ILS (IMMEDIATE LIFE SUPPORT)	PRIMO E SECONDO SEMESTRE 2021	MEDICO CHIRURGO E INFERMIERE
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URG.	CORSO BLS D SANITARI	PRIMO E SECONDO SEMESTRE 2021	TUTTE LE PROFESSIONI
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URG.	CORSO BLS D PEDIATRICO SANITARIO	PRIMO E SECONDO SEMESTRE 2021	TUTTE LE PROFESSIONI
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URG.	CORSO PTC BASE	PRIMO E SECONDO SEMESTRE 2021	MEDICO CHIRURGO E INFERMIERE
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	GESTIONE DELLE VIE AEREE IN EMERGENZA CON SIMULAZIONE MEDICA AVANZATA	PRIMO E SECONDO SEMESTRE 2021	MEDICO CHIRURGO
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENA 118	FORMAZIONE CONTINUA S.U.Em.118 2021 - 2022	PRIMO E SECONDO SEMESTRE	TUTTE LE PROFESSIONI
S.C. CENTRALE OPERATIVA 118	DISPATCH – PROTOCOLLI OPERATIVI – TECNICHE DI LINGUAGGIO PROFESSIONALI	GENNAIO FEBBRAIO MARZO 3 EDIZIONI	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE
S.C. CENTRALE OPERATIVA 118	CORSO BASE DI INGLESE SANITARIO	PRIMO E SECONDO SEMESTRE	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE
S.C. CENTRALE OPERATIVA 118	RETRAINING BLS D ADULTO E PEDIATRICO	PRIMO E SECONDO SEMESTRE	INFERMIERI, AUTISTI, SOCCORRITORI SEU 118
S.C. CENTRALE OPERATIVA 118	<u>GESTIONE DELLE VIE AEREE</u> a) Ventilazione b) Presidi sovraglottici c) I.O.T. e cricotiroidotomia d) Riconoscimento e trattamento del PNX	PRIMO E SECONDO SEMESTRE	MEDICI DEL SEU 118
S.C. CENTRALE OPERATIVA 118	NUOVO PROTOCOLLO PROVINCIALE S.E.U.	PRIMO E SECONDO SEMESTRE	MEDICI SEU 118 INFERMIERI SEU 118 AUTISTI E SOCCORRITORI SEU 118
S.C. CENTRALE OPERATIVA 118	INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA	PRIMO E SECONDO SEMESTRE	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	INTOSSICAZIONI ALIMENTARI: BOTULISMO	19/01/2022	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	WORKSHOP INFERMIERISTICI DEL CENTRO ANTIVELENI 2020 ANTIDOTI COME, QUANDO E DOVE USARLI: GESTIONE INFERMIERISTICA DEGLI ANTIDOTI IN UN CENTRO ANTIVELENI	13 APRILE 2022	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	WORKSHOP INFERMIERISTICI DEL CENTRO ANTIVELENI 2020 MORSI DI ANIMALI: COME RICONOScerLI E TRATTARLI	11 MAGGIO 2022	TUTTE LE PROFESSIONI

CENTRO ANTIVELENI	WORKSHOP INFERMIERISTICI DEL CENTRO ANTIVELENI 2020 BANCHE DATI TOSSICOLOGICHE	13 OTTOBRE 2022	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	WORKSHOP INFERMIERISTICI DEL CENTRO ANTIVELENI 2020 GESTIONE DEL PAZIENTE CON USTIONE CHIMICA	10 NOVEMBRE 2022	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	AGGIORNAMENTI IN TOSSICOLOGIA CLINICA	DAL 02/02/2022 AL 15/06/2022	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	AGGIORNAMENTI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E TUTELA E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO	DAL 22/06/2022 AL 30/11/2022	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	TOSSICOLOGIA 2020	DAL 21/09/2022 AL 14/12/2022	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	XIV CONVEGNO DI TOSSICOLOGIA CLINICA	NOVEMBRE 2022	TUTTE LE PROFESSIONI
CHIRURGIA TORACICA	PROCEDURE ERAS (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY) IN CHIRURGIA TORACICA	22/01/2022	MEDICO CHIRURGO PSICOLOGO DIETISTA INFERMIERE
CHIRURGIA TORACICA	NODULO POLMONARE SOLITARIO – APPROCCIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO	21/05/2022	
CHIRURGIA TORACICA	PROTOCOLLI DIAGNOSTICO ASSISTENZIALI NELLA GESTIONE DEL TRAUMA TORACICO	24/09/2022	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE FISIOTERAPISTA
DIREZIONE SANITARIA	CARTELLA CLINICA ELETTRONICA		MEDICO CHIRURGO
ENDOCRINOLOGIA	APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLA PATOLOGIA DELL'ASSE IPOTALAMO - IPOFISI	14/01/2022	MEDICO CHIRURGO
ENDOCRINOLOGIA	MANAGEMENT DEL DIABETE IN GRAVIDANZA	MARZO 2022	MEDICO CHIRURGO E INFERMIERE
ENDOCRINOLOGIA	SCOMPENSO CARDIACO E DIABETE	SETTEMBRE 2022	MEDICO CHIRURGO
NEUROLOGIA	AGGIORNAMENTI IN TEMA DI STROKE GIOVANILE – 1° EDIZIONE	MARZO 2022	MEDICO CHIRURGO INFERMIERI TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE
NEUROLOGIA	MALATTIE NEURODEGENERATIVE- 1° EDIZIONE	MAGGIO 2022	MEDICO CHIRURGO CHIRURGOINFERMIERE FISIOTERAPISTI TECNICI PSICOLOGO
OSTETRICIA E GINECOLOGIA UNIVERSITARIA	UP DATE 1° TRIMESTRE: SCREENING – ECOGRAFIA - GENETICA	10/06/22	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA UNIVERSITARIA	UP DATE SANGUINAMENTI UTERINI ANOMALI: DIAGNOSI E TERAPIA MEDICA/CHIRURGICA	07 E 08/04/2000	MEDICO CHIRURGO EINFERMIERE
OSTETRICIA E GINECOLOGIA UNIVERSITARIA	CORSO TEORICO – PRATICO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLE EMERGENZE OSTETRICHE – 3° EDIZIONE	10 E 11 NOVEMBRE 2022	MEDICO CHIRURGO EINFERMIERE OSTETRICA
PATOLOGIA CLINICA	RACCOMANDAZIONI PER LA RILEVAZIONE E GESTIONE DEI CAMPIONI NON IDONEI NEI LABORATORI CLINICI	DAL 08/09/2022 AL 16/12/2022	MEDICO CHIRURGO, BIOLOGO, INFERMIERE, TSLB

PATOLOGIA CLINICA	APPLICAZIONE CLINICA DELLA APPROPRIATEZZA IN MEDICINA DI LABORATORIO	27/04/2022	MEDICO CHIRURGO
PSICHIATRIA UNIVERSITARIA	LA COMUNICAZIONE IN PSICHIATRIA: PUNTO FONDAMENTALE NELL'EQUIPE PER UNA QUALITA' ASSISTENZIALE DI ECCELLENZA		MEDICO CHIRURGO INFERMIERE OSS
PSICHIATRIA UNIVERSITARIA	INTRODUZIONE E PRESCRIZIONE DELLE NUOVE MOLECOLE NELLA TERAPIA L. A.I.: LA RESPONSABILITA' INFERMIERISTICA		MEDICO CHIRURGO INFERMIERE OSS
PSICOLOGIA OSPEDALIERA	CORSO DI FORMAZIONE ALLA RELAZIONE MEDICO - PAZIENTE	PRIMO E SECONDO SEMESTRE	MEDICO CHIRURGO E INFERMIERE
FORMAZIONE	L'ATTUAZIONE DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA AMMINISTRATIVA, ACCESSO CIVICO E PRIVACY	SECONDO SEMSTRE	TUTTO IL PERSONALE
REGIONE PUGLIA	FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO SUL SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELLA SPESA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	SECONDO SEMSTRE	TUTTO IL PERSONALE
AREA PATRIMONIO	IL CODICE DEGLI APPALTI E DEI CONTRATTI PUBBLICI	SECONDO SEMESTRE	PERSONALE AREA PATRIMONIO, AREA TECNICA, SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI
AREA PATRIMONIO	PROCEDURA NEGOZIATA SENZA BANDO E AFFIDAMENTO DIRETTO PER UNICITA'/INFUNGIBILITA'	SECONDO SEMESTRE	PERSONALE AREA PATRIMONIO, AREA TECNICA, SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI

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 in questo Piano 2022 – 2024 e rendicontati nella Relazione sulla Performance. Come già evidenziato nel paragrafo “La programmazione annuale e il ciclo di gestione della Performance” nella sezione “Performance” di questo Piano 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 2.3.7 “Monitoraggio e riesame periodico”.