



# **PIAO**

## **Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025**



*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.....	5
1.1	Le attività e i principali risultati raggiunti .....	6
1.2	La produzione aziendale.....	7
1.2.1	L'attività di ricovero .....	7
1.2.2	L'attività ambulatoriale.....	18
1.2.3	L'attività della rete emergenza-urgenza.....	19
1.2.4	Principali indicatori di attività-performance Dipartimenti e Strutture Sanitarie .....	21
2	Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione.....	24
2.1	Valore pubblico.....	24
2.1.1	L'accessibilità digitale .....	25
2.1.2	L'accessibilità fisica.....	26
2.1.3	Le procedure da reingegnerizzare e semplificare.....	26
2.1.4	Obiettivi di benessere equo e sostenibile .....	27
2.2	Performance .....	27
2.2.1	Gli obiettivi dell'Azienda .....	27
2.2.2	La programmazione annuale e il ciclo di gestione della performance .....	38
2.2.3	Dalla performance organizzativa alla performance individuale.....	39
2.2.4	Performance e programmazione di bilancio.....	40
2.3	Rischi Corruttivi e Trasparenza.....	41
2.3.1	Processo di elaborazione.....	42
2.3.2	Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione .....	42
2.3.3	Obiettivi Strategici anticorruzione .....	47
2.3.4	Valutazione d'impatto del contesto esterno .....	47
2.3.5	Valutazione d'impatto del contesto interno .....	52
2.3.6	Mappatura dei processi .....	52
2.3.7	Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi .....	54
2.3.8	Misure di prevenzione.....	56
2.3.9	Patto di integrità.....	57
2.3.10	Conflitto di interessi.....	58
2.3.11	Codice di Comportamento .....	59
2.3.12	Incompatibilità successiva .....	60
2.3.13	Segnalazione illeciti .....	61
2.3.14	Inconferibilità ed incompatibilità.....	63
2.3.15	Rotazione del Personale.....	64
2.3.16	Incarichi extra-istituzionali .....	65
2.3.17	Monitoraggio tempi procedurali.....	65
2.3.18	Formazione del Personale .....	65
2.3.19	Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante .....	66
2.3.20	Sponsorizzazioni.....	66
2.3.21	Attività conseguenti al decesso.....	67

2.3.22	Donazione e Comodati d'uso .....	67
2.3.23	Attività Libero Professionale – ALPI .....	68
2.3.24	Referente monitoraggio Opere Pubbliche .....	68
2.3.25	Gestore procedure antiriciclaggio .....	68
2.3.26	Flussi informatici periodici .....	68
2.3.27	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....	69
2.3.28	Monitoraggio e Riesame Periodico.....	69
2.3.29	Trasparenza Amministrativa .....	70
2.3.30	Coinvolgimento degli Stakeholders .....	71
2.3.31	Accesso Civico Semplice e Generalizzato .....	72
2.3.32	Allegati .....	73
3	Sezione 3: Organizzazione del capitale umano.....	74
3.1	Struttura organizzativa .....	74
3.2	Organizzazione del lavoro agile .....	79
3.2.1	Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile .....	79
3.2.2	Modalità attuative del lavoro agile durante la fase ordinaria .....	80
3.2.3	Soggetti, procedura e svolgimento della prestazione .....	80
3.2.4	Strumenti tecnologici in dotazione al dipendente .....	83
3.2.5	Percorsi formativi .....	84
3.2.6	Programma di sviluppo del lavoro agile .....	84
3.3	Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale .....	88
3.3.1	Formazione del personale .....	92
4	Sezione 4: Monitoraggio.....	97

## Premessa

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

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

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

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

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

## 1 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

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

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

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

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

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

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



## 1.1 Le attività e i principali risultati raggiunti

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

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

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

Venendo ai risultati più significativi raggiunti nel corso del 2022, si sottolineano in particolare:

- 1) l'apertura del nuovo Pronto Soccorso che rappresenta una importantissima tappa nell'adeguamento dei requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici a standard di elevata qualità assistenziale e fornirà un decisivo impulso al miglioramento di tutti i percorsi assistenziali di emergenza urgenza per i quali il Policlinico di Foggia è centro di riferimento;
- 2) la prosecuzione del Piano di recupero delle liste d'attesa: nei primi nove mesi dell'anno sono state recuperate n. 5066 visite ambulatoriali e n. 1012 ricoveri per interventi chirurgici;
- 3) l'approvazione del quadro economico di progetto per l'intervento di riqualificazione insediativa per messa a norma antisismica del monoblocco del P.O. Ospedale Riuniti finanziato, per € 40.000.000,00, dal 1° stralcio dell'Accordo di Programma integrativo ex art. 20 Legge n. 67/1988 firmato in data 18/11/2020 e, per € 11.300.000,00, con risorse del bilancio aziendale;
- 4) l'approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica per i lavori di adeguamento alla normativa antisismica, impiantistica ed antincendio, con riqualificazione distributiva delle strutture ricadenti nell'area dell'ex Ospedale Riuniti e non appartenenti al monoblocco (Piastra Laboratori) finanziato, per € 15.200.000,00 già assegnati, dall'art. 20 Legge n. 67/1988 e, per € 34.800.000,00, dall'art. 1 comma 95 Legge n. 145/2018 il cui iter tecnico-amministrativo non risulta formalmente concluso;
- 5) la predisposizione del cronoprogramma degli acquisti finalizzati all'ammodernamento del parco tecnologico del Policlinico grazie ad un finanziamento di € 10.743.000,00 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che consentirà di dotarsi di quattro tomografi computerizzati 128 strati, un tomografo a risonanza magnetica 1,5 tesla, due gamma camera, una PET/TC, un mammografo con tomosintesi, tre angiografi, quindici ecografi, due telecomandati radiologici digitali;
- 6) l'elaborazione di tre proposte progettuali a valere sul finanziamento regionale POR/POC Puglia 2014-2020 per un ammontare complessivo pari a € 3.470.000,00 relative:
  - all'aggiornamento tecnologico e al potenziamento funzionale del Servizio di day service multidisciplinari chirurgici mediante l'acquisto di quattro lampade scialitiche, un sistema di

posizionamento e trasporto paziente per le procedure di brachiterapia, un ecografo portatile, sedici letti bilancia per dialisi, quattordici ventilatori per anestesia, un otomicroscopio e un rinomanometro;

- al potenziamento del servizio ambulatoriale di Endoscopia Digestiva attraverso l'acquisto di quattro pompe di lavaggio endoscopi, otto armadi portaendoscopi, due videocolonscopi, un elettrobisturi per endoscopia e un colonscopio;
- all'aggiornamento e al potenziamento del parco tecnologico per l'erogazione della specialistica ambulatoriale, inclusi i day service, nell'ambito della diagnosi e cura della fertilità di coppia e delle patologie urologiche attraverso l'acquisto di un laser tullio, un apparecchio focale ad onde d'urto a bassa intensità, tre cistoscopi flessibili e una sterilizzatrice per ottiche.

7) il completamento dell'organigramma delle strutture amministrative che ha eliminato di fatto le posizioni vacanti e i dirigenti facenti funzioni e ha contribuito a dare impulso all'azione amministrativa dell'Azienda.

## 1.2 La produzione aziendale

Le strutture sanitarie pubbliche sono insiemi molto complessi da governare soprattutto per i compiti particolarmente impegnativi che ne derivano dal fatto di non avere come ultimo fine il profitto ma la salute delle persone. Come tutte le strutture produttive complesse esse devono poter contare su una organizzazione efficiente e nel contempo in grado di assicurare una buona efficacia rispondendo alla necessità di prestazioni ed utilizzando razionalmente le risorse assegnate. Nei paragrafi che seguono sono rappresentati i dati più significativi della produzione del Policlinico di Foggia distinti per:

- a) attività di ricovero;
- b) attività ambulatoriale;
- c) attività della rete emergenza-urgenza;
- d) principali indicatori di attività-performance Dipartimenti e Strutture Sanitarie.

### Nota metodologica produzione aziendale

Nei report seguenti è stato effettuato il confronto tra il 2022, 2021 ed il 2019 in modo da poter valutare il raffronto con la fase pre-pandemica. Non è stato considerato l'anno 2020 in quanto caratterizzato dalle prime fasi dell'emergenza da Covid-19 con conseguente drastica riduzione della produzione aziendale. I dati riferiti al 2019 e al 2021 risultano essere consolidati; quelli del 2022 non assestati in quanto estratti dal Sistema regionale Edotto l'11/01/2023 e saranno consolidati al termine del 1° trimestre.

### 1.2.1 L'attività di ricovero

Nel corso dell'anno 2022 il Policlinico ha erogato 30.386 ricoveri complessivi di cui il 90,19% in regime ordinario e il 9,81% in regime di ricovero diurno, facendo registrare un consistente aumento dell'attività complessiva di ricovero rispetto all'anno 2021 pari all'**11,16%**. Tale aumento risulta essere particolarmente evidente nell'ambito dell'attività ordinaria (**+11,93%**); per quanto riguarda i ricoveri diurni è invece pari al **4,49%**.

La marcata riduzione del numero di ricoveri diurni, avutasi in rapporto al 2019, rispecchia l'azione positiva, attuata in aderenza alle direttive regionali ed aziendali, in tema di trasferimento in Day Service di alcuni ricoveri classificati in precedenza come diurni.



Tabelle 1.2.1 a - Dimessi ricoveri

Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri totali	
2022	2021	2022	2021	2022	2021
27.406	24.484	2.980	2.852	30.386	27.336

Variazioni assolute e % 2022 vs 2021					
Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri totali	
2.922	11,93%	128	4,49%	3.050	11,16%

Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri totali	
2022	2019	2022	2019	2022	2019
27.406	28.886	2.980	3.385	30.386	32.271

Variazioni assolute e % 2022 vs 2019					
Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri totali	
-1.480	-5,12%	-405	-11,96%	-1.885	-5,84%

Anche il valore della produzione è in aumento del **7,48%** rispetto al 2021 e del **5,16%** rispetto al 2019 seppur i volumi, raffrontati rispetto a quest'ultimo, siano in riduzione. Gli incrementi maggiori si hanno nell'ambito dell'attività diurna: **+20,49%** (2022 vs 2021) e **+12,21%** (2022 vs 2019).

Tabelle 1.2.1 b - Valore della produzione da attività di ricovero

Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri totali	
2022	2021	2022	2021	2022	2021
108.240.794,56 €	101.134.638,95 €	4.232.856,50 €	3.513.048,00 €	112.473.651,06 €	104.647.686,95 €

Variazioni assolute e % 2022 vs 2021					
Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri totali	
7.106.155,61 €	7,03%	719.808,50 €	20,49%	7.825.964,11 €	7,48%

Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri totali	
2022	2019	2022	2019	2022	2019
108.240.794,56 €	103.179.426,82 €	4.232.856,50 €	3.772.198,56 €	112.473.651,06 €	106.951.625,38 €

Variazioni assolute e % 2022 vs 2019					
Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri totali	
5.061.367,74 €	4,91%	460.657,94 €	12,21%	5.522.025,68 €	5,16%

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

Tabelle 1.2.1 c - Peso medio DRG

Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri totali	
2022	2021	2022	2021	2022	2021
1,19	1,24	1,00	0,91	1,17	1,21

Variazioni assolute 2022 vs 2021		
Ricoveri Ordinari	Ricoveri Diurni	Totale
-0,05	0,09	-0,04

Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri totali	
2022	2019	2022	2019	2022	2019
1,19	1,12	1,00	0,92	1,17	1,10

Variazioni assolute 2022 vs 2019		
Ricoveri Ordinari	Ricoveri Diurni	Totale
0,07	0,08	0,07

Anche la degenza media si dimostra sostanzialmente stabile, seppur in riduzione rispetto al 2021 data la progressione della copertura vaccinale e la conseguente riduzione della durata dei ricoveri ordinari da Covid; il confronto con il 2019 sembrerebbe peggiorativo se non si considerasse che nel 2020 è stata attivata la Struttura di Lungodegenza presso lo stabilimento Lastaria.

Tabelle 1.2.1 d - Degenza ordinaria

Giornate di Degenza		Degenza Media		Variazioni assolute 2022 vs 2021	
2022	2021	2022	2021	Giornate di degenza	Degenza Media
210.246	205.554	7,7	8,4	4.692	-0,7

Giornate di Degenza		Degenza Media		Variazioni assolute 2022 vs 2019	
2022	2019	2022	2019	Giornate di degenza	Degenza Media
210.246	196.937	7,7	6,8	13.309	0,9

Considerando il numero di accessi diurni e quelli medi per ricovero diurno, il dato sembra essere in peggioramento confrontato col 2021; in realtà la produzione diurna mostra un incremento notevole sia come numero che come valore, evidenziato nelle prime tabelle.

Tabelle 1.2.1 e - Degenza diurna

Accessi Diurni		N. accessi medi per DH/DS		Variazioni assolute 2022 vs 2021	
2022	2021	2022	2021	Accessi diurni	N. accessi medi per DH/DS
5.279	5.479	1,77	1,92	-200	-0,15

Accessi Diurni		N. accessi medi per DH/DS		Variazioni assolute 2022 vs 2019	
2022	2019	2022	2019	Accessi Diurni	N. accessi medi per DH/DS
5.279	5.017	1,77	1,48	262	0,29

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 nelle fasi di emergenza-urgenza, diagnostica e terapeutica acuta. I pazienti Covid complessivamente trattati sono stati 1.502 per un numero complessivo di giornate di degenza pari a 24.524 sui tre livelli di complessità (non intensivo, semi-intensivo e intensivo). La degenza media di un paziente Covid è stata di 16,3 gg; il peso medio pari a 1,3. Quest'ultimi dati mostrano una netta flessione rispetto al 2021 rimarcando l'efficacia della campagna vaccinale.

Tabella 1.2.1 f - DRG Covid

DRG	Numero Dimessi	Età Media	Giorni Degenza	Degenza Media	Ricavi
421 Malattie di origine virale, et... > 17 anni	205	58,20	1.776	8,70	442.503,00 €
542 Tracheostomia con ventilazione meccanica > 96 ore	14	77,90	632	45,10	484.816,00 €
565 Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita 96 ore	26	69,90	484	18,60	391.111,00 €
566 Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96	24	78,00	486	20,30	164.712,00 €
79 Infezioni e infiammazioni respiratorie, et... > 17 anni con CC	520	76,80	10.587	20,40	3.009.124,00 €
80 Infezioni e infiammazioni respiratorie, et... > 17 anni senza CC	66	66,40	707	10,70	275.296,00 €
Altri DRG	647	59,60	9.852	15,20	2.900.552,10 €
<b>TOTALE</b>	<b>1.502</b>	<b>66,3</b>	<b>24.524</b>	<b>16,3</b>	<b>7.668.114,10 €</b>

Tabella 1.2.1 g - Ricoveri Covid per Struttura

Struttura	Numero Dimessi	Giorni Degenza	Degenza Media	Peso Medio	Ricavi
Anestesia e Rianimazione	4	99	24,8	4,1	79.170,00 €
Anestesia e Rianimazione -COVID	44	688	15,6	3,5	602.170,00 €
Cardiologia a dir univ	8	74	9,3	1,8	37.459,00 €
Chirurgia Covid (Area Chirurgica Covid)	86	1.180	13,7	1,2	342.616,00 €
Chirurgia Generale a dir. Osp.	1	21	21,0	1,2	4.924,00 €
Chirurgia Generale a dir. Univ.	1	10	10,0	1,1	13.712,00 €
Chirurgia Vascolare	1	47	47,0	1,6	11.031,00 €
Ematologia a dir. Osp.	5	120	24,0	2,4	37.602,00 €
Endocrinologia a dir. Univ.	18	318	17,7	1,0	67.044,00 €
Epatologia	56	1.097	19,6	1,5	290.768,00 €
Gastroenterologia a dir. Osp.	9	173	19,2	1,2	35.165,00 €
Gastroenterologia Covid	6	40	6,7	1,1	25.237,00 €
Geriatria LUCERA	2	42	21,0	1,2	5.007,00 €
LUNGODEGENZA - LUCERA	1	11	11,0	1,1	1.694,00 €
Malattie Apparato Respiratorio Ospedal.	12	579	48,3	1,8	141.693,00 €
Malattie Apparato Respiratorio Univers.	18	667	37,1	1,7	232.595,00 €
Malattie Infettive a dir. Univ.	4	186	46,5	1,3	29.676,00 €
MALATTIE INFETTIVE COVID POLICLINICI RIUNITI FOGGIA	680	10.763	15,8	1,3	2.873.892,00 €
Medicina Fisica e Riabilitazione a dir. Univ.	7	322	46,0	1,0	82.564,90 €
MEDICINA GENERALE - LUCERA	1	22	22,0	1,1	1.468,00 €
Medicina I a dir Univ.	39	1.051	26,9	1,4	245.302,00 €
Medicina I a dir. Osp.	27	723	26,8	1,5	167.305,00 €
Neonatologia	11	69	6,3	1,9	20.651,00 €
Neurochirurgia a dir. Osp.	3	70	23,3	2,2	30.826,00 €
Neurologia a dir. Univ.	1	11	11,0	1,0	4.553,00 €
Neurologia a dir. Osp.	7	146	20,9	1,1	22.270,00 €
Neuropsichiatria Infantile a dir. Osp.	2	7	3,5	0,6	4.019,00 €
Ortopedia e Traumatologia a dir. Univ.	1	12	12,0	1,4	6.920,00 €
Ortopedia e Traumatologia Urg. a dir. Osp.	1	16	16,0	1,2	4.879,20 €
Ostetricia e Ginecologia a dir. Univ.	1	5	5,0	0,7	1.272,00 €
Ostetricia e Ginecologia Covid	75	371	4,9	1,5	712.390,00 €
Pediatria a dir. Univ.	63	208	3,3	0,5	73.327,00 €
Pediatria Covid	8	22	2,8	0,4	12.810,00 €
PNEUMOLOGIA COVID POLICLINICI RIUNITI FOGGIA (POST ACUZIE D'AVANZO)	253	4.629	18,3	1,5	1.250.277,00 €
Psichiatria a dir univ	1	14	14,0	0,7	1.942,00 €
Reumatologia a dir. Univ.	4	61	15,3	1,2	14.324,00 €
Reumatologia Covid	34	594	17,5	1,3	154.439,00 €
Terapia Intensiva Cardiologica UTIC	7	56	8,0	1,5	25.120,00 €
<b>TOTALE</b>	<b>1.502</b>	<b>24.524</b>	<b>16,3</b>	<b>1,3</b>	<b>7.668.114,10 €</b>

Nel 2022 l'attività chirurgica è aumentata, portando l'incidenza della stessa rispetto al totale dei ricoveri (ordinari e day surgery) dal 39,55% del 2021 al **41,51%** del 2022; il confronto risulta essere in ulteriore progresso rispetto alla fase pre pandemica (38,48% nel 2019).

Tabelle 1.2.1 h - Percentuale DRG chirurgici sul totale della produzione

Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri Totali	
2022	2021	2022	2021	2022	2021
38,60%	37,58%	68,29%	56,45%	41,51%	39,55%

Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri Totali	
2022	2019	2022	2019	2022	2019
38,60%	37,29%	68,29%	48,60%	41,51%	38,48%

Nel 2022, nel blocco operatorio e nelle sale interventistiche, sono stati eseguiti complessivamente n. 21.762 interventi con un marcato aumento rispetto all'anno 2021 (n. interventi 18.130, + 20% circa) ed in crescita anche rispetto all'anno 2019 (n. interventi 21.422, + 1,60% circa).

Tabella 1.2.1 i - Interventi chirurgici

BLOCCO	STRUTTURE	INTERVENTI				TOTALE
		ORD.	AMB.	DS	PAC	
LASTARIA	TERAPIA DEL DOLORE	27	603	204	0	<b>834</b>
	CHIRURGIA GEN. OSP.	0	0	1.108	0	<b>1.108</b>
	CHIRURGIA GEN. UNIV.	0	0	89	0	<b>89</b>
	ORTOPEDIA UNIV.	0	0	225	0	<b>225</b>
	ORTOPEDIA OSP.	0	0	153	0	<b>153</b>
	GINECOLOGIA	0	0	0	0	<b>0</b>
	UROLOGIA	0	0	165	0	<b>165</b>
	CHIRURGIA PLASTICA	0	0	211	0	<b>211</b>
	ANDROLOGIA	0	0	85	0	<b>85</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>27</b>	<b>603</b>	<b>2.240</b>	<b>0</b>	<b>2.870</b>
PLESSO CHIRURGICO	CHIRURGIA GEN. UNIV.	1.102	0	0	0	<b>1.102</b>
	OTORINO	1.032	0	0	0	<b>1.032</b>
	ORTOPEDIA OSP.	933	0	0	0	<b>933</b>
	ORTOPEDIA UNIV.	798	0	0	0	<b>798</b>
	NEUROCHIRURGIA	634	0	0	0	<b>634</b>
	CHIRURGIA GEN. OSP.	1.461	0	0	0	<b>1.461</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>5.960</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5.960</b>
PLESSO MATERNITA'	OSTETRICA E GIN. OSP.	939	0	293	0	<b>1.232</b>
	OSTETRICA E GIN. UNIV.	891	0	795	0	<b>1.686</b>
	PMA	0	0	136	0	<b>136</b>
	I.V.G.	0	0	29	0	<b>29</b>
	CHIRURGIA PED. OSP.	279	0	0	0	<b>279</b>
	CHIRURGIA PED. UNIV.	150	0	0	0	<b>150</b>
	CHIRURGIA PLASTICA	1.137	0	0	0	<b>1.137</b>
	OCULISTICA	0	0	0	4.779	<b>4.779</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>3.396</b>	<b>0</b>	<b>1.253</b>	<b>4.779</b>	<b>9.428</b>
UROLOGIA	UROLOGIA	2.515	0	0	0	<b>2.515</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>2.515</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.515</b>
CORPO H	CHIRURGIA TORACICA	564	0	0	0	<b>564</b>
	CHIRURGIA VASCOLARE	425	0	0	0	<b>425</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>989</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>989</b>
<b>TOTALE</b>		<b>12.887</b>	<b>603</b>	<b>3.493</b>	<b>4.779</b>	<b>21.762</b>

La percentuale dei DRG medici ed altro sul totale della produzione delinea una riduzione in misura proporzionale all'aumento di quelli chirurgici.

Tabella 1.2.1 l - Percentuale DRG medici e altro sul totale della produzione

Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri Totali	
2022	2021	2022	2021	2022	2021
61,40%	62,42%	31,71%	43,55%	58,49%	60,45%

Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni		Ricoveri Totali	
2022	2019	2022	2019	2022	2019
61,40%	62,71%	31,71%	51,40%	58,49%	61,52%

L'attività è in miglioramento anche per l'appropriatezza di ricovero; uno degli Indicatori di appropriatezza è l'Indice di inappropriatezza. I dati mostrano che la percentuale di dimissioni con DRG inappropriati, rapportato al totale delle dimissioni, è in costante diminuzione come dimostrato dalle seguenti tabelle.

Tabella 1.2.1 m - % DRG Inappropriati per ricoveri ordinari

Anno Dimissione	N.° Dimissioni Totali	N.° Dimissioni con DRG inappropriati	% Dimissioni con DRG inappropriati	Valore totale SDO	Valore SDO con DRG inappropriati	% Valore SDO con DRG inappropriati
2019	28.886	4.520	15,65%	103.179.427 €	4.964.820 €	4,81%
2021	24.484	2.566	10,48%	101.134.639 €	2.893.083 €	2,86%
2022	27.406	2.823	10,30%	108.240.795 €	3.136.395 €	2,90%

Tabella 1.2.1 n - % DRG Inappropriati per ricoveri diurni

Anno Dimissione	N.° Dimissioni Totali	N.° Dimissioni con DRG inappropriati	% Dimissioni con DRG inappropriati	Valore totale SDO	Valore SDO con DRG inappropriati	% Valore SDO con DRG inappropriati
2019	3.385	1.274	37,64%	3.772.199 €	1.048.739 €	27,80%
2021	2.852	1.309	45,90%	3.513.048 €	1.170.085 €	33,31%
2022	2.980	992	33,29%	4.232.857 €	1.078.137 €	25,47%

Tabella 1.2.1 o - % DRG Inappropriati per ricoveri ordinari e diurni

Anno Dimissione	N.° Dimissioni Totali	N.° Dimissioni con DRG inappropriati	% Dimissioni con DRG inappropriati	Valore totale SDO	Valore SDO con DRG inappropriati	% Valore SDO con DRG inappropriati
2019	32.271	5.794	17,95%	106.951.625 €	6.013.558 €	5,62%
2021	27.336	3.875	14,18%	104.647.687 €	4.063.167 €	3,88%
2022	30.386	3.815	12,56%	112.473.651 €	4.214.532 €	3,75%

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

Le tabelle rappresentano il numero e la percentuale di ricoveri in relazione alla provenienza dei casi trattati.



Tabelle 1.2.1 p - Provenienza dei pazienti

Provenienza dei ricoveri ordinari	%		Numero ricoveri	
	2022	2021	2022	2021
Casi residenti in Provincia di Foggia	86,78%	87,12%	23.782	21.331
Casi residenti in Regione Puglia	7,08%	7,02%	1.939	1.719
Casi residenti fuori Regione Puglia	6,15%	5,86%	1.685	1.434

Provenienza dei day hospital	%		Numero ricoveri	
	2022	2021	2022	2021
Casi residenti in Provincia di Foggia	88,39%	88,67%	2.634	2.529
Casi residenti in Regione Puglia	6,14%	6,28%	183	179
Casi residenti fuori Regione Puglia	5,47%	5,05%	163	144

Provenienza dei ricoveri ordinari	%		Numero ricoveri	
	2022	2019	2022	2019
Casi residenti in Provincia di Foggia	86,78%	85,99%	23.782	24.839
Casi residenti in Regione Puglia	7,08%	7,36%	1.939	2.127
Casi residenti fuori Regione Puglia	6,15%	6,65%	1.685	1.920

Provenienza dei day hospital	%		Numero ricoveri	
	2022	2019	2022	2019
Casi residenti in Provincia di Foggia	88,39%	86,38%	2.634	2.924
Casi residenti in Regione Puglia	6,14%	7,36%	183	249
Casi residenti fuori Regione Puglia	5,47%	6,26%	163	212

Limitatamente alla provenienza extraregionale dei pazienti, notiamo che la produzione, sia ordinaria che diurna, è rivolta maggiormente alle Regioni limitrofe come Basilicata, Campania e Molise. Da evidenziare nell'ambito della produzione ordinaria la crescita del numero dei pazienti residenti in Lombardia, Veneto, Lazio, Marche, Calabria e Sicilia rispetto sia al 2021 che al 2019.

Tabelle 1.2.1 q - Ricoveri ordinari per provenienza extraregionale dei pazienti

Regione provenienza	N. ricoveri ordinari		% provenienza per Regione	
	2022	2021	2022	2021
Valle D'Aosta	0	1	0,0%	0,1%
Piemonte	29	26	1,7%	1,8%
Lombardia	78	65	4,6%	4,5%
Trentino Alto Adige	2	2	0,1%	0,1%
Veneto	26	10	1,5%	0,7%
Friuli Venezia Giulia	7	11	0,4%	0,8%
Liguria	3	1	0,2%	0,1%
Emilia Romagna	48	32	2,8%	2,2%
Toscana	10	11	0,6%	0,8%
Umbria	3	2	0,2%	0,1%
Marche	23	15	1,4%	1,0%
Lazio	74	44	4,4%	3,1%
Abruzzo	49	53	2,9%	3,7%
Molise	106	125	6,3%	8,7%
Campania	260	195	15,4%	13,6%
Basilicata	468	393	27,8%	27,4%
Calabria	40	25	2,4%	1,7%
Sicilia	34	30	2,0%	2,1%
Sardegna	3	3	0,2%	0,2%
Stato estero	422	390	25,0%	27,2%
<b>Totale</b>	<b>1.685</b>	<b>1.434</b>		

Regione provenienza	N. ricoveri ordinari		% provenienza per Regione	
	2022	2019	2022	2019
Valle D'Aosta	0	0	0,0%	0,0%
Piemonte	29	31	1,7%	1,6%
Lombardia	78	77	4,6%	4,0%
Trentino Alto Adige	2	1	0,1%	0,1%
Veneto	26	11	1,5%	0,6%
Friuli Venezia Giulia	7	12	0,4%	0,6%
Liguria	3	4	0,2%	0,2%
Emilia Romagna	48	58	2,8%	3,0%
Toscana	10	24	0,6%	1,3%
Umbria	3	2	0,2%	0,1%
Marche	23	21	1,4%	1,1%
Lazio	74	60	4,4%	3,1%
Abruzzo	49	41	2,9%	2,1%
Molise	106	128	6,3%	6,7%
Campania	260	296	15,4%	15,4%
Basilicata	468	554	27,8%	28,9%
Calabria	40	27	2,4%	1,4%
Sicilia	34	18	2,0%	0,9%
Sardegna	3	12	0,2%	0,6%
Stato estero	422	543	25,0%	28,3%
<b>Totale</b>	<b>1.685</b>	<b>1.920</b>		

Tabelle 1.2.1 r - Ricoveri diurni per provenienza extraregionale dei pazienti

Regione provenienza	N. ricoveri DH		% provenienza per Regione	
	2022	2021	2022	2021
Valle D'Aosta	0	0	0,0%	0,0%
Piemonte	0	2	0,0%	1,4%
Lombardia	6	8	3,7%	5,6%
Trentino Alto Adige	0	1	0,0%	0,7%
Veneto	2	0	1,2%	0,0%
Friuli Venezia Giulia	1	0	0,6%	0,0%
Liguria	0	0	0,0%	0,0%
Emilia Romagna	1	2	0,6%	1,4%
Toscana	0	0	0,0%	0,0%
Umbria	0	0	0,0%	0,0%
Marche	1	1	0,6%	0,7%
Lazio	1	5	0,6%	3,5%
Abruzzo	7	3	4,3%	2,1%
Molise	30	23	18,4%	16,0%
Campania	23	21	14,1%	14,6%
Basilicata	47	37	28,8%	25,7%
Calabria	4	3	2,5%	2,1%
Sicilia	2	0	1,2%	0,0%
Sardegna	0	1	0,0%	0,7%
Stato estero	38	37	23,3%	25,7%
<b>Totale</b>	<b>163</b>	<b>144</b>		

Regione provenienza	N. ricoveri DH		% provenienza per Regione	
	2022	2019	2022	2019
Valle D'Aosta	0	0	0,0%	0,0%
Piemonte	0	3	0,0%	1,4%
Lombardia	6	2	3,7%	0,9%
Trentino Alto Adige	0	0	0,0%	0,0%
Veneto	2	1	1,2%	0,5%
Friuli Venezia Giulia	1	1	0,6%	0,5%
Liguria	0	0	0,0%	0,0%
Emilia Romagna	1	4	0,6%	1,9%
Toscana	0	2	0,0%	0,9%
Umbria	0	0	0,0%	0,0%
Marche	1	2	0,6%	0,9%
Lazio	1	8	0,6%	3,8%
Abruzzo	7	5	4,3%	2,4%
Molise	30	21	18,4%	9,9%
Campania	23	45	14,1%	21,2%
Basilicata	47	68	28,8%	32,1%
Calabria	4	5	2,5%	2,4%
Sicilia	2	2	1,2%	0,9%
Sardegna	0	6	0,0%	2,8%
Stato estero	38	37	23,3%	17,5%
<b>Totale</b>	<b>163</b>	<b>212</b>		

Nel 2022 la produzione dei ricoveri ordinari è stata espletata soprattutto nei confronti dei pazienti di età superiore ai 75 anni; tale dato è in aumento rispetto al 2021 ed al 2019. Si tratta di pazienti maggiormente esposti a patologie croniche ed a conseguenti rischi di complicanze, ancor più evidenti con l'emergenza pandemica.

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

Tabella 1.2.1 s - Ricoveri ordinari per fascia d'età

	2022		2021		2019	
	N. Dimissioni	Importi	N. Dimissioni	Importi	N. Dimissioni	Importi
Da 0 a 1 anno	2.718	5.962.242 €	2.444	5.017.517 €	2.709	6.835.289 €
Da 1 a 4 anni	462	791.941 €	352	611.806 €	797	1.247.725 €
Da 5 a 14 anni	660	1.204.990 €	510	977.515 €	1.197	2.116.253 €
Da 15 a 24 anni	1.255	3.296.871 €	1.034	3.017.230 €	1.345	3.338.975 €
Da 25 a 44 anni	4.984	13.294.831 €	4.371	11.583.519 €	5.163	12.526.057 €
Da 45 a 64 anni	5.912	26.840.754 €	5.449	25.917.014 €	6.122	25.552.594 €
Da 65 a 74 anni	4.247	21.488.894 €	4.008	22.127.277 €	4.550	20.995.936 €
Oltre i 75 anni	7.168	35.360.271 €	6.316	31.882.762 €	7.003	30.566.598 €
<b>TOTALE</b>	<b>27.406</b>	<b>108.240.795 €</b>	<b>24.484</b>	<b>101.134.639 €</b>	<b>28.886</b>	<b>103.179.427 €</b>

Tabella 1.2.1 t - Ricoveri diurni per fascia d'età

	2022		2021		2019	
	N. Dimissioni	Importo	N. Dimissioni	Importo	N. Dimissioni	Importo
Da 0 a 1 anno	26	8.077 €	30	7.300 €	33	10.215 €
Da 1 a 4 anni	134	114.490 €	123	88.845 €	195	223.860 €
Da 5 a 14 anni	402	228.701 €	398	254.300 €	519	336.902 €
Da 15 a 24 anni	292	299.338 €	270	316.631 €	304	298.383 €
Da 25 a 44 anni	410	669.761 €	418	649.570 €	507	664.433 €
Da 45 a 64 anni	873	1.512.765 €	903	1.298.561 €	939	1.120.141 €
Da 65 a 74 anni	468	767.863 €	403	487.902 €	507	643.982 €
Oltre i 75 anni	375	631.862 €	307	409.941 €	381	474.283 €
<b>TOTALE</b>	<b>2.980</b>	<b>4.232.857 €</b>	<b>2.852</b>	<b>3.513.048 €</b>	<b>3.385</b>	<b>3.772.199 €</b>

Per quanto concerne l'attività specialistica per i pazienti interni, nel 2020 è stata attivata la procedura informatizzata NGH per tracciare le richieste e le esecuzioni di prestazioni. Confrontando il 2022 col 2021, l'incremento appare massiccio: **+18,67%** per il numero di prestazioni erogate e **+19,55%** in termini di valore economico.

Tabella 1.2.1 u - Prestazioni ambulatoriali per pazienti "interni"

	2022		2021	
	N. prestazioni	Valore economico	N. prestazioni	Valore economico
Diagnostica di Laboratorio	3.605.949	13.564.878,62 €	3.022.402	11.304.574,43 €
Diagnostica per Immagini	90.810	4.369.144,06 €	84.289	3.892.640,48 €
Attività clinica	136.396	2.857.094,58 €	123.316	2.193.612,34 €
<b>Totale</b>	<b>3.833.155</b>	<b>20.791.117,26 €</b>	<b>3.230.007</b>	<b>17.390.827,25 €</b>

	Variazioni assolute e %			
	N. prestazioni		Valore economico	
Diagnostica di Laboratorio	583.547	19,31%	2.260.304,19 €	19,99%
Diagnostica per Immagini	6.521	7,74%	476.503,58 €	12,24%
Attività clinica	13.080	10,61%	663.482,24 €	30,25%
<b>Totale</b>	<b>603.148</b>	<b>18,67%</b>	<b>3.400.290,01 €</b>	<b>19,55%</b>

\* Nel 2019 non era presente il software che rileva le prestazioni interne

## 1.2.2 L'attività ambulatoriale

Dati il consolidamento della campagna vaccinale e l'applicazione delle direttive regionali ed aziendali in tema di trasferimento in Day Service, nel 2022 l'attività specialistica per pazienti esterni registra un notevole aumento pari al **12,06%** dei volumi e del **11,67%** del valore economico rispetto al 2021.

Anche il raffronto con la fase pre pandemica esplica un netto miglioramento sia per i volumi, pari al **6,21%**, che per il valore, pari al **21,84%**.

Il Policlinico ha erogato nell'anno 2022 **oltre 1.800.000** prestazioni ambulatoriali per un valore di **oltre 49.000.000€**. Esse riguardano la branca laboratoristica, la diagnostica per immagini e le altre branche al fine di garantire completezza ed esaustività dell'offerta per pazienti esterni.

Tabella 1.2.2 a - Prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni

Dipartimento	Quantità		Valore economico	
	2022	2021	2022	2021
Prestazioni di Diagnostica di Laboratorio	1.140.836	1.041.168	10.868.422,58 €	10.224.366,41 €
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	54.579	47.996	3.234.164,49 €	3.107.090,01 €
Altre prestazioni cliniche	619.651	530.632	35.094.644,62 €	30.724.500,26 €
<b>Totale</b>	<b>1.815.066</b>	<b>1.619.796</b>	<b>49.197.231,69 €</b>	<b>44.055.956,68 €</b>

Dipartimento	Variazioni assolute e % 2022 vs 2021			
	Quantità		Valore economico	
Prestazioni di Diagnostica di Laboratorio	99.668	9,57%	644.056,17 €	6,30%
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	6.583	13,72%	127.074,48 €	4,09%
Altre prestazioni cliniche	89.019	16,78%	4.370.144,36 €	14,22%
<b>Totale</b>	<b>195.270</b>	<b>12,06%</b>	<b>5.141.275,01 €</b>	<b>11,67%</b>

Dipartimento	Quantità		Valore economico	
	2022	2019	2022	2019
Prestazioni di Diagnostica di Laboratorio	1.140.836	993.522	10.868.422,58 €	9.567.042,15 €
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	54.579	44.046	3.234.164,49 €	2.641.633,11 €
Altre prestazioni cliniche	619.651	671.326	35.094.644,62 €	28.168.530,96 €
<b>Totale</b>	<b>1.815.066</b>	<b>1.708.894</b>	<b>49.197.231,69 €</b>	<b>40.377.206,22 €</b>

Dipartimento	Variazioni assolute e % 2022 vs 2019			
	Quantità		Valore economico	
Prestazioni di Diagnostica di Laboratorio	147.314	14,83%	1.301.380,43 €	13,60%
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	10.533	23,91%	592.531,38 €	22,43%
Altre prestazioni cliniche	-51.675	-7,70%	6.926.113,66 €	24,59%
<b>Totale</b>	<b>106.172</b>	<b>6,21%</b>	<b>8.820.025,47 €</b>	<b>21,84%</b>

Meritano una menzione specifica i Day Service (PAC/PCA/PCB) che rappresentano oltre il **38,19%** del valore della produzione ambulatoriale, riportando un marcato miglioramento sia come numero di prestazioni erogate che come valore rispetto ad entrambi gli anni antecedenti.

Tabelle 1.2.2 b - Day Service (PAC/PCA/PCB)

	2022	2021	Variazioni assolute e %	
Quantità	54.998	48.567	6.431	13,24%
Valore economico	18.787.304 €	16.430.804 €	2.356.500 €	14,34%

	2022	2019	Variazioni assolute e %	
Quantità	54.998	35.852	19.146	53,40%
Valore economico	18.787.304 €	13.952.623 €	4.834.681 €	34,65%

### 1.2.3 L'attività della rete emergenza-urgenza

Il Policlinico di Foggia, in quanto sede del DEA di II livello, qualifica una parte rilevante della propria attività come emergenza-urgenza. Nel 2022 ha rappresentato **quasi il 55%** dei ricoveri ordinari.

Tabelle n. 1.2.3 a - Percentuale di ricoveri ordinari urgenti

	2022	2021
% ricoveri ordinari urgenti	54,92%	57,99%
% ricoveri ordinari medici urgenti e altro	73,12%	73,14%
% ricoveri ordinari chirurgici urgenti	26,88%	26,86%

	2022	2019
% ricoveri ordinari urgenti	54,92%	55,85%
% ricoveri ordinari medici urgenti e altro	73,12%	74,64%
% ricoveri ordinari chirurgici urgenti	26,88%	25,36%



Durante il 2022 l'attività del Pronto Soccorso, comprendente sia quello di Foggia che di Lucera, ha evidenziato complessivamente un numero di accessi pari a 51.729 con un rialzo di circa il **16%** rispetto al 2021.

Tabelle n. 1.2.3 b - Indicatori Pronto Soccorso

		ANNO 2022	% sul totale accessi PS	ANNO 2021	% sul totale accessi PS
Pronto Soccorso <b>OSPEDALI RIUNITI</b>	Totale accessi	<b>42.569</b>		<b>38.690</b>	
	Rosso - Emergenza	3.847	9,04%	3.514	9,08%
	Arancione: Urgenza	7.224	16,97%	6.079	15,71%
	Azzurro: Urgenza differibile	14.697	34,53%	13.427	34,70%
	Verde: Urgenza minore	16.715	39,27%	15.564	40,23%
	Bianco: non urgente	76	0,18%	90	0,23%
	Nero: deceduto	5	0,01%	6	0,02%
	Non rilevato per accesso diretto	3	0,01%	5	0,01%
	Non specificato	2	0,00%	5	0,01%
	Accessi medi giornalieri	116,63		106	
	N. ricoveri dal Pronto Soccorso	10.023		10.900	
	Tempo medio attesa codice rosso	0,25		0,23	
	Tempo medio attesa codice arancione	1,65		1,33	
	Tempo medio attesa codice azzurro	2,18		2,15	
Tempo medio attesa codice verde	1,25		1,19		

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

		ANNO 2022	% sul totale accessi PS	ANNO 2021	% sul totale accessi PS
Pronto Soccorso <b>LASTARIA</b>	Totale accessi	<b>9.160</b>		<b>5.913</b>	
	Rosso - Emergenza	170	1,86%	63	1,07%
	Arancione: Urgenza	2.174	23,73%	1.026	17,35%
	Azzurro: Urgenza differibile	3.972	43,36%	2.568	43,43%
	Verde: Urgenza minore	2.816	30,74%	2.243	37,93%
	Bianco: non urgente	24	0,26%	7	0,12%
	Nero: deceduto	2	0,02%	2	0,03%
	Non rilevato per accesso diretto	2	0,02%	0	0,00%
	Non specificato	0	0,00%	4	0,07%
	Accessi medi giornalieri	25,10		16,2	
	N. ricoveri dal Pronto Soccorso	380		280	
	Tempo medio attesa codice rosso	0,46		0,29	
	Tempo medio attesa codice arancione	0,84		0,67	
	Tempo medio attesa codice azzurro	0,83		0,66	
Tempo medio attesa codice verde	0,85		0,68		

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

Per quanto riguarda la Centrale Operativa 118, nel 2022 sono pervenute **177.207** richieste di intervento delle quali 79.296 sono attribuibili a richieste di soccorso; di queste ultime 66.342 sono esitate in missioni di soccorso, le rimanenti 12.954 non hanno generato emergenza.

Nello specifico delle 66.342 missioni di soccorso hanno riguardato eventi in abitazioni private il 73,15%; un'altra percentuale pari all'11,58% si è verificato in strada; il rimanente luogo degli eventi è riferibile ad uffici pubblici, scuole e altro.

Le patologie prevalenti, che hanno richiesto i soccorsi di cui sopra, riguardavano nell'ordine problemi cardiocircolatori (24,96%), traumatici (16,37%), respiratori (10,65%) e neurologici (10,24%).

Si può notare una lieve riduzione (-0,76%) dei casi inerenti alla patologia infettiva rispetto al precedente anno.

Le ospedalizzazioni hanno riguardato 29.862 casi (45,01%) di cui 12.908 (**43,20%**) accessi al Policlinico Riuniti e 16.954 (56,8%) accessi presso altre strutture sanitarie.

#### 1.2.4 Principali indicatori di attività-performance Dipartimenti e Strutture Sanitarie

Nei seguenti due tabelloni sono stati presi in considerazione i principali Indici di attività inerenti all'intera produzione aziendale con relativo confronto, prendendo in esame l'arco temporale gennaio-dicembre.

Nonostante il perdurare dello stato emergenziale da Covid-19 che ha caratterizzato la prima parte dell'anno, la produzione del Policlinico mostra un massiccio progresso. Infatti rispetto al 2021 la produzione è in aumento di **12.967.239 €** pari all' **8,72 %**, rispetto al 2019 è di **14.342.051 €** pari al **9,73%**.

Tali dati sono spiegabili considerando le strategie messe in atto dall'Azienda quali:

- **strategie di differenziazione** volte a far fronte all'emergenza pandemica attraverso l'apertura di Strutture Covid, potendo in tal modo rivolgersi ad un target specifico ed implementando l'offerta preesistente;
- **strategie di diversificazione** tese ad incrementare la varietà dell'offerta come nei casi delle Strutture introdotte nell'ambito dei D.A.I. Nefro-Urologico (Andrologia e Chirurgia dei Genitali esterni), Diagnostica di Laboratorio (Microbiologia e Virologia, Cromatografia e Spettrometria di massa – Tossicologia a dir. Univ.), Diagnostica per Immagini (Radiologia Interventistica) e Medico-Geriatrico-Riabilitativo (Lungodegenza).







## 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	DIRIGENTE/COLLABOR. RESPONSABILE
Favorire l'uso delle tecnologie informatiche	Diffusione ed utilizzo del FSE	% numero di referti laboratorio conferiti al FSE > 90%	Triennio 2023-2025	Strutture Patologia Clinica, Genetica Medica, Microbiologia
	Riduzione dei tempi per l'effettuazione delle prestazioni e refertazione per interni	Tempo di attesa medio <=2 giorni	Triennio 2023-2025	di tutte le Strutture Sanitarie
	Formazione in materia di competenze digitali	Attivazione corsi di formazione	31/12/2023	Dott. G. Cancellaro
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 2023-2025	Dott. G. Piccolo
	Aggiornamento e adeguamento dei documenti presenti sul sito aziendale	Verifica da parte del SIA dei documenti presenti sul sito	Triennio 2023-2025	Dott. G. Piccolo

\* 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	DIRIGENTE/COLLAB. RESPONSABILE
Garantire e agevolare l'accessibilità fisica degli spazi a tutti gli utenti	Lavori di apposizione segnaletica Hospitality P.O. Maternità	Esecuzione lavori	31/12/2023	Ing. L. Borrelli
	Abbattimento barriere architettoniche ingresso principale Maternità e ingresso posteriore Maternità verso il Centro di Procreazione Medicalmente Assistita	Esecuzione lavori	31/12/2023	Ing. L. Borrelli
Migliorare la comunicazione in favore dei cittadini	Formazione specifica degli operatori sanitari	Svolgimento corsi di formazione	Triennio 2023-2025	Dott. G. Cancellaro

### 2.1.3 Le procedure da reingegnerizzare e semplificare

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	TARGET	TEMPISTICA	DIRIGENTE/COLLAB. RESPONSABILE
Aumentare l'interoperabilità tra le banche dati aziendali/regionali per migliorare l'erogazione dei servizi sanitari	Implementazione della telemedicina nella gestione dei pazienti con malattie croniche	Avvio delle attività	Triennio 2023-2025	Direzione Sanitaria (responsabile da individuare)
	Reingegnerizzazione dei sistemi informativi dei Laboratori e delle Radiologie (migrazione su cloud, integrazione con la CCE, integrazione con il FSE)	N° di Laboratori/Radiologie reingegnerizzati	Triennio 2023-2025	Dott. G. Piccolo
Introduzione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) per migliorare l'accesso alle informazioni del cittadino-paziente sul proprio stato di salute	Divulgazione della CCE implementata dalla Regione Puglia nei reparti e negli ambulatori	N° reparti/ambulatori avviati	Triennio 2023-2025	di tutte le Strutture Sanitarie
	Implementazione dei processi sanitari non previsti dalla CCE regionale	N° dei processi sanitari (non previsti dalla CCE regionale) digitalizzati	31/12/2025	di tutte le Strutture Sanitarie

## 2.1.4 Obiettivi di benessere equo e sostenibile

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	TARGET	TEMPISTICA	DIRIGENTE/COLLAB. RESPONSABILE
Customer Satisfaction	Organizzazione di specifici percorsi di umanizzazione volti alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari	Organizzazione dei percorsi	31/12/2023	Dott. A. Petrone (Struttura Psicologia)
	Somministrazione questionari ai pazienti degenti nel Policlinico di Foggia	>= 20% delle strutture di degenza	31/12/2023	Dott.ssa L. Silvestris
Risparmio Energetico	Organizzazione di una campagna di sensibilizzazione rivolta al personale del Policlinico	Fruizione di corsi di formazione erogati sulla piattaforma Syllabus	Triennio 2023-2025	Dott. G. Cancellaro
	Formazione specifica per i dirigenti responsabili della gestione degli immobili, dell'impiantistica e degli acquisti	Fruizione offerta formativa ENEA-SNA	Triennio 2023-2025	Dott. G. Cancellaro
	Revisione/rinnovo impianti e apparecchiature	Rendicontazione interventi effettuati	Triennio 2023-2025	Ing. L. Borrelli Ing. M. De Santis

## 2.2 Performance

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

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

### 2.2.1 Gli obiettivi dell'Azienda

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

- ✓ risultare critica per il perseguimento delle finalità istituzionali, incidendo nel determinare cambiamenti organizzativi e/o operativi, a loro volta decisivi per raggiungere gli obiettivi;
- ✓ essere coerente con il posizionamento strategico dell'Azienda ed orientarne la postura rispetto

- al contesto circostante;
- ✓ essere capace di incidere in maniera diffusa e pervasiva all'interno di tutta la struttura aziendale.

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

- dal sistema di valutazione delle performance sanitarie sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
- dalle indicazioni del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.), sviluppato da AGENAS, su mandato del Ministero della Salute, in tema di misurazione comparativa di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del SSN;
- dagli obiettivi LEA come da ultimo individuati con D.P.C.M. 12/1/2017;
- dalla D.G.R. 129/2018, avente ad oggetto "Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018";
- dalla D.G.R. n. 90 del 22 gennaio 2019 di approvazione delle nuove linee guida regionali in materia di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie, sia per il pubblico che per il privato accreditato;
- dal Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui al Decreto Ministero della Salute del 12 marzo 2019;
- dalla D.G.R. n. 133 del 15/02/2021 di adozione delle "Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici";
- dalla D.G.R. n. 314 del 07/03/2022 e dalla L.R. n. 7 del 24/03/2022 recanti "Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci";
- dalla D.G.R. n. 684 dell'11 maggio 2022 relativa alla "Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere-Universitarie del S.S.R. triennio 2020-2022";
- dalla D.G.R. n. 1088 del 28/07/2022 di approvazione del "Piano di recupero delle liste d'attesa di cui all'art. 1 co. 276, 278 e 279 della Legge 30 Dicembre 2021, n. 234".

Nelle more dell'assegnazione degli obiettivi di performance aggiornati da parte della Giunta Regionale, relativamente alla programmazione per il triennio 2023-2025, si è ritenuto opportuno procedere con l'attribuzione degli obiettivi di cui alla citata D.G.R. n. 684 dell'11 maggio 2022 che tengono conto:

- a) del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" approvato con il Decreto del Ministero Salute del 12/03/2019, quale strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000;
- b) della tempestività pagamenti entro i termini previsti dal DPCM 22/09/2014;
- c) dell'adeguamento della rete ospedaliera e territoriale rispetto alla normativa nazionale e regionale in materia;
- d) del contenimento della spesa farmaceutica;
- e) dei rapporti con gli erogatori, con particolare riferimento all'acquisto ai volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale;
- f) della riduzione delle liste d'attesa.

Riguardo al contenimento della spesa farmaceutica, si presume che la Giunta Regionale anche per gli anni a venire definirà gli obiettivi minimi di riduzione della stessa da assegnare alle Aziende Sanitarie pugliesi ribadendo i contenuti della D.G.R. n. 314 del 07/03/2022 con la quale invitavano i Direttori Generali a:

- intensificare le azioni di verifica e controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei medici specialisti prescrittori finalizzato ad un utilizzo appropriato delle risorse pubbliche;

- assegnare ai Direttori delle UU.OO. mediche aziendali specifici obiettivi finalizzati alla riduzione della spesa farmaceutica mediante la prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate da miglior rapporto costo-efficacia.

A tal proposito va ricordato che la Direzione Strategica ha attivato specifiche azioni volte al contenimento della spesa farmaceutica:

- con deliberazione del Commissario Straordinario n. 194 del 24/05/2022 è stata istituita la Commissione aziendale per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva nell'uso del farmaco avente il compito di migliorare l'efficienza delle risorse mediante: a) la verifica delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo ed a più largo consumo; b) l'applicazione delle indicazioni nazionali e regionali sull'utilizzo dei farmaci biosimilari e generici; c) il controllo delle prescrizioni dei farmaci previsti nei percorsi diagnostici-terapeutici;
- con deliberazione del Commissario Straordinario n. 195 del 24/05/2022 è stato istituito, ai sensi della Legge Regionale n. 7/2022, il "Servizio di monitoraggio della spesa farmaceutica" finalizzato al controllo continuativo, mediante report bimestrali, della spesa farmaceutica;
- con deliberazione del Commissario Straordinario n. 391 del 05/08/2022 è stata istituita la Commissione interaziendale, Policlinico di Foggia – ASL Foggia, per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva nell'uso del farmaco avente il compito di migliorare l'efficienza delle risorse mediante la verifica delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo ed a più largo consumo dispensati dall'ASL FG;
- con il Piano della Performance per il triennio 2022-2024 sono stati attribuiti ai responsabili delle UU.OO. mediche specifici obiettivi volti alla riduzione della spesa farmaceutica.

E' necessario che tutte le componenti sopra citate anche per il triennio 2023-2025, compatibilmente con l'andamento della produzione aziendale, continuino a perseguire l'obiettivo regionale di riduzione della spesa farmaceutica esaminando attentamente le scelte terapeutiche proposte e adottando eventuali azioni correttive.

Analogo discorso vale anche per i dispositivi medici comprensivi dei diagnostici in vitro, per i quali la Regione Puglia con D.G.R. n. 133 del 15/02/2021 fissa tutti gli anni obiettivi di riduzione della spesa. Per il triennio 2023-2025, oltre al costante monitoraggio sull'andamento dei consumi che viene effettuato con l'invio di report bimestrali ai dirigenti responsabili delle strutture assistenziali e compatibilmente con l'andamento della produzione aziendale, bisogna porre in essere strategie (esame del rapporto costo-efficacia dei dispositivi utilizzati, predisposizione di nuove procedure di gara, rinegoziazione dei contratti in essere) che consentano di diminuire la spesa in argomento.

Relativamente al piano di recupero delle liste d'attesa, il D.L. n. 104 del 14 Agosto 2020, avente ad oggetto "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", successivamente convertito in Legge n. 126 del 13 Ottobre 2020, ha disposto, all'art. 29, le misure urgenti da adottare in materia di lista di attesa con la finalità di erogare tempestivamente le prestazioni sanitarie non corrisposte durante l'emergenza epidemiologica da SARS-Cov-2. La Regione Puglia, così come le altre regioni e gli enti del Servizio sanitario, si è avvalsa sino alla data del 31 dicembre 2020, di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, per il recupero dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, non erogati nel periodo dell'emergenza epidemiologica. Da ultimo la Legge di bilancio 2022 (art. 1, commi 276-279) ha prorogato fino al 31 dicembre 2022, le disposizioni previste nell'ambito del Piano di recupero delle liste d'attesa dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73.

Il Policlinico nel prossimo triennio, seguendo le linee di indirizzo ministeriali/regionali, proseguirà con il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia COVID al fine di colmare il gap assistenziale nelle seguenti macroaree: 1. Ospedaliera: ricoveri chirurgici programmati (ranking per classi di complessità e priorità di ricovero); 2. Prestazioni di screening oncologico; 3. Ambulatoriali: prime visite e visite di controllo, chirurgia ambulatoriale, prestazioni monitorate dal PNLA ed esigenze regionali.

Inoltre, 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.

Pur in presenza di dati di attività positivi illustrati dettagliatamente nel paragrafo 1, la Direzione Strategica indirizzerà 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 luogo di onerose ed inappropriate modalità di ricovero diurno favorendo la crescita del peso medio aziendale a significazione, appunto, dell'aumento della complessità.

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

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

Nell'ambito delle suddette macroaree, 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 inappropriatezze 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 (organizzazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali – PDTA), 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 alla telemedicina;
9. Implementazione delle attività connesse al lavoro agile;
10. 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;

11. Monitoraggio e rispetto degli accordi di programma per l'utilizzo dei fondi comunitari e delle risorse ex articolo 20 della legge n. 87/1988;
12. Definizione delle azioni finalizzate al risparmio energetico.

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

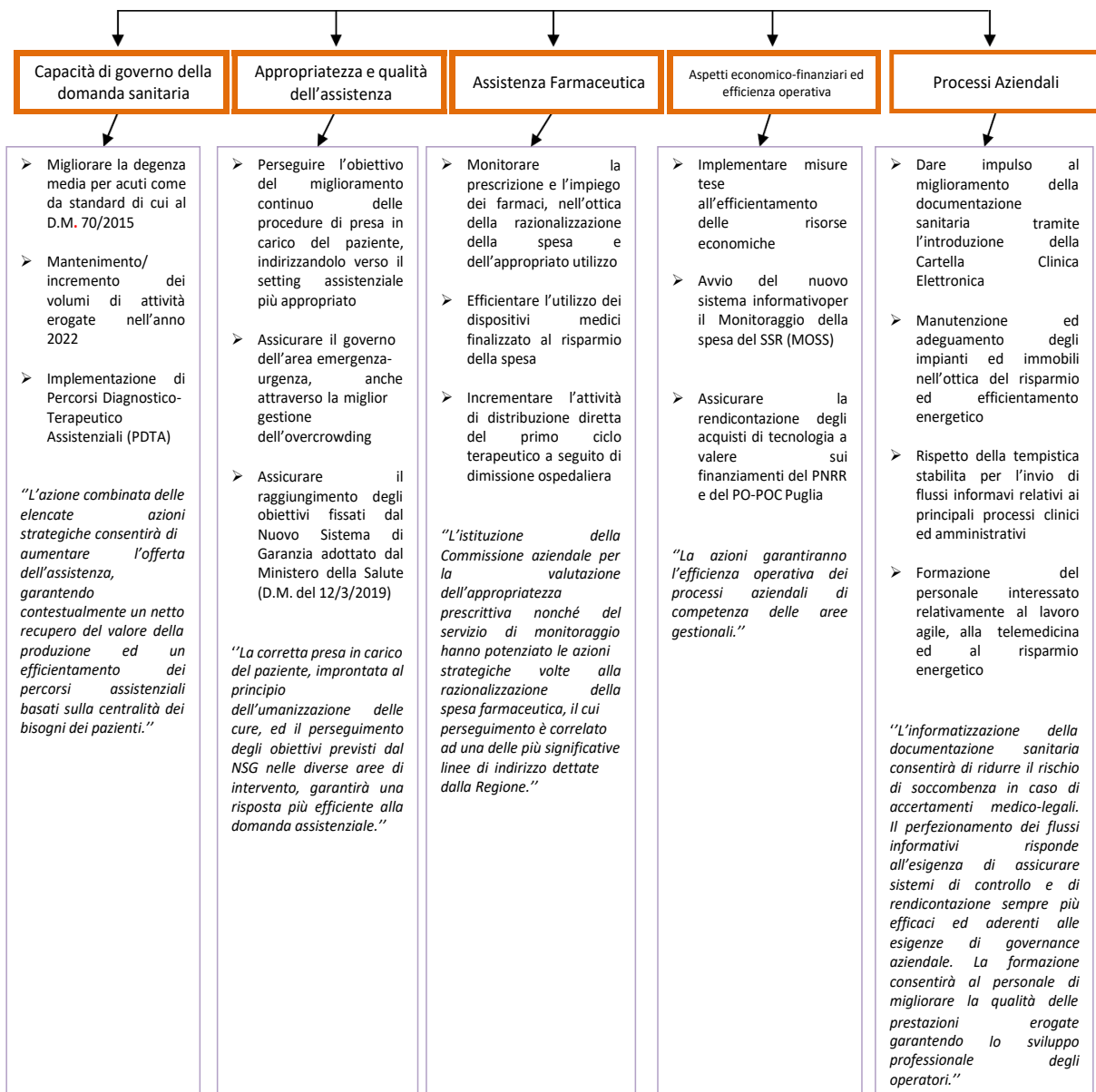
- la prospettiva del paziente/utente ai fini del miglioramento dell'offerta assistenziale nel rispetto dell'equità dell'accesso alle cure, l'umanizzazione delle stesse e la trasparenza dei processi aziendali con particolare riferimento alla garanzia della tempestività delle risposte ai bisogni di salute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

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

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

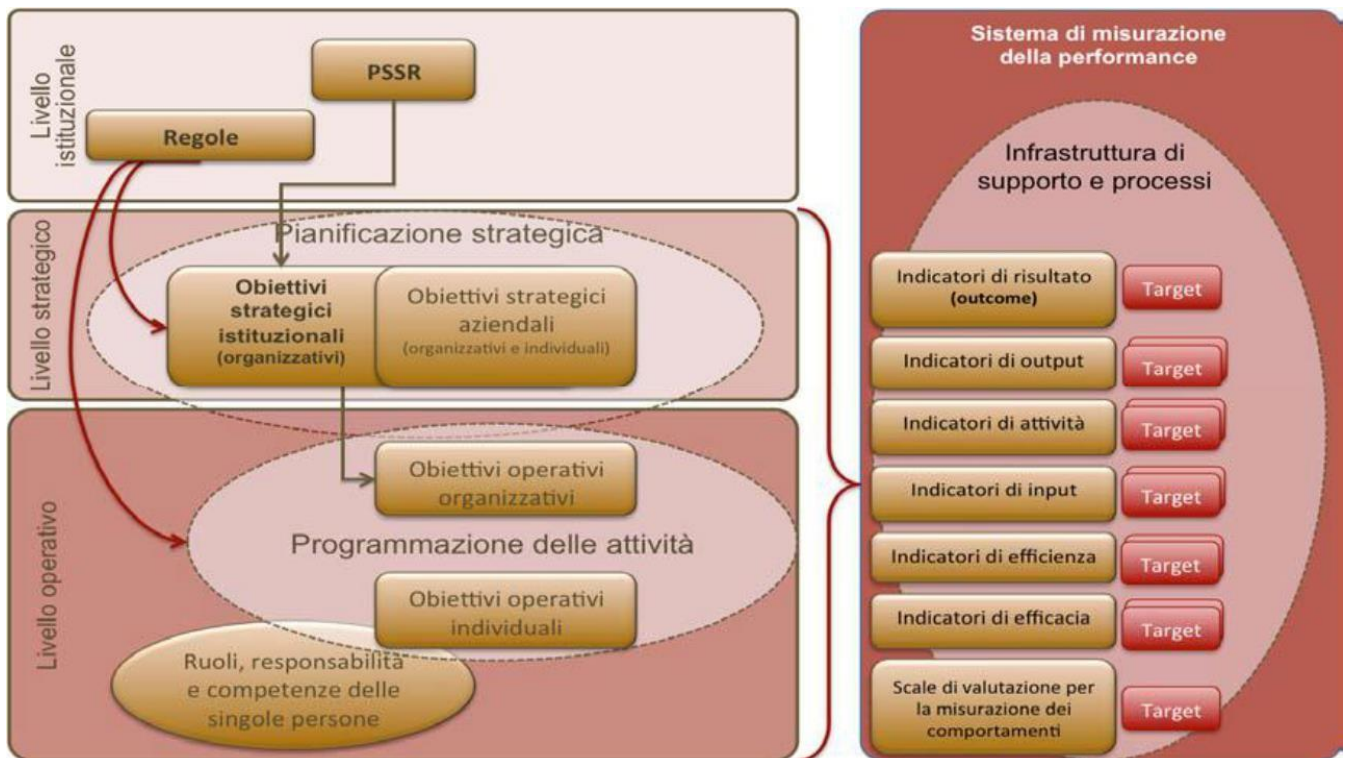


**AREE STRATEGICHE D'INTERVENTO**



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



Di seguito si presenta il Piano degli obiettivi e degli indicatori per il triennio 2023-2025.

**Piano degli obiettivi e degli indicatori triennio 2023-2025**

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Strutture Assegnatarie	
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	[Ind. MES C2a.]	Indice di performance degenza media per acuti	<= 0,35	<= 0,35	<= 0,35	Responsabili reparti di degenza per acuti	
	Efficienza Operativa	[Ind.Int. 25]	Mantenimento/incremento dei volumi di attività erogate nell'anno 2022 (ricoveri, DS, e prestazioni ambulatoriali)	Mantenimento/incremento volume attività erogate anno 2022	Mantenimento/incremento volume attività erogate anno 2023	Mantenimento/incremento volume attività erogate anno 2024	Responsabili reparti di degenza, ambulatori e servizi	
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod.Ind. H04Z)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza ordinari	<=0,21	<=0,21	<=0,21	Responsabili reparti di degenza	
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale	>=70%	>=80%	>=80%	Responsabili reparti di degenza	
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	DGR 684/2022 (MES C4.1.1)	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	<= 26,65%	<= 26,65%	<= 26,65%	Responsabili reparti chirurgici	
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	DGR 684/2022 (MES C3)	Degenza media Pre-Operatoria	=1,64gg.	=1,64gg.	=1,64gg.	Responsabili reparti chirurgici	
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind. MES C5.3]	Percentuale di prostatectomie transuretrali	>=85%	>=85%	>=85%	Responsabile Urologia	
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	NSG D.M. 12/03/2019 [Cod. Ind. H05Z]	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	>=70%	>=70%	>=70%	Responsabile Chirurgia Generale	
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind.Int. 02]	Percentuale dei ricoveri brevi 0-1gg	<=10%	<=10%	<=10%	Responsabili reparti di degenza	
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod.Ind. H18C)	% Parti cesari primipari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno	<=25%	<=20%	<=20%	Responsabile Ostetricia	
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.3]	% Episiotomie depurate - NTSV	<=25%	<=25%	<=25%	Responsabile Ostetricia	
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.6]	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<5%	<5%	<5%	Responsabile Ostetricia	
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	<=2%	<=2%	<=2%	Responsabile Pronto Soccorso	
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES C16.1.NA]	% Accessi in P.S. con codice di priorità 2 (arancione) visitati entro 15 minuti	>=55%	>=55%	>=60%	Responsabile Pronto Soccorso	
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES C16.3.NA]	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice di priorità 4 (verde) visitati entro 2 ore	>=75%	>=80%	>=85%	Responsabile Pronto Soccorso	
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES C16.10]	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore	<=10%	<=10%	<=10%	Responsabile Pronto Soccorso	
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES C16.7]	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione	>=50%	>=50%	>=50%	Responsabile Pronto Soccorso	
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES C16.4.1.N]	Percentuale di dimessi con permanenza in PS entro le 8 ore	>=80%	>=80%	>=80%	Responsabile Pronto Soccorso	
	Miglioramento qualità di processo	DRG 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H13C)	% Pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	>=60%	>=60%	>=60%	Responsabile Ortopedia	
	Miglioramento qualità di processo	DRG 684/2022 (Ind. Reg. T01.3)	Numero di interventi in PTCA	>=250	>=250	>=250	Responsabile Cardiologia	
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. MES C5.12]	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	>=90%	>=90%	>=90%	Responsabile Ortopedia	
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. PNE68]	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	<3	<3	<3	Responsabile Ortopedia	
	Miglioramento qualità di processo	DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H02Z)	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	> 150 (10% tolleranza)	> 150 (10% tolleranza)	> 150 (10% tolleranza)	Responsabile Chirurgia Senologica	
	Miglioramento qualità di processo	DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H03C)	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.	122 gg.	122 gg.	122 gg.	Responsabile Chirurgia Senologica	
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. MES C10d]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per la chirurgia oncologica	>=90%	>=90%	>=90%	Responsabile reparti chirurgici	
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.7]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore alla mammella	>=85%	>=85%	>=90%	Responsabile Chirurgia Senologica	
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.8]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore alla prostata	>=80%	>=90%	>=90%	Responsabile Urologia	
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.9]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore al colon	>=85%	>=85%	>=90%	Responsabile Chirurgia Generale	
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.10]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore al retto	>=85%	>=85%	>=90%	Responsabile Chirurgia Generale	
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.11]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore al polmone	>=85%	>=85%	>=90%	Responsabile Chirurgia Toracica	
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. Mes C10.4.12]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore all'utero	>=85%	>=85%	>=90%	Responsabile Ginecologia	
	Complessità della casistica trattata	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix	>=1	>=1	>=1	Responsabili reparti di degenza	
	Miglioramento qualità percepita	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie	<=2%	<=2%	<=2%	Responsabili reparti di degenza	
	Miglioramento qualità di processo	Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg (strumentali) P=120gg	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg (strumentali) P=120gg	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg (strumentali) P=120gg	Responsabili reparti e servizi

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Strutture Assegnatarie
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità di processo. Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	[Ind.Int. 21]	Tempi di attesa per Esami Strumentali/Visite	Visite <=30gg Esami Strum. <=60gg	Visite <=30gg Esami Strum. <=60gg	Visite <=30gg Esami Strum. <=60gg	Responsabili reparti di degenza e ambulatori
	Valutazione del benessere residenziale del paziente degente attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza	[Ind.Int. 18]	Customer Satisfaction. Predisposizione dei questionari ed invio alle strutture	>=20% delle strutture aziendali	100%	100%	Responsabile Affari Generali
	Valutazione del benessere residenziale del paziente degente attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza	[Ind.Int. 18b]	Customer Satisfaction. Somministrazione questionari ai pazienti e rendicontazione alla Direzione Sanitaria	>= 80%	100%	100%	Responsabili reparti e servizi
	Adozione di specifici percorsi di patologia mediante predisposizione di PDTA/Procedure condivise. Implementazione e aggiornamento di PDTA già deliberati	[Ind.Int. 23]	Definizione, implementazione, valutazione ed aggiornamento di PDTA	Proposta, adozione, verbalizzazione e resoconto sullo stato dell'arte	Proposta, adozione, verbalizzazione e resoconto sullo stato dell'arte	Proposta, adozione, verbalizzazione e resoconto sullo stato dell'arte	Responsabile Neuroradiologia Interventistica, Terapia del Dolore e delle Attività Chirurgiche, Centro Antiveleni, Anatomia Patologica, Biologia Molecolare Oncologica, Medicina dello Sport, Radiologia Interventistica, Psicologia
	Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste di emocomponenti rispetto ai criteri del PBM	[Ind.Int. 104]	Numero di richieste inappropriate/totali	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali	Responsabile Medicina Trasfusionale
	Controllo e verifica dei requisiti previsti dalla legge per l'effettuazione dei trattamenti sanitari obbligatori	DSM4	Verifica documentale di tutte le condizioni previste per l'effettuazione di un TSO	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Responsabile Psichiatria
	Appropriatezza Clinica	NSG D.M. 12/03/2019 (Cod. Ind. D27C)	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Responsabile Psichiatria
	Appropriatezza Clinica	NSG D.M. 12/03/2019 (Cod. Ind. D28C)	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Responsabile Psichiatria
	Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso	NSG D.M. 12/03/2019 (Cod. Ind. D08Z)	Intervallo	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Responsabile 118
	DGR 684/2022 - Qualificazione Assistenza Ospedaliera	DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod.Ind. H08Z)	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue	Responsabile Medicina Trasfusionale
	DGR 684/2022 - Qualificazione Assistenza Ospedaliera	DGR 684/2022 (Ind. Reg. T01.2)	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	<= 35,25%	<= 35,25%	<= 35,25%	Responsabili reparti di degenza
	Corretta Registrazione dei Medici Prescrittori su piattaforma AIFA	[Ind.Int. 200]	Verifica per i medici prescrittori di reparto dello status di abilitazione e disabilitazione sulla piattaforma AIFA in caso di trasferimento del medico presso altro reparto e struttura ospedaliera.	Comunicazione immediata alla Direzione Sanitaria	Comunicazione immediata alla Direzione Sanitaria	Comunicazione immediata alla Direzione Sanitaria	Responsabili Strutture Sanitarie
ASSISTENZA FARMACEUTICA	DGR 204/2021 - Appropriatezza 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%	> 40%	> 40%	Responsabili reparti di degenza e ambulatori
	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	In aumento sul dato storico (Fonte:farmacia)	In aumento sul dato storico (Fonte:farmacia)	In aumento sul dato storico (Fonte:farmacia)	Responsabile Ematologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Oncologia
	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	[Ind.Int. 06]	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) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	<=10% storico (Fonte:farmacia)	<=10% storico (Fonte:farmacia)	<=10% storico (Fonte:farmacia)	Responsabili reparti di degenza
	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%	Responsabili reparti di degenza
	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	Responsabile Oftalmologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Dermatologia, Endoscopia Digestiva
	DRG 356/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza 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 termini di unità posologiche/confezioni e valore economico)	>= 70% sul consumo totale	>= 70% sul consumo totale	>= 70% sul consumo totale	Responsabile Ematologia, Oncologia
	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%	Responsabile Ematologia, Oncologia
	DGR 1088/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici 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	Responsabile Ematologia, Medicina, Epatologia, Oncologia

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Strutture Assegnatarie
ASSISTENZA FARMACEUTICA	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%	Responsabile Endocrinologia, Pediatria
	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	Responsabile Endocrinologia, Ostetricia e Ginecologia
	Aderenza della procedura aziendale di antibiotioprofilassi	Ind. Int. 165	Numero di tipologie di non conformità segnalate	<20% del totale prescritto	<20% del totale prescritto	<20% del totale prescritto	Responsabili reparti di degenza
	Rispetto dei tetti di spesa farmaceutica	Ind. Int. 168	Riduzione spesa per farmaci	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Responsabili reparti di degenza e ambulatori
	Rispetto dei tetti di spesa per Dispositivi Medici	Ind. Int. 170	Riduzione spesa Dispositivi Medici propriamente detti	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Responsabili reparti di degenza, ambulatori e servizi
	DGR 1849/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci per il trattamento della Malattia Renale Cronica (in particolare i Farmaci Chelanti del fosforo a base non calcica, Farmaci a base di Paracalcitolo e Farmaci Calcimimetici)	[Ind.Int. 198]	Utilizzo nuovo Piano Terapeutico regionale informatizzato in uno alla scheda di monitoraggio ai fini della prescrizione dei farmaci Chelanti del fosforo a base non calcica, Farmaci a base di Paracalcitolo e Farmaci Calcimimetici	100%	100%	100%	Responsabile Nefrologia
	DGR 1090/2020 - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici ad alto costo a base di BEVACIZUMAB	[Ind.Int. 199]	% di utilizzo dei farmaci a basso costo a base di Bevacizumab (tra i vincitori della gara multi regionale espletata dall'Estar Toscana alla quale ha aderito anche la Regione Puglia) non inferiore al 70% sul consumo totale rilevato per gli stessi principi attivi nel canale dei Consumi interni Ospedalieri	>=70%	>=70%	>=70%	Responsabile Oncologia
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza Operativa	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1* MARGINE [Ind.Int. 10]	tendenzialmente in Utile	tendenzialmente in Utile	tendenzialmente in Utile	Responsabili Diagnostica di Laboratorio
	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	Responsabili reparti di degenza
	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	Responsabili reparti di degenza
	Tempi di Pagamento dei fornitori	[Ind.Int.C.10]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 e quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019 (l'Indennità di risultato: - non è riconosciuta qualora la struttura registri ritardi superiore a 60 gg - è riconosciuta per la metà qualora la struttura registri ritardi compresi fra 31 ed i 60 gg - è riconosciuta per il 75% qualora la struttura registri ritardi compresi fra 11 e 30 gg - è riconosciuta per il 90% qualora la struttura registri ritardi compresi fra 1 e 10 gg)	ITP <= 0	ITP <= 0	ITP <= 0	Responsabili Strutture assegnatarie di budget economico
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI E DI CONTROLLO DI GESTIONE	DRG 684/2022 - Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità Generale	DGR 684/2022 (Ind. Reg. P01.2)	Invio, entro il 15 giugno 2023, del Bilancio di verifica per Centro di Responsabilità in quadratura con il Bilancio dell'esercizio precedente e dei dati di struttura relativi all'organico medio per centro di costo e dati di attività per il monitoraggio della spesa ed il completamento deo pregetti regionali correlati.	Rispetto della tempistica stabilita per l'invio della quadratura al 100%	Rispetto della tempistica stabilita per l'invio della quadratura al 100%	Rispetto della tempistica stabilita per l'invio della quadratura al 100%	Responsabile Controllo di Gestione
SANITA' DIGITALE	Diffusione dei servizi on line sul portale regionale della salute	DGR 684/2022 (Ind. Reg. P01.1)	% prestazioni prenotabili on line sul totale	>80%	>80%	>80%	Responsabile CUP
	Diffusione ed utilizzo del FSE	(Ind.Int. LAB 1)	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE	>90%	>90%	>90%	Responsabili Laboratori Analisi
	Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie	DGR 684/2022	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010	Responsabile CUP, reparti e servizi
	Innovazione tecnologia e transizione digitale	(Ind. Int. C110)	Implementazione della Telemedicina per patologie croniche	Sperimentazione su n. 4 ambulatori	Estensione agli altri ambulatori	Totalità degli ambulatori	Direzione Sanitaria
INVESTIMENTI STRUTTURALI	Ampliamento ed ammodernamento del parco tecnologico attraverso i finanziamenti del PNRR e POR-POC Puglia	[Ind.Int.C.115]	Acquisto delle tecnologie di cui ai finanziamenti del PNRR e POR-POC Puglia	Rendicontazione degli acquisti effettuati	Rendicontazione degli acquisti effettuati	Rendicontazione degli acquisti effettuati	Responsabile Patrimonio, Ingegneria Clinica
LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno	2 Verbali	2 Verbali	2 Verbali	Responsabili strutture sanitarie, tecnico-amministrative
	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	Responsabile Medicina Legale
	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	Responsabile Medicina Legale
	Monitoraggio raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 124]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/torale raccomandazioni deliberate	Almeno il 30%	Almeno il 30%	Almeno il 30%	Responsabile Medicina Legale
	Revisione raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 125]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/torale raccomandazioni deliberate	Almeno 3	Almeno 3	Almeno 3	Responsabile Medicina Legale
	Redazione di pareri motivati e completi sui sinistri in tema di responsabilità professionale	[Ind.Int. 17]	Redazione di pareri	Relazione	Relazione	Relazione	Responsabili reparti di degenza
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	Responsabile Formazione	



MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Strutture Assegnatarie
LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	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 corrottive	Relazione degli eventi svolti	Relazione degli eventi svolti	Relazione degli eventi svolti	Responsabile Formazione
	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	Responsabile Formazione
	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	Responsabile Formazione
	Attuazione del Piano triennale dell'Anticorruzione e della Trasparenza 2023-2025	[Ind.Int.C.2]	Rispetto delle misure di anticorruzione previste dal Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 come da relazione del RPCT	100%	100%	100%	Responsabili Strutture Amministrative
	Assolvere agli obblighi di trasparenza	[Ind.Int.C.22]	Pubblicazione delle liste di attesa	Pubblicazione Bimestrale	Pubblicazione Bimestrale	Pubblicazione Bimestrale	Responsabile CUP
	Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	[Ind.Int.C.81]	Dati riguardanti la Struttura pubblicati in "Amministrazione Trasparente" / Totale dati da pubblicare Piano Integrato delle Attività e Organizzazione 2023/2025	100%	100%	100%	Responsabili Strutture Amministrative
	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	[Ind.Int.C.3]	N° riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale entro 5 gg lavorativi	100%	100%	100%	Responsabili Strutture Amministrative
Rispetto delle Leggi e del principio del buon andamento ed imparzialità della pubblica amministrazione	[Ind.Int.C.21]	Monitoraggio attività libero professionali	Verifica dei volumi di attività nei limiti previsti dalla normativa	Verifica dei volumi di attività nei limiti previsti dalla normativa	Verifica dei volumi di attività nei limiti previsti dalla normativa	Responsabile CUP	
RICERCA E SPERIMENTAZIONE CLINICA	Contributo allo sviluppo scientifico	[Ind. MES B15.1.3]	Posizionamento indicatori produzione scientifica AOU_Numero medio pubblicazioni	Miglioram. Performance ultimo triennio	Miglioram. Performance ultimo triennio	Miglioram. Performance ultimo triennio	Responsabili reparti e servizi universitari
	Sperimentazioni cliniche	[Ind.Int. 174]	Ricognizione e potenziamento sperimentazioni cliniche	Almeno uno studio clinico	Almeno uno studio clinico	Almeno uno studio clinico	Responsabili reparti e servizi universitari
FORMAZIONE	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 partitici e dei referenti aziendali	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto	Responsabile Formazione
	Formazione continua mediante attivazione di eventi formativi ECM	Ind. Int. 153	Formazione continua del personale per i corsi di BLSLD e PBSLD	Almeno 1 corso all'anno	Almeno 1 corso all'anno	Almeno 1 corso all'anno	Responsabile 118
	Organizzazione di corsi di formazione aziendali su tematiche specifiche	[Ind.Int.C.117]	Corsi di formazione sui temi di Risparmio Energetico e Lavoro Agile	N. 2 corsi attivati entro il 31/12			Responsabile Formazione
	Organizzazione di corsi di formazione aziendali su tematiche specifiche	[Ind.Int.C.116]	Corsi di formazione per la Telemedicina per i medici specialisti	n.1 corso attivato entro il 31/12			Responsabile Formazione
PREVENZIONE E MALATTIE PROFESSIONALI	Sorveglianza operatori	[Ind.Int.C.73]	attivazione delle specifiche procedure per 100% degli operatori sul totale delle richieste	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Responsabile Medicina del lavoro
	Gestione dell'applicazione del Regolamento regionale concernente "Disposizioni per l'esecuzione degli obblighi di vaccinazione degli operatori sanitari". Legge regionale 19 giugno 2018, n.27	[Ind.Int.C.52]	Campagna di vaccinazione antinfluenzale per il personale dipendente	≥50%	≥50%	≥50%	Responsabile Igiene univ.
INFORTUNIO E MALATTIE PROFESSIONALI	Monitoraggio infortuni sul lavoro come da protocolli INAIL	[Ind.Int. C.75]	Perfetto allineamento tra il numero delle procedure attivate ed il numero delle denunce effettuate all'INAIL	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Responsabile Medicina del lavoro
	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. C.76]	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 31/12/2023 conclusione del 20% procedure del totale da evadere	entro il 31/12/2024 conclusione del 20% procedure del totale da evadere	entro il 31/12/2025 conclusione del 20% procedure del totale da evadere	Responsabile Medicina del lavoro
VALORE PUBBLICO	SI RINVIA ALLA SEZIONE 2 DEL PIAO PARAGRAFI 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4						
LAVORO AGILE	processi che possono essere svolti in smart working delle UU.OO.(quali, indicatori di	Lavoro Agile [Ind.Int.C.143]	Redazione di documento contenente processi e indicatori di controllo.	SI/NO	Avvio sperimentazione su n. 2 strutture pilota	Estensione	Responsabili strutture tecnico-amministrative
	Revisione della mappatura delle esigenze (formazione, software, rete informatica) e quantificazione dei costi	Lavoro Agile [Ind.Int.C.144]	Redazione di documento finale	SI/NO	Avvio sperimentazione su n. 2 strutture pilota	Estensione	Responsabile Formazione, Manutenzione Impianti, AGRF
EFFICIENTAMENTO E RAZIONALIZZAZIONE	Risparmio energetico	Valore Pubblico [Ind.Int.C.114]	Revisione/rinnovo impianti ed apparecchiature	Rendicontazione degli interventi effettuati	Rendicontazione degli interventi effettuati	Rendicontazione degli interventi effettuati	Responsabile Area Tecnica e Manutenzione Impianti

## 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.

## 2.2.4 Performance e programmazione di bilancio

Posta la necessaria correlazione tra gli obiettivi prefissati nella programmazione della Performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, si evidenzia che gli obiettivi di performance dell'anno 2023 sono stati resi compatibili con le risorse assegnate in via provvisoria a questa azienda dalla Regione Puglia.

Tuttavia va detto che il Bilancio di previsione 2023 presenta, in partenza, risorse finanziarie insufficienti che lo Stato dovrà necessariamente integrare e trasferire alla Regione Puglia per garantire lo sforzo da compiersi per far fronte al notevole incremento dei costi indotto dall'aumento dei costi dell'energia. Occorre tener presente anche l'eventualità di una recrudescenza della pandemia da Covid-19 il cui contrasto porta inevitabilmente ad un aumento dei costi con particolare riguardo a quelli del personale. Il finanziamento corrente assegnato all'Azienda "Policlinico Riuniti" di Foggia per il 2023 è pari a quello destinato per il 2022.

Di seguito si rappresentano, in sintesi, i dati del bilancio previsionale 2023 a confronto con quelli del consuntivo 2021 e il preconsuntivo 2022.

A) Valore della produzione	CNS 2021	%	PRC 2022	%	BEP 2023	%
A1) Contributi in conto esercizio	113.501.000	37,1%	90.947.000	31,8%	90.888.000	30,9%
A2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-	0,0%	1.392.000	-0,5%	2.900.000	-1,0%
A3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati esercizi precedenti	26.000	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
A4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	172.253.000	56,3%	176.542.000	61,8%	186.122.000	63,4%
A5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.436.000	0,5%	1.168.000	0,4%	1.168.000	0,4%
A6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	2.177.000	0,7%	2.424.000	0,8%	2.424.000	0,8%
A7) Quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio	14.479.000	4,7%	15.363.000	5,4%	15.363.000	5,2%
A8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
A9) Altri ricavi e proventi	2.342.000	0,8%	614.000	0,2%	614.000	0,2%
<b>TOTALE A)</b>	<b>306.214.000</b>	<b>100%</b>	<b>285.666.000</b>	<b>100%</b>	<b>293.679.000</b>	<b>100%</b>
<b>B) Costi della produzione</b>						
B1) Acquisti di beni	78.817.000	23,2%	79.288.000	23,6%	76.828.000	23,1%
B2) Acquisti di servizi sanitari	11.753.000	3,5%	10.879.000	3,2%	11.567.000	3,5%
B2) Acquisti di servizi non sanitari	38.571.000	11,4%	42.544.000	12,6%	42.679.000	12,9%
B3) Manutenzione e riparazione	11.842.000	3,5%	8.765.000	2,6%	9.052.000	2,7%
B4) Godimento di beni di terzi	3.099.000	0,9%	3.304.000	1,0%	3.502.000	1,1%
B5) Costi del personale	168.867.000	49,7%	168.343.000	50,0%	168.343.000	50,7%
B9) Oneri diversi di gestione	1.715.000	0,5%	1.395.000	0,4%	1.395.000	0,4%
B10) Ammortamenti	14.871.000	4,4%	15.751.000	4,7%	15.751.000	4,7%
B12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	546.000	0,2%	-	0,0%	-	0,0%
B13) Variazione delle rimanenze	3.428.000	1,0%	-	0,0%	-	0,0%
B14) Accantonamenti	6.272.000	1,8%	6.249.000	1,9%	2.854.000	0,9%
<b>TOTALE B)</b>	<b>339.781.000</b>	<b>100%</b>	<b>336.518.000</b>	<b>100%</b>	<b>331.971.000</b>	<b>100%</b>
<b>Differenza tra valore e costi della produzione</b>	<b>- 33.567.000</b>		<b>- 50.852.000</b>		<b>- 38.292.000</b>	
<b>C) Proventi e oneri finanziari</b>						
<b>TOTALE C)</b>	<b>- 21.000</b>		<b>- 7.000</b>		<b>- 7.000</b>	
<b>D) Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>						
<b>TOTALE D)</b>	<b>-</b>					
<b>E) Proventi e oneri straordinari</b>						
<b>TOTALE E)</b>	<b>- 1.175.000</b>		<b>- 919.000</b>		<b>-</b>	
<b>Risultato prima delle imposte</b>	<b>- 34.763.000</b>		<b>- 51.778.000</b>		<b>- 38.299.000</b>	
<b>Y) Imposte e tasse</b>						
<b>TOTALE Y)</b>	<b>11.605.000</b>		<b>11.476.000</b>		<b>11.476.000</b>	
<b>Perdita dell'esercizio</b>	<b>- 46.368.000</b>		<b>- 63.254.000</b>		<b>- 49.775.000</b>	

## 2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

Il presente documento costituisce la sezione del P.I.A.O. (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al d.l. 80/2021 e s.m.i.) dedicata ai **“Rischi corruttivi e Trasparenza”** per il periodo 2023-2025, dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Foggia (d’ora in avanti anche “Azienda”), in linea di continuità con i precedenti Piani di prevenzione della corruzione e disciplina l’attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell’illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.

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

Il presente Piano predisposto secondo il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 e alla cui elaborazione ha partecipato l’intera Struttura aziendale, altresì recependo gli ultimi orientamenti dell’ANAC per la pianificazione dell’anticorruzione e trasparenza, prevede:

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

Il presente documento:

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

### 2.3.1 Processo di elaborazione

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

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

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

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

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

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

Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

### 2.3.2 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

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

#### **Il Direttore Generale**

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

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

#### **Il Responsabile per la prevenzione della corruzione**

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

- definire il Piano triennale di prevenzione della corruzione, contenente una specifica sezione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ex art. 10 c, 2, D. Lgs. n. 33/2013 e diffusione

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

Nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, il Responsabile della prevenzione della corruzione riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità penale, deve presentare tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un ufficiale di polizia giudiziaria secondo le modalità previste dalla legge), dandone informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Dirigenti**

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

In particolare, dovrà:

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

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

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

### **Personale dipendente**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Ufficio Procedimenti disciplinari (U.P.D.)**

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

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



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

La composizione attuale è la seguente:

PRESIDENTE Generale dell'Arma dei Carabinieri in pensione (supplente Direttore SC Personale)

COMPONENTE Dirigente SC Personale (supplente Dirigente SC Patrimonio)

COMPONENTE Dirigente SSD Appr.beni servizi sanitari (supplente Dirigente medico Direz. Sanitaria)

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

- a) istruzione del procedimento disciplinare (salvo i casi di competenza del Responsabile del Servizio).  
Acquisisce prove documentali, testimoniali e perizie, anche su indicazione del dipendente, accede ai luoghi ove è avvenuto il fatto oggetto di contestazione, compie ispezioni, sequestri e ricognizioni nei casi e nei limiti previsti dalla vigente normativa, chiede la collaborazione di altre realtà operative e/o di funzionari dotati di particolare esperienza nelle materie oggetto di contestazione;
- b) contestazione degli addebiti (salvo per le ipotesi di rimprovero verbale di competenza del Responsabile con qualifica dirigenziale) procedendo all'audizione a difesa del dipendente;
- c) applicazioni delle sanzioni (salvo per le ipotesi di rimprovero verbale di competenza del Responsabile con qualifica dirigenziale);
- d) proposta di applicazione della sanzione del licenziamento con o senza preavviso da adottarsi con provvedimento del Direttore Generale;
- e) archiviazione del procedimento (salvo per le ipotesi di rimprovero verbale di competenza del Responsabile con qualifica dirigenziale);
- f) tenuta di un registro protocollo riservato per la corrispondenza in arrivo o in partenza;
- g) fornire pareri non vincolanti ai Responsabili delle UU.OO. nei casi in cui le disposizioni vigenti stabiliscono la competenza di questi ultimi in materia disciplinare;
- h) tenere un archivio che raccolga sinteticamente notizie sulle sanzioni disciplinari irrogate, secondo competenza;
- i) collaborare all'organizzazione dell'attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione del Codice di comportamento, del Codice Disciplinare e del relativo procedimento.

Rimane immutata l'incombenza:

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

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

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

del licenziamento nel caso in cui si accerti che l'infrazione suddetta è stata commessa con dolo o colpa grave.

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

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

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

Il Policlinico di Foggia ha provveduto ad adottare il Regolamento per i procedimenti disciplinari con deliberazione del Commissario Straordinario n. 76 del 04.04.2022.

### 2.3.3 Obiettivi Strategici anticorruzione

In coerenza con gli obiettivi strategici di prevenzione individuati dal PNA (ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, creare un contesto sfavorevole alla corruzione, 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);**

### 2.3.4 Valutazione d'impatto del contesto esterno

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




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



Puglia, nonché del Sistema Universitario. Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche della Facoltà di Medicina e quelle del Servizio Sanitario.

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

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

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

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

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

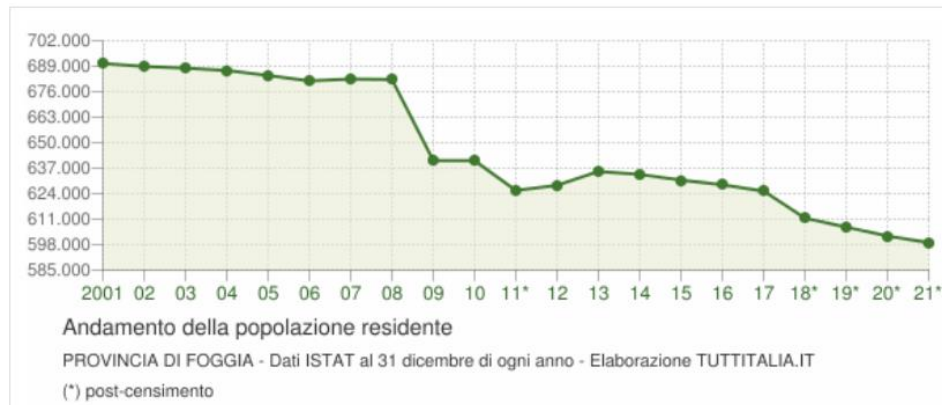
I principali eventi rischiosi rilevati in fase di mappatura delle aree e dei processi sono riconducibili ai seguenti:

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

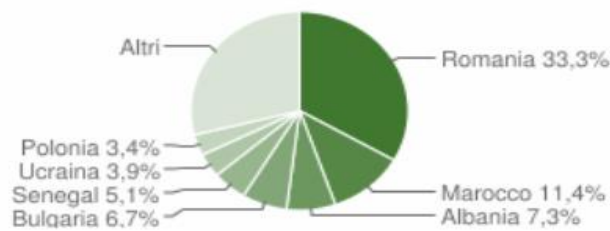
### Caratteristiche demografiche

La Provincia di Foggia è una provincia italiana della Puglia di 599.028 abitanti. È la **terza provincia più vasta d'Italia** dopo quelle di Sassari e Bolzano, **prima tra quelle delle Regioni a statuto ordinario**; si estende su una superficie di 7 007,54 km<sup>2</sup> e comprende 61 comuni.

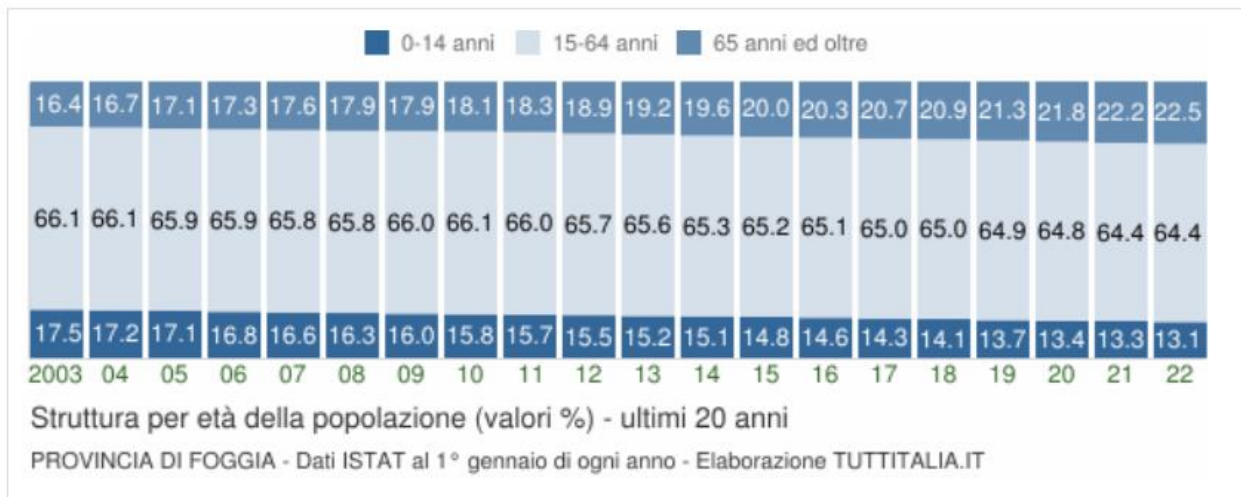
Di seguito il grafico dell'andamento della popolazione residente al 31 dicembre di ogni anno sino al 2021:



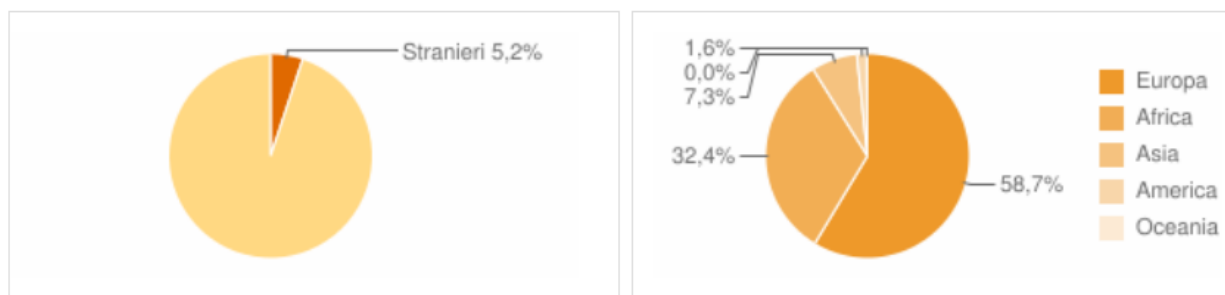
Di seguito l'analisi della struttura per età della popolazione residente in provincia di Foggia che considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo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



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



Gli stranieri residenti in provincia di Foggia al 1° gennaio 2022 sono 30.973 e rappresentano il 5,2% della popolazione residente.



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 33,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Marocco (11,4%) e dall'Albania (7,3%).

### **Indicatori demografici**

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Foggia.

<i>Anno</i>	<i>Indice di vecchiaia</i>	<i>Indice di dipendenza strutturale</i>	<i>Indice di ricambio della popolazione attiva</i>	<i>Indice di struttura della popolazione attiva</i>	<i>Indice di carico di figli per donna feconda</i>	<i>Indice di natalità (x 1.000 ab.)</i>	<i>Indice di mortalità (x 1.000 ab.)</i>
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2002	90,4	51,0	76,0	77,6	22,4	10,6	8,0
2003	93,6	51,3	77,4	79,4	22,1	10,6	8,7
2004	96,9	51,4	76,7	81,3	21,8	10,6	8,0
2005	100,1	51,9	74,8	84,3	21,7	10,1	8,5
2006	103,1	51,8	74,6	87,0	21,3	9,8	8,3
2007	106,3	51,9	78,6	90,0	21,0	9,7	8,7
2008	110,1	51,9	81,7	92,4	20,7	9,7	8,4
2009	111,9	51,5	88,8	95,5	20,5	9,5	8,4
2010	114,0	51,4	94,8	98,6	20,4	9,4	8,7
2011	116,5	51,6	99,7	101,3	20,3	9,1	9,3
2012	122,2	52,3	101,0	104,1	20,1	8,9	9,4
2013	126,0	52,4	101,8	105,7	19,9	8,7	9,1
2014	129,7	53,1	99,4	107,9	19,7	8,5	9,0
2015	134,8	53,5	99,8	110,3	19,5	8,4	10,0
2016	139,4	53,7	100,8	112,8	19,2	8,1	9,4
2017	144,6	53,9	103,4	115,2	19,1	7,6	10,2
2018	148,9	53,8	106,2	117,8	18,9	7,5	9,9
2019	155,6	54,0	110,3	119,9	18,5	7,4	10,1
2020	162,6	54,4	113,7	122,0	18,2	7,2	12,4
2021	166,8	55,2	116,8	123,7	18,3	7,0	12,2
2022	172,5	55,3	121,0	125,2	18,0	-	-

### **Indice di vecchiaia**

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2022 l'indice di vecchiaia per la provincia di Foggia dice che ci sono 172,5 anziani ogni 100 giovani.

#### Indice di dipendenza strutturale

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Ad esempio, teoricamente, in provincia di Foggia nel 2022 ci sono 55,3 individui a carico, ogni 100 che lavorano.

#### Indice di ricambio della popolazione attiva

Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. Ad esempio, in provincia di Foggia nel 2022 l'indice di ricambio è 121,0 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

### **Indice di struttura della popolazione attiva**

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

#### Carico di figli per donna feconda

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

### **Indice di natalità**

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

### **Indice di mortalità**

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

### **Età media**

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

### **Criminalità organizzata**

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

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

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

## **Occupazione**

Il mercato occupazionale si presenta relativamente poco soddisfacente e per quanto riguarda le infrastrutture sociali Foggia presenta un ritardo piuttosto consistente non solo in ambito nazionale ma anche regionale.

Il contesto sociale, economico e criminale in cui opera l'Azienda, certamente rappresentano importanti fattori abilitanti il rischio corruttivo che impongono un rafforzamento delle misure di mitigazione, così come riportate nel presente Piano.

### **2.3.5 Valutazione d'impatto del contesto interno**

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

Il Policlinico di Foggia si articola in 12 Dipartimenti Assistenziali Integrati. Nel calcolo delle Strutture Complesse presenti in n. 54 non è compresa la centrale operativa del Servizio 118 ubicata in sede. Essendo un'Azienda integrata con l'Università degli Studi di Foggia, il Policlinico di Foggia interagisce costantemente con la Facoltà di Medicina dell'Ateneo foggiano, in modo coordinato ed inscindibile con l'attività di ricerca e di didattica che in essa si svolge per la formazione dei professionisti del futuro.

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

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

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

### **2.3.6 Mappatura dei processi**

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

Preso atto dell'importanza strategica della mappatura dei processi nell'ambito dell'analisi del contesto interno, nel corso dell'anno 2022, i Referenti del RCPT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate con l'ausilio di una piattaforma web centralizzata.

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

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

#### **A) Acquisizione e progressione del personale**

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera

3. Conferimento di incarichi di collaborazione
- B) Affidamento di lavori, servizi e forniture
1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti
  2. Definizione dell'oggetto ed individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
  3. Requisiti di qualificazione
  4. Requisiti di aggiudicazione
  5. Valutazione delle offerte
  6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
  7. Procedure negoziate
  8. Affidamenti diretti
  9. Revoca del bando
  10. Redazione del cronoprogramma
  11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
  12. Subappalto
  13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto
- C) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- D) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

Di seguito le aree a rischio individuate:

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

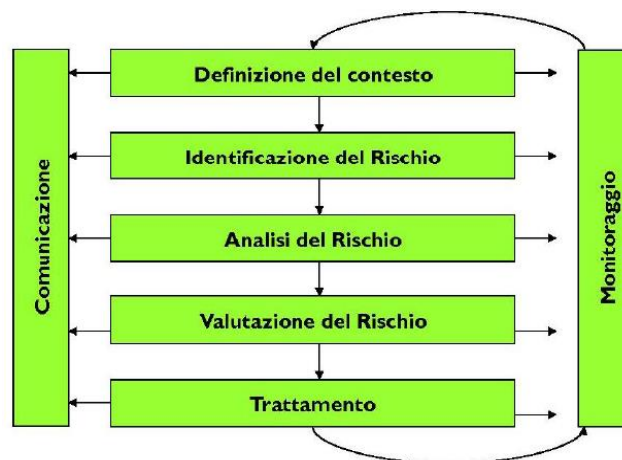


Figura 1 Fasi dell'analisi del rischio

Nel corso dell'anno 2022 sono stati mappati ed analizzati 184 processi aziendali. Per dettagli si rinvia al documento "Allegato 1 - Analisi dei rischi".

### 2.3.7 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

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

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



Figura 2 - Schema gestione del rischio

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

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



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

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

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

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

Si è ritenuta coerente la seguente ponderazione del rischio:

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

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

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

Nel corso dell’anno 2022 è stato perfezionato il 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

### 2.3.8 Misure di prevenzione

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

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

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

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

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

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

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

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

Nei successivi capitoli sono rendicontate le misure generali applicate dall'Azienda per la mitigazione del rischio corruttivo. Per dettagli sulle misure specifiche si rinvia all'Allegato\_3-Stato attuazione misure.

### 2.3.9 Patto di integrità

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

Programmazione triennale della misura	2023	2024	2025
	controlli su sottoscrizione patto di integrità	controlli su sottoscrizione patto di integrità	controlli su sottoscrizione patto di integrità

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

L'art. 1 c. 17 della Legge 190/2012 prevede che "Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara." Si tratta pertanto di uno strumento volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice sia nei confronti dei concorrenti, sia nei confronti dell'amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione e del senso di responsabilità. Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, il Policlinico di Foggia ha elaborato un "Patto di integrità" per le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, anche sotto soglia che è stato notificato a tutti i Responsabili e Direttori di Strutture amministrative, tecniche e professionali, giusta nota del 11.3.2019 prot. n. 3361.

I Responsabili delle Strutture preposte alla gestione delle relative procedure, assicurano l'inserimento del Patto di integrità nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti Responsabili curano inoltre l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia in virtù della quale la sottoscrizione del Patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto. La carenza della dichiarazione di accettazione del patto di integrità o la mancata produzione dello stesso debitamente sottoscritto dal concorrente possono considerarsi regolarizzabili attraverso la procedura di soccorso istruttorio di cui all'art. 83, comma 9, del d.lgs. 50/2016, con applicazione della sanzione pecuniaria stabilita dal bando di gara.

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

### 2.3.10 Conflitto di interessi

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

Programmazione triennale della misura	2023	2024	2025
	Monitoraggio conflitti interessi	Monitoraggio conflitti interessi	Monitoraggio conflitti interessi

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

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

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

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

Costituiscono, per tutto il personale, misure generali di prevenzione del fenomeno corruttivo, le disposizioni contenute nell'art.35-bis del d.lgs. 165/2001, così come introdotto dall'art. 1 comma 46 della L. 190/2012. In particolare:

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

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

a) rapporti di collaborazione e consulenza, sia retribuiti che a titolo gratuito, svolti nell'ultimo quinquennio, a favore di soggetti ai quali sia stato aggiudicato, nel medesimo periodo o concorso ad aggiudicare, in nome e per conto dell'Azienda, appalti di lavori, forniture e servizi;

c) eventuali relazioni di parentela o affinità fino al secondo grado, sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con l'Azienda stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, limitatamente agli ambiti di lavoro di competenza;

d) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti, con i quali l'Azienda ha in corso di definizione qualsiasi controversia civile, amministrativa o tributaria;

e) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti privati, con i quali l'Azienda ha instaurato o è in procinto di instaurare un rapporto di partenariato.

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

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

Durante l'anno 2022 non sono state rilevate/segnalate situazioni di sussistenza di conflitto di interessi.

### 2.3.11 Codice di Comportamento

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

Programmazione triennale della misura	2023	2024	2025
	Attuazione e monitoraggio Codice	Attuazione e monitoraggio Codice	Attuazione e monitoraggio Codice

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

Il Policlinico di Foggia ha già provveduto all'aggiornamento del Codice di Comportamento, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 397 del 08 luglio 2020.

Altresì, in considerazione dell'intervenuta modifica legislativa in materia di contrattazione collettiva, è stato adottato l'aggiornamento del Regolamento per i Procedimenti Disciplinari, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 76 del 04 aprile 2022.

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

- tutti coloro che a qualunque titolo svolgono attività sanitaria, inclusi i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati;
- coloro che ricoprono ruoli e/o svolgono funzioni strategiche in seno all'organizzazione;
- personale operante nelle aree c.d. "a rischio generale o specifico";
- soggetti impiegati presso le strutture di rappresentanza legale dell'amministrazione;
- componenti di organi, titolari di incarichi presso gli uffici di diretta collaborazione con il vertice politico e amministrativo;

- f. soggetti impiegati presso gli uffici per le relazioni con il pubblico;
- g. dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, comunque vincolati da un rapporto di lavoro con l'amministrazione;
- h. collaboratori e consulenti dell'amministrazione con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, conferito a qualsiasi titolo;
- i. collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Il Policlinico di Foggia con deliberazione del Direttore Generale n. 397 del 08 luglio 2020 ha adottato il nuovo Codice di comportamento che prevede le seguenti indicazioni:

- a) il richiamo all'obbligo del rispetto delle liste e della riduzione dei tempi di attesa e delle relative discipline regolamentari;
- b) il richiamo all'obbligo per il personale sanitario di tenere distinte attività istituzionale e attività libero professionale, per ciò che riguarda i rispettivi tempi, luoghi e modalità di svolgimento;
- c) il divieto di condizionare il paziente orientandolo verso la visita in regime di libera professione;
- d) il richiamo all'obbligo del medico di garantire la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione a consuntivo delle somme incassate nell'attività libero professionale intramuraria;
- e) il richiamo al corretto assolvimento degli obblighi informativi e alle relative tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate;
- f) il richiamo all'obbligo di aggiornamento professionale per il personale sanitario;
- g) il divieto di percepire corrispettivi di qualsivoglia natura nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali che non siano consentiti dalla legge, previsti dal contratto collettivo e autorizzati dalla propria azienda;
- h) il divieto di indicare nella documentazione sanitaria, nei limiti e alle condizioni previste dalla normativa vigente in materia, il nome commerciale dei farmaci prescritti e/o consigliati, all'atto della prescrizione e/o del consiglio terapeutico, in sede di dimissione dalla struttura sanitaria e/o a seguito di visita ambulatoriale;
- i) il richiamo all'osservanza dei principi deontologici e di imparzialità anche nella prescrizione/consiglio terapeutico di altri prodotti diversi dai farmaci (come ad esempio prodotti sostitutivi del latte materno);
- j) il richiamo al rispetto dei turni di lavoro programmati, salvo giusta causa adeguatamente motivata;
- k) il divieto di utilizzare divise e indumenti forniti al personale al di fuori dei luoghi e degli orari di lavoro;
- l) il richiamo all'obbligo della corretta tenuta e gestione della documentazione clinica.

Nel corso dell'anno 2022 sono emerse alcune violazioni al Codice di comportamento aziendale, così come riportate nell'allegata Relazione del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

### 2.3.12 Incompatibilità successiva

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

Programmazione triennale della misura	2023	2024	2025
	Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento	Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento	Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento

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

Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia precostituito, durante l'attività lavorativa, situazioni vantaggiose così da sfruttare a proprio vantaggio la sua posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

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

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

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

### 2.3.13 Segnalazione illeciti

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

Programmazione triennale della misura	2023	2024	2025
	Monitoraggio segnalazioni	Monitoraggio segnalazioni	Monitoraggio segnalazioni

La Legge 6 novembre 2012, n. 190, detta "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". In particolare l'art. 1 comma 51 ha aggiunto al D.Lgs. 165/2001 l'art. 54 bis, introducendo nell'ordinamento giuridico italiano la figura del Whistleblowing, cioè del dipendente pubblico che segnala gli illeciti a cui abbia assistito o di cui sia venuto a conoscenza in ragione dello svolgimento della propria attività lavorativa. La norma impone alla P.A. di prevedere una particolare tutela del Whistleblowing che non può prescindere dalla formalizzazione di una procedura atta a fornire chiare indicazioni operative in merito. Al riguardo con deliberazione n. 25 del 29 gennaio 2016 l'Azienda si è dotata di apposito regolamento pubblicato, unitamente alla modulistica di segnalazione, in "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/prevenzione della corruzione" (<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/whistleblower>).

Con la Legge, 30/11/2017 n° 179, G.U. 14/12/2017, il nostro legislatore ha introdotto nuove norme a tutela del dipendente che segnali illeciti. La nuova legge si compone di tre articoli, ha come obiettivo principale quello di garantire una tutela adeguata ai lavoratori ed amplia la disciplina di cui alla legge Severino. In particolare le nuove norme modificano l'articolo 54 bis del Testo Unico del Pubblico Impiego stabilendo che il dipendente che segnala al responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione o ancora all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non può essere per motivi collegati alla segnalazione, soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro.

#### **Reintegrazione nel posto di lavoro.**

La nuova disciplina prevede che il dipendente sia reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi. L'onere di provare che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione, sarà a carico dell'amministrazione.

#### **Sanzioni per gli atti discriminatori.**

L'Anac, a cui l'interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applica all'ente (se responsabile) una sanzione pecuniaria amministrativa da 5.000 a 30.000 euro, fermi restando gli altri profili di responsabilità. Inoltre, l'Anac applica la sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro a carico del responsabile che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute.

#### **Segretezza dell'identità del denunciante.**

Non potrà, per nessun motivo, essere rivelata l'identità del dipendente che segnala atti discriminatori e, nell'ambito del procedimento penale, la segnalazione sarà coperta nei modi e nei termini di cui all'articolo 329 del codice di procedura penale. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni. L'Anac, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, elaborerà linee guida sulle procedure di presentazione e gestione delle segnalazioni promuovendo anche strumenti di crittografia quanto al contenuto della denuncia e alla relativa documentazione per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante.

#### **Blocco della tutela.**

Sempre secondo quanto previsto dall'articolo 1 della legge in esame, il dipendente che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alla tutela nel caso di condanna del segnalante in sede penale (anche in



primo grado) per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata la sua responsabilità civile per dolo o colpa grave.

Il Policlinico di Foggia ha adottato un sistema informatizzato per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni degli illeciti in modalità crittografata (inintelligibile ai non autorizzati) che garantisce l'anonimato del segnalante nel rispetto delle procedure e misure di sicurezza imposte dalla Legge n. 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" e nell'osservanza del Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità, giusta Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018. Il Responsabile per la prevenzione della corruzione provvede all'aggiornamento del Regolamento interno per la gestione della procedura di *Whistleblowing* destinato al personale aziendale, altresì organizzando attività formative per tutti i dipendenti.

Nel corso dell'anno 2022 non risultano segnalazioni di illecito da parte del personale dipendente.

### 2.3.14 Inconferibilità ed incompatibilità

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

Programmazione triennale della misura	2023	2024	2025
	Verifiche su attestazioni	Verifiche su attestazioni	Verifiche su attestazioni

Ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle Pubbliche Amministrazioni si osservano le disposizioni contenute nel decreto legislativo dell'8 aprile 2013 n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190". L'Autorità Nazionale per la Prevenzione della Corruzione (ANAC) con Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 ha fornito l'interpretazione in merito all'applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario.

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

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

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

In fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2022, sono state acquisite le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità al conferimento dell'incarico del Commissario Straordinario, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, senza rilevare criticità.

### 2.3.15 Rotazione del Personale

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

Programmazione triennale della misura	2023	2024	2025
	Monitoraggio misura rotazione	Monitoraggio misura rotazione	Monitoraggio misura rotazione

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

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

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

disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva o non conformi a canoni di correttezza ai sensi della normativa vigente in materia.

Il Policlinico di Foggia, nel corso dell'anno 2022, ha applicato la misura della rotazione con riferimento a taluni profili dirigenziali ed in aggiunta ha applicato le seguenti misure di mitigazione del rischio corruttivo:

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

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

### 2.3.16 Incarichi extra-istituzionali

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

Programmazione triennale della misura	2023	2024	2025
	Monitoraggio autorizzazioni	Monitoraggio autorizzazioni	Monitoraggio autorizzazioni

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

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

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

### 2.3.17 Monitoraggio tempi procedurali

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

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

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

Nel corso dell'anno 2022 non sono state rilevate criticità sui tempi di conclusione dei procedimenti amministrativi.

### 2.3.18 Formazione del Personale

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

Programmazione triennale della misura	2023	2024	2025
	Programmazione attività formative	Programmazione attività formative	Programmazione attività formative

La formazione del personale costituisce uno degli strumenti fondamentali per la messa a punto di una efficace strategia di prevenzione della corruzione.

Una formazione adeguata consente di fornire al personale la necessaria conoscenza delle leggi e soprattutto degli strumenti di prevenzione della corruzione e delle modalità per riconoscere i segnali d'allarme, quali ad esempio situazioni in cui sussiste il conflitto di interessi.

Nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diviene sistemica, divenga oltre che un comportamento illegale del singolo anche un indicatore di una cultura che se radicata compromettere l'integrità ed il buon funzionamento dell'organizzazione, occorre investire in percorsi formativi che supportino un cambiamento culturale ed organizzativo.

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

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

Nel corso dell'anno 2023 sono stati programmati eventi formativi sul tema dell'etica e della legalità, sia di livello generale che specifico per i Dirigenti. Le attività formative proseguiranno nel triennio 2023-2025 in linea con gli aggiornamenti normativi nazionali e regionali.

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

### 2.3.19 Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante

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

Il Policlinico di Foggia ha nominato il RASA con deliberazione del Commissario Straordinario n. 425 del 09.09.2022.

### 2.3.20 Sponsorizzazioni

Le attività di sponsorizzazione e i rapporti che si creano tra il Policlinico di Foggia e le Aziende private, Associazioni ed Enti profit e non profit, sono ambiti esposti a rischio corruzione, anche in considerazione dell'incremento dell'attività in tale settore. Nel corso dell'anno 2018 è stato elaborato

uno specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 462 del 14 giugno 2018.

Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro attività, sui quali gravi la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, delle consulenze e collaborazioni (legali e tecniche), il Policlinico di Foggia intende avviare, nel triennio 2023-2025, l'iter per l'acquisizione delle "dichiarazioni pubbliche di interesse" su modello Agenas.

I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:

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

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

### 2.3.21 Attività conseguenti al decesso

I servizi funebri rappresentano uno dei processi a rischio corruzione, come ampiamente desumibile dalla stampa regionale e nazionale. Il Policlinico di Foggia, consapevole di tale rischio, ha ampliato le misure di trasparenza già adottate, che prevedono l'affissione dell'elenco delle ditte operanti sul territorio nei locali dell'obitorio, nonché di svolgere attività formativa e informativa rivolta ai dipendenti che espletano attività finalizzata a ridurre il rischio corruzione attraverso l'imposizione del divieto di indicazione di ditte e l'adozione di specifiche linee guida estrinsecate nella DDG n. 184 del 6.7.2015 avente ad oggetto: "approvazione Regolamento disciplinante le attività dell'obitorio dell'azienda ospedaliero universitaria ospedali riuniti di foggia in attuazione del regolamento di polizia mortuaria".

### 2.3.22 Donazione e Comodati d'uso

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

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

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

Il Policlinico di Foggia ha provveduto:

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

### 2.3.23 Attività Libero Professionale – ALPI

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

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

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

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

### 2.3.24 Referente monitoraggio Opere Pubbliche

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

Con riferimento alle procedure in materia di monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13 della L. n. 196/2009, il Policlinico di Foggia ha provveduto alla nomina del Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche previsto dal decreto legislativo n. 229/2001, designando quale referente interno presso la Struttura Gestione Tecnica, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 478 del 10.10.2022.

### 2.3.25 Gestore procedure antiriciclaggio

Il Decreto Legislativo n. 231/2007 ha imposto una serie di obblighi volti a garantire l'adeguata verifica dei titolari effettivi della società con cui si contrae e che ha altresì imposto alla P.A. l'obbligo di segnalare le operazioni sospette all'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) istituita all'uopo presso la Banca d'Italia.

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

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno, il Policlinico di Foggia ha provveduto alla nomina del gestore delle comunicazioni alla UIF giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 26 del 19/03/2022.

### 2.3.26 Flussi informativi periodici

Il Policlinico di Foggia prevede, nel triennio 2023-2025, periodici flussi informativi verso il RPCT la cui presa in carico e corretta gestione è obbligatoria in capo ai relativi Responsabili delle Strutture Aziendali, secondo la tabella riportata nell'allegato "Allegato\_3-StatoAttuazioneMisure".

### 2.3.27 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Nell'ambito del quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione di traguardi ed obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al d.l. 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, questa Azienda, su richiesta della Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ha individuato un Dirigente quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 “Salute”. La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento regionale è avvenuta con nota n. 93 del 12.04.2022.

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

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

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

### 2.3.28 Monitoraggio e Riesame Periodico

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

Monitoraggio e riesame sono due attività differenti ma strettamente collegate. Il monitoraggio è 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 2022, è stato effettuato un monitoraggio interno di I livello (da parte dei Referenti RPCT) e di II livello con campionamento ragionato e statistico (da parte del RPCT), che ha permesso la correzione di inesattezze e l'aggiornamento di alcuni processi, rischi e relative misure di mitigazione del rischio corruttivo.

Entrambi i monitoraggi hanno riguardato sia lo stato di attuazione delle misure di carattere generale che lo stato di attuazione delle misure di carattere specifico. L'obiettivo del monitoraggio è stato quello di accertare la corretta applicazione, da parte dei Dirigenti, delle misure predisposte secondo le modalità e nei tempi previsti, e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio. Con



riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l'attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta. Il riesame generale è effettuato dal RPCT, entro il mese di gennaio di ciascun anno, al fine di valutare l'efficienza ed efficacia del sistema anticorruptivo nel suo complesso.

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

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

Dei risultati del monitoraggio si è dato conto anche nella Relazione annuale del RPCT per l'anno 2022, di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, pubblicata sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione - Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione.

### 2.3.29 Trasparenza Amministrativa

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

La trasparenza deve essere finalizzata a:

- favorire forme di controllo diffuso degli utenti, in ordine al corretto svolgimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche;
- concorrere ad attuare il principio democratico ed i principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità e buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

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

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

Ciascun Direttore/Dirigente, sulla scorta del quadro sinottico in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di dati, informazioni e documenti da parte dell'Azienda, oltre all'attività di controllo e supervisione diretta, si avvale di uno o più dipendenti, dal medesimo formalmente incaricati, e provvede alle operazioni di pubblicazione, aggiornamento, correzione dei dati, delle informazioni e dei documenti inerenti alle attività istituzionali di propria competenza, come meglio decritti nel precitato schema allegato, conforme alle prescrizioni normative in allegato al D. Lgs. n.

33/2013 e s.m.i. e alle recenti “Linee Guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2015/2017” emanate dall’ANAC.

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

A tale scopo, è stata predisposta la tabella in allegato (“**Allegato\_6-Obblighi di Pubblicazione**”) cui si rinvia, che individua, per ogni obbligo informativo, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati relativi, tenendo conto delle modifiche legislative e del nuovo assetto organizzativo.

Secondariamente l’Azienda intende rendere disponibili, laddove si ravvisi la necessità, brevi note esplicative dei dati pubblicati. Chiunque ha diritto di accedere, direttamente ed immediatamente, al sito istituzionale aziendale. Il Policlinico 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 2023-2025 è **prevista la pubblicazione dei seguenti dati ulteriori**, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

- i nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nelle sperimentazioni cliniche di medicinali ad uso umano e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti, ai sensi decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52;
- 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.

### 2.3.30 Coinvolgimento degli Stakeholders

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

Il Policlinico 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.

### 2.3.31 Accesso Civico Semplice e Generalizzato

#### **Accesso civico semplice**

Le prescrizioni di pubblicazione previste dal D.Lgs. n. 33/ 2013 e dal D.Lgs 97/16 (c.d. FOIA – Freedom of Information Act) sono obbligatorie. Nei casi in cui 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).

Nel corso dell'anno 2022 sono stati rilevati 17 accessi civici resi disponibili nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente all'indirizzo

<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/altri-contenuti-accesso-civico>.

### 2.3.32 Allegati

- Allegato\_1-Analisi-rischi
- Allegato\_2-Stato\_attuazione\_misure
- Allegato\_3-Priorità di trattamento rischi
- Allegato\_4-Relazione\_RPCT
- Allegato\_5-Programmazione\_Misure
- Allegato\_6-Obblighi di Pubblicazione

## 3 Sezione 3: Organizzazione del capitale umano

### 3.1 Struttura organizzativa

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

Il modello organizzativo con il quale l'Azienda eroga assistenza prevede un'articolazione dipartimentale, basato sui Dipartimenti strutturali ad Attività Integrata - D.A.I. 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 protocollo d'Intesa Regione Puglia - Università sottoscritto l'11 aprile 2018. Con successivi provvedimenti ed in particolare, in ordine di tempo, con deliberazioni del Direttore Generale nn. 384 e n. 591 del 2019, 133, 149 e 447 del 2020, 20 del 2021, 270 e 493 del 2022 e da ultimo con la n. 41 del 27/01/2023, l'organizzazione aziendale è stata rivista e integrata più volte, adeguandola agli sviluppi delle reti assistenziali regionali e/o alle esigenze e funzionalità interne.

La mappatura delle Strutture e degli incarichi dirigenziali viene definita nel rispetto di quanto previsto dalla Regione Puglia con il Regolamento n. 23/2019 di riordino della rete ospedaliera come da ultimo modificato e integrato con il successivo n. 14/2020.

Inoltre, nel rispetto dei Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR in ultimo approvati con D.G.R. n. 1603/2018, la Regione e l'Università hanno approvato le modifiche all'allegato C2 del Protocollo d'intesa Regione/Università di Foggia per l'attività assistenziale integrata, definito ai sensi degli art. 1 e 2, co.4 del D. Lgs n. 517 del 21.12.1999, recepito da questo Policlinico con DCS n. 567 del 26/10/2022 di presa d'atto della DGR. n. 1255 del 12.09.2022. A seguito della presa d'atto del nuovo assetto aziendale, sono state adottate da ultimo le Deliberazioni del Commissario Straordinario nn. 594 e 595 del 29/11/2022 e n.611 del 01/12/2022) di recepimento dello stesso.

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. 47 strutture complesse di area clinica di cui n. 19 a direzione ospedaliera e n. 28 a direzione universitaria e n. 7 strutture complesse di area amministrativa e/o di supporto/staff alla direzione strategica. A queste si aggiungono n. 33 strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area clinica e n. 11 strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area amministrativa e/o di supporto/staff alla direzione strategica. Inoltre, nel novero delle Strutture Complesse è compresa ancora la centrale operativa del Servizio 118 ubicata in sede ma di imminente trasferimento presso la ASL territoriale e, dunque, non rientrante negli standard aziendali per la determinazione del numero di strutture complesse. La tabella che segue descrive l'articolazione organizzativa aziendale delle strutture complesse (in nero) e delle Strutture Semplici a valenza dipartimentale (in blu) al 31.12.2022.

Tabella n.3.1.1 – Articolazione dipartimentale

DIPARTIMENTI	STRUTTURE COMPLESSE		Direzione Ospedaliera	Direzione Universitaria
	STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE			
<b>Emergenza e Urgenza</b>	Medicina d'accettazione e urgenza		H	
	Centrale Operativa 118		H	
	Anestesia e Rianimazione			U
	Ortopedia e Traumatologia		H	
	Centro Antiveleni (CAV)		H	
<b>Donna e Bambino</b>	Ostetricia e Ginecologia 1			U
	Ostetricia e Ginecologia 2			U
	Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale		H	
	Pediatría			U
	Neuropsichiatria Infantile		H	
	Nido e Sten		H	
	Chirurgia Pediatrica		H	
	Chirurgia Pediatrica			U
	Fisiopatologia della Riproduzione Procreazione Medico-Assistita (PMA)			U
	Sale parto e percorso nascite		H	
<b>Internistico</b>	Malattie Infettive			U
	Epatologia			U
	Reumatologia			U
	Medicina Interna		H	
	Medicina Interna e dell'Invecchiamento			U
	Dermatologia		H	
	Reumatologia Integrata al Territorio		H	
	Dermatologia			U
	Geriatría e Ortogeriatría		H	
<b>Medicina Specialistica</b>	Gastroenterologia		H	
	Malattie Apparato Respiratorio			U
	Malattie Endocrine			U
	Allergologia e Immunologia Clinica			U
	Endoscopia Digestiva d'urgenza		H	
<b>Neuroscienze</b>	Neurochirurgia		H	
	Neurologia e Stroke Unit		H	
	Neurologia			U
	Medicina Fisica e Riabilitativa			U
	Psichiatria			U
	Neurofisiopatologia		H	
	Psicologia		H	
<b>Cardio-toraco-vascolare</b>	Cardiologia			U
	Cardiochirurgia			U
	Chirurgia Toracica			U
	Chirurgia Vascolare		H	
	Medicina dello sport			U
<b>Onco-Ematologico</b>	Ematologia		H	
	Medicina Nucleare		H	
	Radioterapia		H	
	Oncologia Medica e Terapia Biomolecolare			U
<b>Chirurgico</b>	Chirurgia Generale		H	
	Chirurgia Generale			U
	Chirurgia Maxillo-Facciale		H	
	Chirurgia Plastica (e Grandi Ustionati)			U

	Oftalmologia		U
	Ortopedia e Traumatologia		U
	Otorinolaringoiatria		U
	Odontoiatria	H	
	Chirurgia Oncologica	H	
	Audiovestibologia	H	
	Chirurgia Senologica	H	
<b>Nefro-Urologico</b>	Nefrologia e Dialisi (abilitata al trapianto di rene)		U
	Urologia e Trapianti		U
	Andrologia e Chirurgia ricostruttiva Genitali Esterni		U
<b>Diagnostica di Laboratorio</b>	Anatomia Patologica		U
	Genetica Medica		U
	Medicina Trasfusionale	H	
	Patologia Clinica		U
	Microbiologia e Virologia	H	
	Biologia Molecolare Oncologica	H	
	Patologia Clinica		U
	Cromatografia e Spettr. di massa - Tossicologia		U
<b>Diagnostica per Immagini</b>	Radiodiagnostica	H	
	Radiodiagnostica		U
	Radiologia d'Urgenza	H	
	Diagnostica Senologica	H	
	Neuroradiologia Interventistica	H	
	Radiologia Interventistica	H	
<b>Dipartimento Medico, Geriatrico e Riabilitativo</b>	Geriatria e Medicina	H	
	Oncologia	H	
	Lungodegenza	H	
	Oncologia Medica Integrata	H	
	Oculistica integrata al Territorio	H	
	Terapia del dolore e delle attività chirurgiche	H	

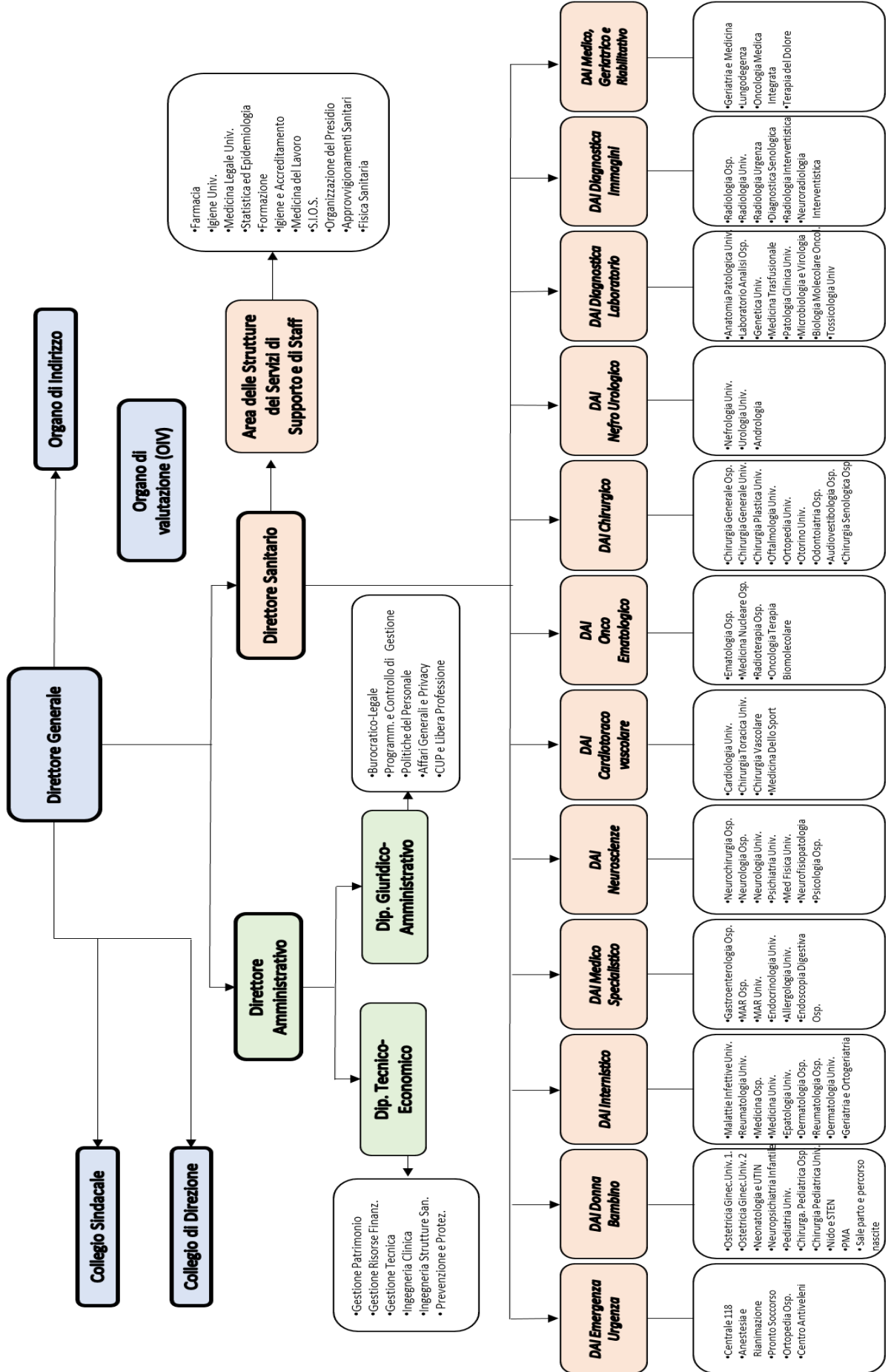
Sono poi in essere n. 1 Dipartimento delle Strutture dei Servizi di Supporto e di Staff alla Direzione Sanitaria e n. 2 Dipartimenti amministrativi di aree e/o strutture funzionali e gestionali, istituiti con DDG n. 341 del 2015 e ridefinite con DDG n. 571 di luglio 2018 e articolati come segue:



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

<b>Area delle Strutture e dei Servizi di Supporto e di Staff</b>	SC	Statistica ed Epidemiologia
	SC	Farmacia
	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
<b>Giuridico-Amministrativo</b>	SC	Burocratico-Legale
	SC	Programmazione e Controllo di Gestione
	SC	Politiche del Personale
	SSD	Affari Generali e Privacy
	SSD	CUP e Libera Professione
<b>Tecnico-Economico</b>	SC	Gestione Patrimonio
	SC	Gestione Risorse Finanziarie
	SC	Gestione Tecnica
	SSD	Ingegneria Clinica
	SSD	Ingegneria delle Strutture Sanitarie
	SSD	Prevenzione e Protezione

# 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 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

Lo smart working quale modalità alternativa di lavoro si è sviluppato essenzialmente durante la fase emergenziale, anche a seguito dell'emanazione di una serie di disposizioni legislative e regolamentari.

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 tal prima fase è stata adottata la Deliberazione del Direttore Generale n. 161 del 16/03/2020 avente ad oggetto il "regolamento per l'utilizzo temporaneo del lavoro agile ai fini del contenimento e della gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID- 19" ed apposite direttive aziendali nei confronti dei Direttori e i Dirigenti Responsabili delle Strutture Amministrative, Tecniche e Professionali.

È 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:

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%

- 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*".

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

### 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.

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 e sottoscrivendo accordo individuale (i modelli sono disponibili nella sezione modulistica del sito aziendale al link:

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

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

Il Direttore e/o Dirigente Responsabile 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.).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- dipendenti che devono attendere alla cura dei genitori conviventi affetti da gravi patologie in assenza di altro familiare convivente che possa attendere alla cura degli stessi.

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

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

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

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) garantendo adeguati livelli di sicurezza e protezione di rete. e deve essere in grado di collegarsi alla rete aziendale. Deve possedere un computer con sistema operativo aggiornato, un antivirus aggiornato e deve proteggere il computer utilizzato e autorizzato con password di sicurezza. Per il collegamento alla rete aziendale verrà messa a disposizione una VPN con apposite credenziali, che consentirà l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali necessari alla prestazione lavorativa.



### 3.2.5 Percorsi formativi

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

### 3.2.6 Programma di sviluppo del lavoro agile

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

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

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2023	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2025	Fonte
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	<b>SALUTE ORGANIZZATIVA</b>					
	<b>Adeguare l'organizzazione dell'Ente rispetto all'introduzione del lavoro agile</b>	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>
<b>SALUTE PROFESSIONALE</b>						

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2023	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2025	Fonte	
	<b>Adeguatezza dei profili professionali esistenti rispetto a quelli necessari</b>	-% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno	<i>Percorsi di formazione</i>	<i>Percorsi di aggiornamento di profili esistenti</i>	<i>Percorsi di aggiornamento di profili esistenti</i>	<i>Ufficio Formaz.</i>	
		-% lavoratori che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno	=====	<i>A consuntivo</i>	<i>A consuntivo</i>	<i>Ufficio Formaz.</i>	
		-% lavoratori che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali utili al lavoro agile nell'ultimo anno	=====	<i>A consuntivo</i>	<i>A consuntivo</i>	<i>Ufficio Formaz.</i>	
		-% lavoratori che utilizzano le tecnologie digitali potenzialmente utili per il lavoro agile	=====	<i>A consuntivo</i>	<i>A consuntivo</i>	<i>SIA</i>	
	<b>SALUTE DIGITALE</b>						
	<b>Predisposizione di un piano di transizione digitale</b>	Piano triennale dell'informatica	<i>Ricognizione</i>	<i>Predisposizione del piano</i>	<i>Implementazione</i>	<i>SIA</i>	
	<b>Semplificazione e digitalizzazione dei processi e dei servizi amministrativi</b>	PIAO 2022-2024	<i>Definizione PIAO 2022-2024 Valore pubblico</i>	<i>Definizione PIAO 2022-2024 Valore pubblico</i>	<i>Definizione PIAO 2022-2024 Valore pubblico</i>	<i>SIA Controllo di Gestione</i>	
	<b>Implementazione di un sistema VPN</b>	Presenza di un sistema VPN	<i>Implementazione</i>	<i>Implementazione</i>	<i>Implementazione</i>	<i>Manut. e Impianti</i>	
	<b>Implementazione di una rete intranet aziendale</b>	Presenza di una rete intranet aziendale	<i>Implementazione</i>	<i>Implementazione</i>	<i>Implementazione</i>	<i>Manut. e Impianti</i>	
	<b>Attivazione di un sistema di collaboration</b>	Assenza/Presenza di sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	=====	<i>Estendere il Doc flow in remoto. Il monitoraggio delle attività è implicito nel sistema</i>	=====	<i>SIA</i>	
		% Utilizzo firma digitale tra i lavoratori	<i>Verifica</i>	<i>Verifica</i>	<i>Verifica</i>	<i>Affari Generali</i>	
	<b>SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA</b>						
	<b>Inserimento di finanziamenti e</b>	€ Costi per formazione delle	=====	<i>Previsione budget</i>	<i>Previsione budget</i>		

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2023	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2025	FONTE
	investimenti e di ricavi e costi per il lavoro agile nel bilancio preventivo	competenze direzionali, organizzative e digitali funzionali al lavoro agile		necessario per l'organizzazione di corsi di formazione	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	<b>QUANTITA'</b>					
	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 Risorsse Umane
	Incrementare il n. di giornate lavorative in lavoro agile	% Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali	=====	A consuntivo	A consuntivo	Area Risorsse Umane
	<b>QUALITÀ</b>					
	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	<b>ECONOMICITÀ</b>					
	Riduzione dei costi	Riduzione di costi per lavoro straordinario, utenze, contributo aziendale servizio mensa, materiale consumo, ecc...;	=====	A consuntivo	A consuntivo	Area Risorse Finanziarie
	<b>EFFICIENZA</b>					
	Riduzione delle giornate di assenza	Giornate di assenza	=====	Limitate alle ferie e malattie	Limitate alle ferie e malattie	Area Risorsse 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
<b>EFFICACIA</b>						

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2023	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2025	FONTE
	Aumento della qualità percepita dagli utenti	Standard di qualità dei servizi erogati in modalità agile	=====	<i>Esito della valutazione</i>	<i>Esito della valutazione</i>	<i>Affari Generali</i>
		% customer satisfaction di utenti serviti da dipendenti in lavoro agile	=====	<i>Esito della valutazione</i>	<i>Esito della valutazione</i>	<i>Affari Generali</i>
IMPATTI	<b>IMPATTO SOCIALE</b>					
	Migliorare la qualità della vita del dipendente	% di dipendenti che ritiene di aver migliorato il rapporto - vita privata	=====	<i>A consuntivo</i>	<i>A consuntivo</i>	<i>Affari Generali</i>
	<b>IMPATTO ECONOMICO</b>					
	Migliorare la qualità della vita del dipendente	€ risparmiati per riduzione spese di viaggio per andare a lavoro	=====	<i>A consuntivo</i>	<i>A consuntivo</i>	<i>Affari Generali</i>
	<b>IMPATTI INTERNI</b>					
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.

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

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

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

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

1. Le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.

2. Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Qualora siano individuate eccedenze di personale, si applica l'articolo 33. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.

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

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

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

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

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

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

Con DPCM dell'8/05/2018 sono state emanate le prime Linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 6 ter, co. 1

del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. che hanno fornito indicazioni preliminari dando seguito alle novità legislative introdotte dal D.Lgs. n. 75/2017; in modo particolare, sono orientate verso il definitivo superamento del consueto concetto di “dotazione organica” ora definito invece uno strumento flessibile e finalizzato a rilevare le effettive esigenze quale il PTFP (Piano triennale di fabbisogni del personale). Elemento prioritario è la dinamicità, nessun processo strategico infatti deve essere considerato dal punto di vista della staticità, ma il tutto dovrà essere rivisto periodicamente sulla base del turn over e dell’avvicendamento del personale stesso.

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

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.

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

Nella definizione del Piano triennale dei fabbisogni del personale 2021/2023 si è tenuto conto delle norme generali in materia di assunzioni di personale nelle pubbliche amministrazioni e delle indicazioni e prescrizioni previste dalla DGR n. 1818 del 12/12/2022 avente ad oggetto: *"Avvio procedure di stabilizzazione del personale del SSR ai sensi dell'art.20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta Regionale n.1896 del 22.11.2021"* e dalla DGR n. 1980 del 22/12/2022 avente ad oggetto: *"Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 –Presa d'atto Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021-2023 delle Aziende ed Enti SSR. Prima valutazione"*.

Con deliberazione del Commissario Straordinario n. 654 del 21/12/2022, così come modificata e integrata dalla n. 51 del 27/01/2023, è stato definito il piano di fabbisogno di personale del Policlinico per il triennio 2021/2023, sulla base del limite di spesa complessiva del personale rideterminato in € 141.355.186,00 ai sensi dell'art. 2, co. 71, della legge 191/2009 e succ. mod. ed integraz., definito della DGR n. 1818 del 12/12/2022, al fine di:

- consentire la stabilizzazione del personale del SSR, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021;
- consentire l'immissione in ruolo del personale in comando;
- prevedere per l'anno 2023 le assunzioni necessarie a potenziare gli organici soprattutto di personale medico, non interessato dal processo di stabilizzazione, al fine di garantire i livelli minimi essenziali di assistenza e provvedere al recupero delle attività ordinarie, delle liste d'attesa, nonché per consentire l'implementazione e lo sviluppo del modello di sanità ospedaliero e territoriale, delineato dal Decreto Legge n. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020 nonché dal Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 anche sulla base dell'incremento del tetto di spesa, a valere sugli anni 2023-2024, che sarà assegnato al Policlinico a seguito della definizione delle future strategie di programmazione sanitaria ospedaliera e territoriale e che troverà copertura finanziaria nella quota percentuale di incremento atteso del Fondo Sanitario Regionale, dalle cessazioni anno 2023-2024, nonché dall'applicazione delle previsioni, di cui al comma 10 dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020. Il suddetto provvedimento è disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente" all'indirizzo:

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

### 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 2023.

<b>FABBISOGNO FORMATIVO ANNO 2023</b>			
<b>STRUTTURA PROPONENTE</b>	<b>TITOLO</b>	<b>PERIODO</b>	<b>DESTINATARI</b>
SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO, AI SENSI DEL D.LGS. 81/08.	I°e II°Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
FISICA SANITARIA	RADIOPROTEZIONE DI BASE NELLE ATTIVITÀ SANITARIE ex artt. 110 e 162 – D.lgs.101/2020	I°e II° Sem.	DIRIGENTI E PREPOSTI
FISICA SANITARIA	RADIOPROTEZIONE DI BASE NELLE ATTIVITÀ SANITARIE ex artt. 111 e 162 – D.lgs. 101/2020		TUTTE LE PROFESSIONI
FISICA SANITARIA	ASPETTI DI RADIOPROTEZIONE NELLE PRATICHE CON SORGENTI AD ALTA ATTIVITA' - Corso di ex artt. 111 e 162 – D.lgs. 101/2020	I° Sem.	TSRM
MEDICINA - LEGALE	CONSENSO INFORMATO E DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO: PROBLEMI MEDICO LEGALI ED OPERATIVITA' QUOTIDIANA	II° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
GESTIONE TECNICA	CORSO DI FORMAZIONE ANTINCENDIO	I°e II°Sem.	PERSONALE ADDETTO
AFFARI GENERALI E PRIVACY	ANTICORRUZIONE TRASPARENZA E PRIVACY	I° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI

GESTIONE TECNICA GESTIONE PATRIMONIO	APPALTI E CONTRATTI PUBBLICI	I° Sem.	PERSONALE TECNICO- AMMINISTRATIVO
GESTIONE TECNICA GESTIONE PATRIMONIO	RISPARMIO ENERGETICO CORSO ON-LINE PIATTAFORMA SYLLABUS	I°e II°Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
GESTIONE TECNICA GESTIONE PATRIMONIO	RISPARMIO ENERGETICO CORSO ON-LINE PIATTAFORMA ENEA	I°e II°Sem.	DIRIGENTI GEST. IMMOB. IMPIANTI ACQUISTI
AREA PER LE POLITICHE DEL PERSONALE	LAVORO AGILE COMPETENZE ORGANIZZATIVE	I° Sem.	PERSONALE TECNICO- AMMINISTRATIVO
SIA	LE COMPETENZE DIGITALI COMPRESSE QUELLE IN MATERIA DI LAVORO AGILE	I° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
PSICOLOGIA	LA COMUNICAZIONE VOLTA A MIGLIORARE IL RAPPORTO CITTADINI/UTENTI	I°e II°Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRALE OPERATIVA 118	CORSO DI INGLESE	I° Sem.	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE TECNICO AMMINISTRATIVO
CENTRALE OPERATIVA 118	BLS - PBLSD CORSO BASE RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE E DEFIBRILLAZIONE ADULTO E PEDIATRICO	I° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRALE OPERATIVA 118	SIMULAZIONE - ESERCITAZIONE E CONVEGNO PER INCENDIO IN ISTITUTO SCOLASTICO	I°e II°Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRALE OPERATIVA 118	ALS: ADVANCED LIFE SUPPORT CORSO AVANZATO DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE	II° Sem.	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE
CENTRALE OPERATIVA 118	ASPETTI MEDICO LEGALI IN EMERGENZA SANITARIA	II° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI

MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	INTERPRETAZIONE RAPIDA DELL'EGA	I° Sem.	INFERMIERI DI AREA CRITICA
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	FORMAZIONE CERTIFICATA DI TRIAGE	I°e II°Sem.	INFERMIERI MECAU
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	IL TRIAGE GLOBALE ED I NUOVI CODICI DI PRIORITA'. AGGIORNAMENTO PROTOCOLLI DI TRIAGE SULLA BASE DELLE LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI	I° Sem.	INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	INTERPRETAZIONE RAPIDA DELL'ELETTROCARDIOGRAMMA IN EMERGENZA - URGENZA	I°e II°Sem.	INFERMIERI
CENTRO ANTIVELENI	AGGIORNAMENTI IN TOSSICOLOGIA CLINICA 2023	I° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	XV CONVEGNO DI TOSSICOLOGIA CLINICA	II° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	AGGIORNAMENTI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E TUTELA E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO	II° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	MULTITOM RAX REAL 3D PER IMMAGINI MUSOLO-SCHELETRICHE	I° Sem.	TSRM
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	ASPETTI RELAZIONALI E DINAMICHE DI GRUPPO IN RADIOLOGIA	I° Sem.	TSRM INFERMIERI
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	LA TC IN RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	II° Sem.	TSRM INFERMIERE
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	LA TC DUAL ENERGY CORSO TEORICO - APPLICATIVO	II° Sem.	TSRM INFERMIERE

LABORATORIO OSPEDALIERO UNIVERSITARIO GENETICA MEDICA	APPRENDERE ATTRAVERSO LA PRATICA DI LABORATORIO: INTERPRETAZIONE CLINICA DEGLI ESAMI DI LABORATORIO	II° Sem.	MEDICO CHIRURGO BIOLOGO - TSLB INFERMIERE
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE	MALATTIE DEGENERATIVE	I° Sem.	MED. CHIR., INFER. FISIOT. TEC. NEURO
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE	AGGIORNAMENTI IN TEMA DI STROKE GIOVANILE	II° Sem.	MEDICO CHIRURGO FISIOTERAPISTA INFERMIERE
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE	ATTUALITA' IN NEUROSCIENZE XVII EDIZIONE	II° Sem.	TUTTE LE PROFESSIONI
NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	CORSO TEORICO-PRATICO DI AGGIORNAMENTO UP DATE IN RIANIMAZIONE NEONATALE	I° Sem.	INFERMIERE INFERMIERE-PED. OSTETRICA
NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	ACCESSI VASCOLARI IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	I° Sem.	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE
NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	CORSO TEORICO – PRATICO DI NEONATOLOGIA	II° Sem.	MEDICO CHIRURGO
NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	CORSO TEORICO – PRATICO DI AGGIORNAMENTO PER INFERMIERI DEI REPARTI DI ASSISTENZA NEONATALE	II° Sem.	INFERMIERE INFERMIERE-PED. OSTETRICA
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO	METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA	I° Sem.	INFERMIERE INFERMIERE-PED.

## 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 2023 – 2025 e rendicontati nella Relazione sulla Performance. Come già evidenziato nel paragrafo “La programmazione annuale e il ciclo di gestione della Performance” nella sezione “Performance”, l'Azienda attraverso il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato con deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 59 del 01/02/2022, valuta le Strutture aziendali e il personale dipendente appartenente sia alla Dirigenza delle diverse Aree che all'Area di Comparto. Il ciclo si conclude con l'adozione della Relazione sulla Performance da parte della Direzione Strategica che è soggetta alla validazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.). In tale attività, la Direzione Strategica è coadiuvata dalla Struttura Programmazione e Controllo di Gestione.

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