Policlinico Foggia

ospedaliero-universitario

PIAO
Piano Integrato
di Attività e Organizzazione
triennio 2024-2026

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

Il Direttore Generale
dott. Giuseppe Pasqualone

Sommario

1 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione 5
1.1 Le attività e i principali risultati raggiunti 6
1.1.1 Capacità di governo della domanda sanitaria, appropriatezza e qualità dell'assistenza 6
1.1.1.1 L'attività di ricovero 6
1.1.1.2 L'attività ambulatoriale 12
1.1.1.3 L'attività della rete emergenza-urgenza 13
1.1.1.4 Principali indicatori di attività-performance delle Strutture Sanitarie 14
1.1.1.5 Adozione del Piano attuativo aziendale per il recupero delle liste d'attesa 17
1.1.1.6 Adozione di percorsi Diagnostico-Terapeutici 17
1.1.2 Assistenza farmaceutica: monitoraggio della spesa per farmaci e dispositivi medici 18
1.1.2.1 Spesa farmaceutica 18
1.1.2.2 Spesa dispositivi medici 20
1.1.3 Aspetti economico-finanziari ed efficineza operativa 22
1.1.3.1 L'indice di tempestività dei pagamenti (ITP) 22
1.1.3.2 Avvio del nuovo sistema informativo (MOSS) per il monitoraggio della pesa del SSR 22
1.1.3.3 Completamento del reparto operatorio sito al 6° piano del DEU e del Polo chirurgico 23
1.1.3.4 Acquisto di tecnologie sanitarie a valere sui finanziamenti PNRR, POR-POC Puglia, CIPE 23
2 Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione 26
2.1 Valore pubblico 26
2.2 Performance 28
2.2.1 Gli obiettivi dell'Azienda 28
2.2.2 La programmazione annuale e il ciclo di gestione della performance 36
2.2.3 Dalla performance organizzativa alla performance individuale 37
2.2.4 Performance e programmazione di bilancio 38
2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza 39
2.3.1 Processo di elaborazione 39
2.3.2 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione 40
2.3.3 Obiettivi Strategici anticorruzione 45
2.3.4 Valutazione d'impatto del contesto esterno 46
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 53
2.3.8 Misure di prevenzione 56
2.3.9 Patto di integrità 57
2.3.10 Confitto 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 63

2.3.16 Incarichi extra-istituzionali 64
2.3.17 Monitoraggio tempi procedimentali 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 67
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) 68
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 78
3.2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile 78
3.2.2 Modalità attuative del lavoro agile durante la fase ordinaria 78
3.2.3 Soggetti, procedura e svolgimento della prestazione 79
3.2.4 Strumenti tecnologici in dotazione al dipendente 82
3.2.5 Percorsi formativi 82
3.2.6 Programma di sviluppo del lavoro agile 82
3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 86
3.3.1 Formazione del personale 91
4 Sezione 4: Monitoraggio 93

Premessa

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

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

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

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

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

1 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

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

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

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

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

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

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

1.1 Le attività e i principali risultati raggiunti

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

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

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

Venendo ai risultati più significativi raggiunti nel corso del 2023, nei paragrafi sottostanti si rappresentano le macroaree d'intervento più significative nelle quali sono confluiti gli obiettivi generali definiti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il triennio 2023-2025 che sono:

- Capacità di governo della domanda sanitaria, appropriatezza e qualità dell'assitenza;
- Assistenza farnaceutica: monitoraggio della spesa per farmaci e dispositivi medici;
- Aspetti economico-finanziari ed efficineza operativa.

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

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

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

Nota metodologica produzione aziendale

Nei report seguenti è stato effettuato il confronto tra il 2023 e 2022. I dati riferiti al 2022 risultano essere consolidati; quelli del 2023 non assestati in quanto estratti dal Sistema regionale Edotto l'8/12/2023 e saranno consolidati al termine del I° trimestre 2024.

1.1.1.1 L'attività di ricovero

Nel corso dell'anno 2023 il Policlinico ha erogato 30.949 ricoveri complessivi di cui il 90,43% in regime ordinario e il 9,57% in regime di ricovero diurno, facendo registrare, a fronte di una lieve diminuzione nel numero dei ricoveri (-0,37%) un aumento dei ricavi dell'attività pari all'1,15%.

La marcata riduzione del numero di ricoveri diurni (-2,85%) 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.

Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri totali	
2023	2022	2023	2022	2023	2022
27.987	28.015	2.962	3.049	30.949	31.064

Variazioni assolute e % 2023 vs 2022					
Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri totali	
-28	-0,10%	-87	-2,85%	-115	-0,37%

Tabelle 1.1.1.1 a - N. dimissioni ricoveri

Il valore della produzione dei ricoveri è in aumento (**+1,15%**) rispetto al 2022.

Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri totali	
2023	2022	2023	2022	2023	2022
112.589.616,00 €	111.077.557 €	4.112.312,00 €	4.297.577 €	116.701.928,00 €	115.375.134 €

Variazioni assolute e % 2023 vs 2022					
Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri totali	
1.512.059,00 €	1,36%	- 185.265,00 €	-4,31%	1.326.794,00 €	1,15%

Tabelle 1.1.1.1 b - Valore della produzione da attività di ricovero

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

Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri totali	
2023	2022	2023	2022	2023	2022
1,21	1,20	0,99	1,00	1,18	1,20

Variazioni assolute 2023 vs 2022		
Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni	Totale
0,01	-0,01	-0,02

Tabelle 1.1.1.1 c - Peso medio DRG

La degenza media si dimostra in calo di -0,42 giorni. E'evidente che la notevole diminuzione delle giornate di degenza (-11.882) è superiore alla riduzione del numero dei ricoveri (-28) rispetto ad una degenza media di 7,29 giornate. Tale aspetto sottolinea l'azione efficace volta a ridurre i tempi di degenza, favorendo un maggior grado di soddisfazione del paziente.

Giornate di Degenza		Degenza Media		Variazioni assolute 2023 vs 2022	
2023	2022	2023	2022	Giornate di degenza	Degenza Media
204.044	215.926	7,29	7,7	-11.882	-0,42

Tabella 1.1.1.1 d - Degenza ordinaria

Considerando il numero di accessi diurni e quelli medi per ricovero diurno, il dato è in evidente riduzione, in linea con le direttive regionali in materia di trasferimento in Day Service.

Accessi diurni		N. accessi medi per DH/DS		Variazioni assolute 2023 vs 2022	
2023	2022	2023	2022	Accessi diurni	N. accessi medi per DH/DS
5.231	5.416	1,77	1,78	-185	-0,01

Tabella 1.1.1.1 e - Degenza diurna

Nel 2023 l'attività chirurgica è aumentata, portando l'incidenza della stessa rispetto al totale dei ricoveri (ordinari e day surgery) dal 41,37% del 2022 al **42,39** del 2023.

Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri Totali	
2023	2022	2023	2022	2023	2022
39,92%	38,49%	65,73%	67,80%	42,39%	41,37%

Tabella 1.1.1.1 f - Percentuale DRG chirurgici sul totale della produzione

Ricoveri ordinari		Ricoveri diurni		Ricoveri Totali	
2023	2022	2023	2022	2023	2022
60,08%	61,51%	34,27%	32,20%	57,61%	58,63%

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

Nell'anno 2023, nel blocco operatorio e nelle sale interventistiche, sono stati eseguiti complessivamente n. **22.693** interventi rispetto ai n. 21.762 nell'anno 2022 con un aumento di n. 931 interventi, pari a **+4,28%**.

BLOCCO	STRUTTURE	INTERVENTI				TOTALE
		ORD.	AMB	PAC	DS	
LASTARIA	TERAPIA DEL DOLORE	59	707	0	22	788
	CHIRURGIA GENERALE OSP.	0	0	364	879	1243
	CHIRURGIA GENERALE UNIV.	0	0	0	46	46
	ORTOPEDIA OSP.	56	0	16	95	167
	ORTOPEDIA UNIV.	13	0	139	24	176
	CHIRURGIA PLASTICA	0	0	216	0	216
	UROLOGIA	59	0	23	74	156
	CENTRO CURE INCONT. URO	50	0	0	46	96
	ANDROLOGIA	49	0	48	49	146
	TOTALE	**286**	**707**	**806**	**1235**	**3034**

BLOCCO	STRUTTURE	INTERVENTI				TOTALE
		ORD.	AMB	PAC	DS	
PLESSO CHIRURGICO	CHIRURGIA GENERALE UNIV.	1368	0	0	0	1368
	OTORINO	1216	0	0	0	1216
	ORTOPEDIA OSP.	1012	0	0	0	1012
	ORTOPEDIA UNIV.	673	0	0	0	673
	NEUROCHIRURGIA	585	0	0	0	585
	CHIRURGIA GENERALE OSP.	1596	0	0	0	1596
	TOTALE	**6450**	**0**	**0**	**0**	**6450**
PLESSO MATERNITA'	OSTETRICIA E GINECOLOGIA I	803	0	0	707	1510
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA II	907	0	0	515	1422
	PMA	0	0	0	152	152
	CHIRURGIA PEDIATRICA OSP.	313	0	0	39	352
	CHIRURGIA PEDIATRICA UNIV.	114	0	0	0	114
	CHIRURGIA PLASTICA	1407	0	0	0	1407
	OCULISTICA	820	0	3731	350	4901
	TOTALE	**4364**	**0**	**3731**	**1763**	**9858**
UROLOGIA	UROLOGIA	2343	0	0	0	2343
	TOTALE	**2343**	**0**	**0**	**0**	**2343**
CORPO H	CHIRURGIA TORACICA	517	0	0	0	517
	CHIRURGIA VASCOLARE	491	0	0	0	491
	TOTALE	**1008**	**0**	**0**	**0**	**1008**
TOTALE		**14451**	**707**	**4537**	**2998**	**22693**

Tabella 1.1.1.1 g - Interventi chirurgici

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 della produzione riveniente dalle dimissioni con DRG inappropriati, rapportato alla produzione totale dai dimessi, è in costante diminuzione, passando dal 3,74% del 2022 al 3,17% del 2023.

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
2022	28.015	2.899	10,35%	111.077.557 €	3.204.774 €	2,89%
2023	27.987	2.297	8,21%	112.589.616 €	2.595.103 €	2,30%

Tabella 1.1.1.1 i - % 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
2022	3.049	1.030	33,78%	4.297.577 €	1.105.244 €	25,72%
2023	2.962	959	32,38%	4.112.312 €	1.100.502 €	26,76%

Tabella 1.1.1.1 l - % 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
2022	31.064	3.929	12,65%	115.375.134 €	4.310.018 €	3,74%
2023	30.949	3.256	10,52%	116.701.928 €	3.695.605 €	3,17%

Tabella 1.1.1.1 m. - % DRG Inappropriati per ricoveri ordinari e diurni

Considerando la provenienza dei pazienti, è evidente come la produzione dei ricoveri, sia ordinari che diurni, sia stata rivolta soprattutto ai pazienti residenti nella Regione Puglia.
Limitatamente alla provenienza extraregionale dei pazienti, notiamo che la produzione, sia ordinaria che diurna, è rivolta maggiormente alle regioni limitrofe come Basilicata, Campania e Molise.

Regione provenienza	2023		2022	
	N. dimessi	Importo	N. dimessi	Importo
Abruzzo	38	107.297 €	49	136.687 €
Basilicata	470	1.922.726 €	471	1.747.902 €
Calabria	32	147.454 €	40	169.060 €
Campania	271	1.213.622 €	263	1.219.423 €
Emilia Romagna	55	155.768 €	51	173.309 €
Friuli Venezia Giulia	10	58.230 €	7	15.832 €
Lazio	62	249.328 €	75	249.137 €
Lombardia	80	257.026 €	79	250.716 €
Liguria	3	5.561 €	3	9.578 €
Marche	21	86.631 €	23	82.209 €
Molise	105	461.569 €	108	475.651 €
Piemonte	33	120.747 €	29	113.975 €
Provincia Autonoma di Bolzano	1	274 €	1	781 €
Provincia Autonoma di Trento	2	2.727 €	1	2.042 €
Sardegna	1	560 €	3	14.154 €
Sicilia	38	172.931 €	35	277.187 €
Toscana	17	68.249 €	11	25.838 €
Umbria	4	5.232 €	3	10.700 €
Veneto	15	37.607 €	27	90.744 €
Stato estero	424	1.461.858 €	432	1.418.171 €
Totale complessivo	**1.682**	**6.535.396 €**	**1.711**	**6.483.096 €**

Regione provenienza	2023		2022	
	N. dimessi	Importo	N. dimessi	Importo
Puglia	26.305	106.054.219 €	26.304	104.594.461 €

Tabelle 1.1.1.1 n - Ricoveri ordinari per provenienza regionale dei pazienti

Regione provenienza	2023		2022	
	N. dimessi	Importo	N. dimessi	Importo
Abruzzo	6	6.978 €	7	7.216 €
Basilicata	53	41.069 €	49	59.506 €
Calabria	2	2.368 €	4	3.076 €
Campania	29	39.869 €	24	31.049 €
Emilia Romagna	4	2.153 €	2	2.788 €
Friuli Venezia Giulia	0	0	1	224 €
Lazio	7	10.229 €	2	2.152 €
Lombardia	4	6.581 €	6	9.183 €
Marche	1	2.134 €	2	2.671 €
Molise	19	13.939 €	30	23.527 €
Piemonte	2	453 €	0	- €
Sicilia	1	324 €	2	1.742 €
Toscana	1	215 €	0	- €
Veneto	2	1.103 €	2	3.636 €
Stato estero	34	44.962 €	39	45.853 €
Totale	**165**	**172.377 €**	**170**	**192.622 €**

Regione provenienza	2023		2022	
	N. dimessi	Importo	N. dimessi	Importo
Puglia	2.797	3.939.936 €	2.879	4.104.955 €

Tabelle 1.1.1.1 o - Ricoveri diurni per provenienza regionale dei pazienti

Nel 2023 la produzione dei ricoveri ordinari è stata espletata soprattutto nei confronti dei pazienti di età superiore ai 75 anni. Si tratta di pazienti maggiormente esposti a patologie croniche ed a conseguenti rischi di complicanze.
I ricoveri diurni hanno interessato prevalentemente la fascia d'età compresa tra 45 e 64 anni in quanto tali pazienti si caratterizzano generalmente per condizioni cliniche migliori ed una più rapida responsività alle terapie in raffronto ai pazienti di età superiore ai 75 anni.

	2023		2022	
	N. Dimissioni	Importo	N. Dimissioni	Importo
Da 0 a 1 anno	2.943	6.105.581 €	2.775	6.016.245 €
Da 1 a 4 anni	262	451.292 €	464	793.896 €
Da 5 a 14 anni	683	1.329.815 €	665	1.214.823 €
Da 15 a 24 anni	1.204	3.168.993 €	1.269	3.365.704 €
Da 25 a 44 anni	4.982	13.661.912 €	5.059	13.492.223 €
Da 45 a 64 anni	6.161	29.226.137 €	6.060	27.587.064 €
Da 65 a 74 anni	4.569	22.810.657 €	4.354	22.139.654 €
Oltre i 75 anni	7.183	35.835.229 €	7.369	36.467.947 €
TOTALE	**27.987**	**112.589.616 €**	**28.015**	**111.077.557 €**

Tabella 1.1.1.1 p - Ricoveri ordinari per fascia d'età

	2023		2022	
	N. Dimissioni	Importo	N. Dimissioni	Importo
Da 0 a 1 anno	84	28.085 €	27	8.287 €
Da 1 a 4 anni	85	82.714 €	135	114.707 €
Da 5 a 14 anni	377	262.819 €	414	236.834 €
Da 15 a 24 anni	306	343.918 €	297	302.636 €
Da 25 a 44 anni	421	674.411 €	422	678.603 €
Da 45 a 64 anni	879	1.430.626 €	896	1.539.373 €
Da 65 a 74 anni	452	699.691 €	480	780.524 €
Oltre i 75 anni	358	590.049 €	378	636.614 €
TOTALE	**2.962**	**4.112.312**	**3.049**	**4.297.577 €**

Tabella 1.1.1.1 q - Ricoveri diurni per fascia d'età

Per quanto concerne l'attività specialistica per i pazienti interni, nel 2020 è stata attività la procedura informatizzata NGH per tracciare le richieste e le esecuzioni di prestazioni. Confrontando il 2023 col 2022, l'incremento appare massiccio: +18,19% per il numero di prestazioni erogate e +12,48% in termini di valore economico.

	2023		2022	
	N. prestazioni	Valore economico	N. prestazioni	Valore economico
Diagnostica di Laboratorio	4.299.113	15.913.533 €	3.608.809	13.587.693 €
Diagnostica per Immagini	90.789	4.360.790 €	90.897	4.371.472 €
Attività clinica	143.967	3.142.363 €	136.525	2.859.328 €
Totale	**4.533.869**	**23.416.686 €**	**3.836.231**	**20.818.493 €**

	Variazioni assolute e % 2023 vs 2022			
	N. prestazioni		Valore economico	
Diagnostica di Laboratorio	690.304	19,13%	2.325.840,36 €	17,12%
Diagnostica per Immagini	-108	-0,12%	- 10.682,29 €	-0,24%
Attività clinica	7.442	5,45%	283.035,00 €	9,90%
Totale	697.638	18,19%	2.598.193,07 €	12,48%

Tabelle 1.1.1.1 r - Prestazioni ambulatoriali per pazienti "interni"

1.1.1.2 L'attività ambulatoriale

Nel 2023 l'attività specialistica per pazienti esterni registra un notevole aumento dei volumi pari al 31,21% e del 14,64% del valore economico rispetto al 2022.

Il Policlinico ha erogato circa 2.400.000 prestazioni ambulatoriali per un valore di quasi 56.500.000€. 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.

Dipartimento	Quantità		Valore economico	
	2023	2022	2023	2022
Prestazioni di Diagnostica di Laboratorio	1.320.474	1.140.836	10.968.690 €	10.868.423 €
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	63.417	54.581	3.841.160 €	3.234.203 €
Altre prestazioni cliniche	998.141	620.015	41.612.641 €	35.114.539 €
Totale	**2.382.032**	**1.815.432**	**56.422.491 €**	**49.217.165 €**

Dipartimento	Variazioni assolute e % 2023 vs 2022			
	Quantità		Valore economico	
Prestazioni di Diagnostica di Laboratorio	179.638	15,75%	100.267,06 €	0,92%
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	8.836	16,19%	606.957,18 €	18,77%
Altre prestazioni cliniche	378.126	60,99%	6.498.102,05 €	18,51%
Totale	566.600	31,21%	7.205.326,29 €	14,64%

Tabelle 1.1.1.2 a - Prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni

Meritano una menzione specifica i Day Service (PAC/PCA/PCB) che rappresentano circa il 38% del valore della produzione ambulatoriale. Il dato registrato è in netto aumneto rispetto all'anno 2022, a conforto di quanto già riscontrato con l'appropriatezza di ricovero.

	2023	2022	Variazioni assolute e %	
Quantità	58.577	55.361	3.216	5,81%
Valore economico	21.198.892 €	18.806.952 €	2.391.940 €	12,72%

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

1.1.1.3 L'attività della rete emergenza-urgenza

Il Policlinico di Foggia, in quanto sede del DEA di II livello, qualifica una parte rilevante della propria attività come emergenza-urgenza. Nel 2023 ha rappresentato quasi il 54% dei ricoveri ordinari.

	2023	2022
% ricoveri ordinari urgenti	53,83%	44,52%
% ricoveri ordinari medici urgenti e altro	65,22%	65,51%
% ricoveri ordinari chirurgici urgenti	36,67%	38,09%

Tabella n. 1.1.1.3 a - Percentuale di ricoveri ordinari urgenti

Durante il 2023 l'attività del Pronto Soccorso, comprendente sia quello di Foggia che di Lucera, ha evidenziato complessivamente un numero di accessi pari a **59.507** con una riduzione di circa il **2,30%** rispetto al 2022.

		ANNO 2023	% sul totale accessi PS	ANNO 2022	% sul totale accessi PS
Pronto Soccorso **OSPEDALI RIUNITI**	Totale accessi	**50.973**		**51.748**	
	Rosso - Emergenza	3.864	7,58%	4.015	7,76%
	Arancione: Urgenza	10.181	19,97%	9.410	18,18%
	Azzurro: Urgenza differibile	19.409	38,08%	18.670	36,08%
	Verde: Urgenza minore	17.344	34,03%	19.538	37,76%
	Bianco: non urgente	138	0,27%	100	0,19%
	Nero: deceduto	20	0,04%	8	0,02%
	Non rilevato per accesso diretto	4	0,01%	5	0,01%
	Non rilevato	13	0,03%	2	0,00%
	Accessi medi giornalieri	139,65		141,78	
	Tempo medio attesa codice rosso	0,15			0,16
	Tempo medio attesa codice arancione	1,47		1,22	1,29
	Tempo medio attesa codice azzurro	2,50			1,53
	Tempo medio attesa codice verde	1,13			1,11

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

		ANNO 2023	% sul totale accessi PS	ANNO 2022	% sul totale accessi PS
Pronto Soccorso **LASTARIA**	Totale accessi	**8.534**		**9.161**	
	Rosso - Emergenza	122	1,43%	170	1,86%
	Arancione: Urgenza	2.212	25,92%	2.175	23,74%
	Azzurro: Urgenza differibile	4.054	47,50%	3.972	43,36%
	Verde: Urgenza minore	2.092	24,51%	2.816	30,74%
	Bianco: non urgente	47	0,55%	24	0,26%
	Nero: deceduto	1	0,01%	2	0,02%
	Non rilevato per accesso diretto	1	0,01%	2	0,02%
	Non rilevato	5	0,06%	-	
	Accessi medi giornalieri	23,38		25,10	
	Tempo medio attesa codice rosso	0,15			0,28
	Tempo medio attesa codice arancione	0,29			0,49
	Tempo medio attesa codice azzurro	0,32			0,50
	Tempo medio attesa codice verde	0,33			0,51

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

Tabelle n. 1.1.1.3 b - Indicatori Pronto Soccorso

Per quanto riguarda la Centrale Operativa 118, al 31 dicembre 2023 sono pervenute n. 78.879 richieste di intervento delle quali n. 67.044 sono attribuibili a richieste di soccorso e le rimanenti n. 11835 non hanno generato emergenza. Nello specifico delle 67044 missioni di soccorso il 71,51% hanno riguardato eventi in abitazioni private, il 11,90% si riferiscono ad eventi verificatisi in strada e il 13,61% è riferibile a soccorsi in uffici pubblici, scuole e altro.

Le patologie prevalenti che hanno richiesto i soccorsi di cui sopra hanno riguardato problemi cardiocircolatori (26,75%), traumatici (16,59%), respiratori (9,69%) e neurologici (7,83%).

Le ospedalizzazioni hanno riguardato n. 32.130 casi di cui n. 13.982 (22,34%) accessi al Policlinico di Foggia, n. 5.331 (8,52%) accessi all'Ospedale di San Giovanni R, n. 4.018 (6,42%) accessi all'Ospedale di San Severo e n. 3.517 (5,62%) accessi all'Ospedale di Cerignola. La restante parte distribuita tra PPI ed ospedali fuori provincia

1.1.1.4 Principali indicatori di attività-performance delle Strutture Sanitarie

Come già evidenziato nella nota metodologica, il dato non è assestato. Nonostante quest'ultimo aspetto la produzione registra una variazione assoluta di +8.532.120€, pari a +5,18%. Prendendo in esame le SDO non validate ed effettuando una valorizzazione prudenziale (totale valore SDO di ogni singola struttura/totale dimessi), si ottiene un valore di 3.649.112€ che, sommato al valore consolidato, porta la produzione ad un totale di 176.773.541€ corrispondente ad una variazione assoluta di +12.181.242€, pari a +7,40%.
Di seguito sono riportate le tabelle attinenti alle SDO non validate con indicazione del numero e del valore nonché il tabellone con i principali indici di attività inerenti alla produzione aziendale.

Reparto di dimissione	RICOVERI ORDINARI 2023		RICOVERI DIURNI 2023	
	N. SDO non validate	Valore SDO non validate	N. SDO non validate	Valore SDO non validate
Cardiologia a Univ.	7	42.005 €	0	- €
Chirurgia Generale Osp.	72	277.414 €	15	7.362 €
Chirurgia Generale Univ.	37	143.889 €	0	- €
Chirurgia Senologica Osp.	13	25.212 €	0	- €
Chirurgia generale - multidisciplinare			3	4.791 €
Chirurgia Pediatrica Osp.	2	3.230 €	1	547 €
Chirurgia Pediatrica Univ.	2	4.160 €	0	- €
Chirurgia Plastica Univ.	18	80.846 €	0	- €
Chirurgia Toracica Univ	45	312.360 €	0	- €
Chirurgia Vascolare	3	17.088 €	0	- €
Ematologia Osp.	3	31.791 €	0	- €
Malattie Endocrine Univ.	3	10.304 €	1	134 €
Geriatria e Medicina	7	26.772 €	0	- €
Malattie Infettive Univ.	18	85.707 €	0	- €
Malattie Infettive COVID	14	66.164 €	0	- €
Medicina Interna Osp.	1	5.427 €	0	- €
Medicina Interna Univ.	63	291.003 €	0	- €
Epatologia	13	60.671 €	0	- €
Medicina Lucera	12	42.888 €	0	- €
Nefrologia Univ.	2	9.696 €	0	- €
Neurochirurgia Osp.	41	361.351 €	0	- €
Nido e STEN	1	829 €	0	- €
Neurologia Osp.	9	28.664 €	0	- €
Neurologia Univ.	27	86.992 €	0	- €
Neuropsichiatria Infantile Osp.			1	245 €
Oftalmologia Univ.	15	30.050 €	3	3.121 €
Odontoiatria Osp.			4	8.533 €
Ortopedia Osp.	31	154.875 €	35	44.469 €
Ortopedia Univ.	17	91.746 €	9	10.691 €
Ostetricia e Ginecologia II Univ.	16	28.731 €	8	6.907 €
Ostetricia e Ginecologia Univ.	3	5.845 €	1	1.149 €
Ostetricia e Ginecologia COVID	1	7.197 €	0	- €
Otorinolaringoiatria Univ.	10	29.770 €	0	- €
Pediatria Univ.	11	17.961 €	29	8.856 €
Pediatria COVID	3	5.403 €	0	- €
Psichiatria Univ.	2	3.605 €	0	- €
Urologia e Trapianti Univ.	9	38.321 €	0	- €
Andrologia e Chirurgia dei Genitali Esterni	1	3.440 €	0	- €
Nefrologia abilitata al trapianto di reni	1	4.147 €	0	- €
Anestesia e Rianimazione Univ.	20	259.722 €	0	- €
MAR-Riabilitazione Respiratoria	1	9.447 €	0	- €
Medicina Fisica e Riabilitazione Univ.	12	133.047 €	0	- €
Gastroenterologia Osp.	21	79.522 €	0	- €
Lungodegenza	6	30.167 €	0	- €
Neonatologia	2	14.992 €	0	- €
Malattie Apparato Respiratorio Univ.	72	410.282 €	0	- €
Pneumologia COVID	21	92.933 €	0	- €
Reumatologia Univ.	5	18.742 €	21	45.989 €
Terapia Intensiva Neonatale	5	21.924 €	0	- €
Totale	**698**	**3.506.328 €**	**131**	**142.794 €**

Tabella 1.1.1.4 a - SDO non validate ricoveri ordinari e diurni

Policlinico Foggia

ospedaliero-universitario

REPORT INDICI DI ATTIVITA' ANNO 2023 vs 2022

Reparto Dimissione	2023								2022								SCOSTAMENTI								
	Dimessi Ordinari	Valore Ordinari	Degenza Media	Peso medio DRG	Dimessi DH/DS	Valore DH/DS	N° Prestazioni ambulatoriali	Ricavi ambulatoriali	Dimessi Ordinari	Valore Ordinari	Degenza Media	Peso medio DRG	Dimessi DH DS	Valore DH DS	N° Prestazioni ambulatoriali	Ricavi ambulatoriali	Dimessi Ordinari	Valore Ordinari	Degenza Media	Peso medio DRG	Dimessi DH DS	Valore DH/DS	N° Prestazioni Ambulatoriali	Ricavi Ambulatoriali	Variazione assoluta produzione complessiva	Variazione % produzione complessiva
Allergologia ed Immunologia Clinica univ.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	11.845	278.714,64 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	17.837	355.665,18 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	-5.992	- 76.950,54 €	- 76.950,54 €	-21,64%
Anatomia Patologica A dir. Univ.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	8.835	272.226,83 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	8.208	254.475,42 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	627	17.751,41 €	17.751,41 €	6,98%
Andrologia e chirurgia dei genitali esterni	187	643.238,00 €	2,69	1,13	0	- €	1.530	34.523,92 €	207	697.693,00 €	2,54	1,14	0	- €	1.038	23.618,30 €	-20	- 54.455,00 €	0,15	0,00	0	- €	492	10.905,62 €	43.549,38 €	-6,04%
Anestesia e Rianimazione a dir. Univ.	242	3.142.639,00 €	12,81	3,71	0	- €	871	34.300,68 €	276	4.224.262,00 €	15,09	4,16	0	- €	797	23.568,26 €	-34	- 1.081.623,00 €	-2,28	-0,45	0	- €	74	10.732,42 €	1.070.890,58 €	-25,21%
Area Chirurgica Covid	0	- €	0,00	0,00	0	- €	0	- €	108	435.725,00 €	13,04	1,18	0	- €	0	- €	-108	- 435.725,00 €	-13,04	-1,18	0	- €	0	- €	- 435.725,00 €	-100,00%
Audiovestibologia a dir. Osp.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	3.899	49.227,39 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	3.359	41.915,57 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	540	7.311,82 €	7.311,82 €	17,44%
Biologia Molecolare Oncologica	0	- €	0,00	0,00	0	- €	42.538	5.489.117,05 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	36.719	4.610.473,30 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	5.819	878.643,75 €	878.643,75 €	19,06%
Cardiologia a dir univ	1.810	10.861.203,00 €	6,44	1,76	47	18.577,00 €	33.203	891.037,18 €	1.647	9.892.609,00 €	6,15	1,77	24	6.699,00 €	28.476	762.289,12 €	163	968.594,00 €	0,29	0,00	23	11.878,00 €	4.727	128.748,06 €	1.109.220,06 €	10,40%
Card-Riabilitazione Cardiologica	2	3.514,00 €	7,00	1,06	1	602,40 €	0	- €	16	67.499,40 €	19,75	1,04	0	- €	0	- €	-14	- 63.985,40 €	-12,75	0,01	1	602,40 €	0	- €	- 63.383,00 €	-93,90%
Centro Antiveleni	0	- €	0,00	0,00	0	- €	1	12,91 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	6	100,71 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	-5	- 87,80 €	- 87,80 €	-87,18%
Centro Talassemia a dir. Osp.	0	- €	0,00	0,00	52	158.979,00 €	0	- €	0	- €	0,00	0,00	57	130.959,00 €	0	- €	0	- €	0,00	0,00	-5	28.020,00 €	0	- €	28.020,00 €	21,40%
Chirurgia Generale a dir. Osp.	1.548	5.958.879,00 €	7,36	1,22	208	102.090,00 €	2.036	382.337,16 €	1.569	5.761.651,00 €	6,65	1,21	193	171.647,00 €	2.335	301.679,46 €	-21	- 197.228,00 €	0,71	0,01	15	- 69.557,00 €	-299	80.657,70 €	208.328,70 €	3,34%
Chirurgia Generale a dir. Univ.	1.461	5.681.674,00 €	5,66	1,27	3	4.381,00 €	1.437	232.285,64 €	1.355	4.603.776,00 €	5,91	1,15	5	4.535,00 €	1.179	149.288,42 €	106	1.077.898,00 €	-0,25	0,12	-2	- 154,00 €	258	82.997,22 €	1.160.741,22 €	24,40%
Chirurgia Generale Lucera	271	1.205.396,00 €	2,04	1,33	885	1.413.342,00 €	2.029	943.241,11 €	174	670.549,00 €	1,98	1,17	912	1.476.698,00 €	1.656	470.242,18 €	97	534.847,00 €	0,06	0,16	-27	- 63.356,00 €	373	472.998,93 €	944.489,93 €	36,08%
Chirurgia Pediatrica a dir. Osp.	121	195.443,00 €	3,38	0,61	187	228.335,00 €	1.073	129.290,35 €	66	123.273,00 €	3,82	0,60	148	187.607,00 €	801	97.249,85 €	55	72.170,00 €	-0,44	0,01	39	40.728,00 €	272	32.040,50 €	144.938,50 €	35,51%
Chirurgia Pediatrica a dir. Univ.	47	97.759,00 €	4,85	0,69	21	11.477,00 €	151	18.786,93 €	79	145.243,00 €	3,42	0,59	63	27.689,00 €	283	41.959,99 €	-32	- 47.484,00 €	1,43	0,10	-42	- 16.212,00 €	-132	- 23.173,06 €	- 86.869,06 €	-40,42%
Chirurgia Plastica (E Grandi Ustionati) a dir Univ.	345	1.549.553,00 €	6,53	1,43	6	654,50 €	4.722	1.471.970,76 €	341	1.410.724,00 €	6,54	1,40	2	903,00 €	3.029	918.165,02 €	4	138.829,00 €	-0,01	0,03	4	- 248,50 €	1.693	553.805,74 €	692.386,24 €	29,72%
Chirurgia Senologica a dir. Osp.	326	632.243,00 €	1,26	1,07	3	3.314,00 €	2.820	250.328,87 €	283	529.416,00 €	1,31	0,99	1	237,00 €	4.860	336.016,33 €	43	102.827,00 €	-0,05	0,08	2	3.077,00 €	-2.040	- 85.687,46 €	20.216,54 €	2,34%
Chirurgia Toracica a dir. Univ	541	3.755.257,00 €	7,60	1,99	0	- €	1.557	33.402,71 €	648	4.384.157,00 €	6,75	1,99	0	- €	1.502	32.188,40 €	-107	- 628.900,00 €	0,85	-0,01	0	- €	55	1.214,31 €	- 627.685,69 €	-14,21%
Chirurgia Vascolare	332	1.891.031,00 €	6,53	1,64	0	- €	2.776	353.597,45 €	329	1.789.807,00 €	6,72	1,61	0	- €	1.889	252.395,57 €	3	101.224,00 €	-0,19	0,02	0	- €	887	101.201,88 €	202.425,88 €	9,91%
Cromatografia e Spettrometria di massa-Tossicologia Univ.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	7.109	32.435,64 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	45	239,15 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	7.064	32.196,49 €	32.196,49 €	13462,89%
Dermatologia a dir Osp.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	12.131	475.589,65 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	11.465	479.238,06 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	666	- 3.648,41 €	- 3.648,41 €	-0,76%
Dermatologia a dir Univ.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	1.834	31.581,55 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	527	10.151,57 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	1.307	21.429,98 €	21.429,98 €	211,10%
Diagnostica Senologica	0	- €	0,00	0,00	0	- €	23.928	795.752,78 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	22.660	752.019,49 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	1.268	43.733,29 €	43.733,29 €	5,82%
Ematologia a dir. Osp.	345	3.655.977,00 €	10,14	2,83	0	- €	46.958	1.764.088,20 €	353	3.134.537,00 €	9,46	2,40	0	- €	44.038	1.434.232,93 €	-8	521.440,00 €	0,68	0,43	0	- €	2.920	329.855,27 €	851.295,27 €	18,63%
Endoscopia Digestiva ad indirizzo d'urgenza	0	- €	0,00	0,00	0	- €	1.092	301.684,10 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	1.013	285.500,31 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	79	16.183,79 €	16.183,79 €	5,67%
Epatologia	980	4.573.668,00 €	7,84	1,46	0	- €	5.995	1.075.471,12 €	961	4.608.552,00 €	10,15	1,50	0	- €	5.193	894.973,73 €	19	- 34.884,00 €	-2,30	-0,04	0	- €	802	180.497,39 €	145.613,39 €	2,65%
Fisiopatologia della riproduzione e PMA a dir. Univ.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	2.668	206.719,93 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	2.148	171.960,61 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	520	34.759,32 €	34.759,32 €	20,21%
Gastroenterologia a dir. Osp.	507	1.919.884,00 €	11,41	1,19	0	- €	9.060	888.990,42 €	397	1.504.124,00 €	12,91	1,19	3	2.096,00 €	7.565	510.507,40 €	110	415.760,00 €	-1,50	-0,01	-3	- 2.096,00 €	1.495	378.483,02 €	792.147,02 €	39,28%
Gastroenterologia Covid	0	- €	0,00	0,00	0	- €	0	- €	19	65.751,00 €	15,63	1,07	0	- €	0	- €	-19	- 65.751,00 €	-15,63	-1,07	0	- €	0	- €	- 65.751,00 €	-100,00%
Genetica Medica a dir. Univ.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	24.790	2.285.958,55 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	20.698	1.679.940,29 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	4.092	606.018,26 €	606.018,26 €	36,07%
Geriatraia Lucera	122	466.599,00 €	21,07	1,08	0	- €	0	- €	172	634.698,00 €	15,10	1,17	0	- €	0	- €	-50	- 168.099,00 €	5,97	-0,08	0	- €	0	- €	- 168.099,00 €	-26,48%
Lungodegenza Lucera	75	377.084,40 €	33,12	1,18	0	- €	0	- €	66	262.354,40 €	26,00	1,07	0	- €	0	- €	9	114.730,00 €	7,12	0,11	0	- €	0	- €	114.730,00 €	43,73%
Malattie Apparato Respiratorio Ospedal.	56	324.816,00 €	22,98	1,62	0	- €	1.212	31.344,17 €	114	796.469,00 €	27,11	1,80	0	- €	4.719	137.322,02 €	-58	- 471.653,00 €	-4,13	-0,18	0	- €	-3.507	- 105.977,85 €	- 577.630,85 €	-61,86%
Malattie Apparato Respiratorio Univers.	435	2.478.785,00 €	17,25	1,64	0	- €	10.430	396.577,27 €	210	1.250.852,00 €	20,42	1,65	0	- €	5.448	298.292,84 €	225	1.227.933,00 €	-3,17	-0,01	0	- €	4.982	98.284,43 €	1.326.217,43 €	85,61%
Malattie endocrine a dir. Univ.	301	1.033.827,00 €	13,26	1,04	13	1.742,00 €	7.838	229.817,62 €	260	866.306,00 €	11,90	1,04	20	2.814,00 €	5.761	189.088,69 €	41	167.521,00 €	1,36	-0,01	-7	- 1.072,00 €	2.077	40.728,93 €	207.177,93 €	19,58%
Malattie Infettive a dir. Univ.	397	1.890.323,00 €	13,80	1,42	0	- €	4.186	227.649,03 €	99	426.545,00 €	13,65	1,34	1	995,00 €	4.721	309.823,18 €	298	1.463.778,00 €	0,15	0,08	-1	- 995,00 €	-535	- 82.174,15 €	1.380.608,85 €	187,24%
Malattie Infettive Covid	176	831.772,00 €	12,77	1,43	0	- €	0	- €	724	3.054.549,00 €	15,97	1,29	0	- €	0	- €	-548	- 2.222.777,00 €	-3,20	0,14	0	- €	0	- €	- 2.222.777,00 €	-72,77%
MAR-Riabilitazione Respiratoria	8	75.572,40 €	55,88	2,57	0	- €	0	- €	14	67.109,20 €	23,50	1,97	0	- €	0	- €	-6	8.463,20 €	32,38	0,60	0	- €	0	- €	8.463,20 €	12,61%
Medicina dello sport a dir. Univ.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	956	62.962,01 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	3.833	77.153,69 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	-2.877	- 14.191,68 €	- 14.191,68 €	-18,39%
Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	0	- €	0,00	0,00	0	- €	500.906	3.145.942,50 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	183.501	2.168.796,78 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	317.405	977.145,72 €	977.145,72 €	45,05%
Medicina Fisica e Riabilitativa a dir. Univ.	110	1.219.593,10 €	41,68	1,04	0	- €	35.134	1.051.330,70 €	136	1.465.230,66 €	40,36	0,98	0	- €	27.057	1.045.740,93 €	-26	- 245.637,56 €	1,32	0,07	0	- €	8.077	5.589,77 €	- 240.047,79 €	-9,56%
Medicina Generale Lucera	128	457.470,00 €	20,48	1,01	0	- €	11.130	302.327,78 €	243	825.457,00 €	17,84	1,06	0	- €	7.873	190.007,04 €	-115	- 367.987,00 €	2,65	-0,04	0	- €	3.257	112.320,74 €	- 255.666,26 €	-25,18%
Medicina Interna a dir. Osp.	928	5.035.793,00 €	9,28	1,60	0	- €	1.620	81.476,68 €	752	3.777.928,00 €	11,09	1,52	0	- €	2.550	142.400,24 €	176	1.257.865,00 €	-1,81	0,08	0	- €	-930	- 60.923,56 €	1.196.941,44 €	30,53%
Medicina Interna dell'invecchiamento a dir Univ.	704	3.251.840,00 €	11,07	1,41	0	- €	5.479	357.711,16 €	719	3.397.122,00 €	12,36	1,42	0	- €	3.786	191.114,24 €	-15	- 145.282,00 €	-1,29	-0,01	0	- €	1.693	166.596,92 €	21.314,92 €	0,59%
Medicina Nucleare a dir. Osp.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	2.306	1.119.289,10 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	2.542	1.100.047,74 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	-236	19.241,36 €	19.241,36 €	1,75%
Medicina Trasfusionale	0	- €	0,00	0,00	0	- €	10.349	140.262,23 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	9.389	113.879,66 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	960	26.382,57 €	26.382,57 €	23,17%
Microbiologia e Virologia	0	- €	0,00	0,00	0	- €	51.656	832.182,24 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	45.265	663.180,45 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	6.391	169.001,79 €	169.001,79 €	25,48%
Nefrologia abilitata al trapianto di reni	120	497.601,00 €	8,28	1,27	0	- €	1.042	20.524,11 €	107	447.176,00 €	9,93	1,27	0	- €	941	15.507,36 €	13	50.425,00 €	-1,64	-0,01	0	- €	101	5.016,75 €	55.441,75 €	11,98%
Nefrologia, Dialisi e Trapianti - Emodialisi	437	2.118.604,00 €	10,18	1,45	0	- €	44.427	5.316.238,80 €	420	2.034.465,00 €	11,82	1,46	0	- €	43.722	5.508.647,70 €	17	84.139,00 €	-1,64	0,00	0	- €	705	- 192.408,90 €	- 108.269,90 €	-1,44%
Neonatologia	496	3.717.945,00 €	13,26	1,78	0	- €	0	- €	491	3.920.595,00 €	13,81	1,88	0	- €	0	- €	5	- 202.650,00 €	-0,55	-0,10	0	- €	0	- €	- 202.650,00 €	-5,17%
Neurochirurgia a dir. Osp.	630	5.552.462,00 €	8,53	2,40	0	- €	854	73.226,77 €	689	5.516.295,00 €	7,82	2,25	0	- €	838	71.062,65 €	-59	36.167,00 €	0,71	0,15	0	- €	16	2.164,12 €	38.331,12 €	0,69%
Neurofisiopatologia	0	- €	0,00	0,00	0	- €	26.068	293.535,60 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	21.963	247.223,13 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	4.105	46.312,47 €	46.312,47 €	18,73%
Neurologia a dir. Univ.	374	1.205.664,00 €	10,09	1,03	0	- €	5.507	1.266.072,65 €	339	1.044.622,00 €	10,63	0,99	3	5.135,00 €	3.938	537.607,60 €	35	161.042,00 €	-0,54	0,04	-3	- 5.135,00 €	1.569	728.465,05 €	884.372,05 €	55,71%
Neurologia a dir. Osp.	812	2.586.115,00 €	9,32	1,04	0	- €	7.996	782.584,61 €	806	2.728.816,00 €	9,21	1,08	0	- €	6.766	734.041,14 €	6	- 142.701,00 €	0,11	-0,04	0	- €	1.230	48.543,47 €	- 94.157,53 €	-2,72%
Neuropsichiatria Infantile a dir. Osp.	507	1.035.743,00 €	7,39	0,68	347	84.990,00 €	1.198	20.356,43 €	519	1.029.677,00 €	7,26	0,68	337	94.719,00 €	1.327	23.037,07 €	-12	6.066,00 €	0,13	0,00	10	- 9.729,00 €	-129	- 2.680,64 €	- 6.343,64 €	-0,55%
Nido e STEN	2.098	1.739.186,00 €	3,32	0,20	0	- €	0	- €	2.167	1.838.503,00 €	3,35	0,20	0	- €	0	- €	-69	- 99.317,00 €	-0,03	0,00	0	- €	0	- €	- 99.317,00 €	-5,40%
Odontoiatria a dir. Osp.	1	2.134,00 €	0,00	1,46	599	1.277.817,00 €	730	14.949,20 €	1	2.134,00 €	0,00	1,46	582	1.242.312,00 €	681	13.957,26 €	0	- €	0,00	0,00	17	35.505,00 €	49	991,94 €	36.496,94 €	2,90%
Oftalmologia a dir. Univ.	364	734.676,00 €	3,82	0,83	28	29.133,00 €	12.742	2.811.135,95 €	386	724.106,00 €	3,31	0,81	35	39.125,00 €	10.435	2.657.853,44 €	-22	10.570,00 €	0,52	0,02	-7	- 9.992,00 €	2.307	153.282,51 €	153.860,51 €	4,50%
ONCOLOGIA (DAY SERVICE) LUCERA	0	- €	0,00	0,00	0	- €	20.752	1.320.901,50 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	19.474	1.454.873,21 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	1.278	- 133.971,71 €	- 133.971,71 €	-9,21%
Oncologia Medica e Terapia Biomolecolare	0	- €	0,00	0,00	0	- €	27.657	2.022.267,94 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	26.811	1.914.415,17 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	846	107.852,77 €	107.852,77 €	5,63%
Ortopedia e Traumatologia a dir. Univ.	682	3.680.638,05 €	7,99	1,50	21	24.945,00 €	6.581	378.465,38 €	698	3.570.538,10 €	7,66	1,45	4	5.298,00 €	6.316	390.642,59 €	-16	110.099,95 €	0,33	0,05	17	19.647,00 €	265	- 12.177,21 €	117.569,74 €	2,96%
Ortopedia e Traumatologia Urg. a dir. Osp.	742	3.707.005,80 €	7,25	1,42	283	359.566,50 €	2.503	46.009,35 €	720	3.568.512,30 €	7,27	1,40	315	425.930,00 €	2.222	79.507,96 €	22	138.493,50 €	-0,02	0,03	-32	- 66.363,50 €	281	- 33.498,61 €	38.631,39 €	0,95%
Ostetricia e Ginecologia Covid	30	215.917,00 €	4,07	1,81	0	- €	0	- €	157	852.563,00 €	4,74	1,47	0	- €	0	- €	-127	- 636.646,00 €	-0,67	0,35	0	- €	0	- €	- 636.646,00 €	-74,67%
Ostetricia e Ginecologia I a dir. Univ.	1.715	3.342.589,00 €	4,07	0,68	33	37.907,00 €	8.509	928.705,66 €	1.651	3.320.913,00 €	4,15	0,70	52	62.162,00 €	8.429	1.040.226,13 €	64	21.676,00 €	-0,08	-0,02	-19	- 24.255,00 €	80	- 111.520,47 €	- 114.099,47 €	-2,58%
Ostetricia e Ginecologia II a dir. Univ.	1.922	3.472.682,00 €	4,00	0,63	13	11.224,00 €	8.858	691.984,35 €	1.903	3.137.030,00 €	3,89	0,58	19	15.747,00 €	8.985	612.023,22 €	19	335.652,00 €	0,11	0,04	-6	- 4.523,00 €	-127	79.961,13 €	411.090,13 €	10,92%
Otorinolaringoiatria a dir. Univ.	522	1.553.995,00 €	3,73	1,03	0	- €	7.346	760.398,71 €	489	1.428.912,00 €	4,61	1,03	0	- €	4.753	844.217,53 €	33	125.083,00 €	-0,87	0,00	0	- €	2.593	- 83.818,82 €	41.264,18 €	1,82%
Laboratorio Analisi a dir. Osp.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	1.199.987	4.202.465,65 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	1.020.512	3.546.234,31 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	179.475	656.231,34 €	656.231,34 €	18,51%
Pediatria a dir. Univ.	643	1.049.874,00 €	4,92	0,48	62	18.934,00 €	1.976	61.394,50 €	679	1.021.474,00 €	4,33	0,46	121	37.287,00 €	1.808	55.155,65 €	-36	28.400,00 €	0,59	0,02	-59	- 18.353,00 €	168	6.238,85 €	16.285,85 €	1,46%
Pediatria Covid	16	28.818,00 €	5,06	0,46	0	- €	0	- €	10	15.869,00 €	2,70	0,37	0	- €	0	- €	6	12.949,00 €	2,36	0,09	0	- €	0	- €	12.949,00 €	81,60%
Pneumologia Covid	76	336.328,00 €	11,34	1,48	0	- €	0	- €	275	1.361.602,00 €	17,92	1,48	0	- €	0	- €	-199	- 1.025.274,00 €	-6,57	0,00	0	- €	0	- €	- 1.025.274,00 €	-75,30%
Psichiatria a dir. Univ.	408	735.448,00 €	13,13	0,69	0	- €	2.217	153.967,20 €	351	636.308,00 €	11,99	0,71	0	- €	1.441	111.396,36 €	57	99.140,00 €	1,14	-0,02	0	- €	776	42.570,84 €	141.710,84 €	18,95%
Psichiatria Covid	0	- €	0,00	0,00	0	- €	0	- €	15	26.374,00 €	9,93	0,73	0	- €	0	- €	-15	- 26.374,00 €	-9,93	-0,73	0	- €	0	- €	- 26.374,00 €	-100,00%
Psicologia a dir Osp.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	1.423	32.728,00 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	1.297	27.009,66 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	126	5.718,34 €	5.718,34 €	21,17%
Radiodiagnostica a dir. Osp.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	9.945	932.667,86 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	10.167	962.655,61 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	-222	- 29.987,75 €	- 29.987,75 €	-3,12%
Radiodiagnostica a dir. Univ.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	14.173	1.241.324,88 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	10.342	790.402,78 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	3.831	450.922,10 €	450.922,10 €	57,05%
Radiodiagnostica Ospedale D'Avanzo	0	- €	0,00	0,00	0	- €	3.794	417.546,53 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	3.928	429.660,82 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	-134	- 12.114,29 €	- 12.114,29 €	-2,82%
Radiologia d'Urgenza	0	- €	0,00	0,00	0	- €	11.401	446.465,26 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	7.357	294.385,03 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	4.044	152.080,23 €	152.080,23 €	51,66%
Radiologia Interventistica	0	- €	0,00	0,00	0	- €	176	7.403,09 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	127	5.079,49 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	49	2.323,60 €	2.323,60 €	45,74%
Radioterapia a dir. Osp.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	21.077	3.931.601,55 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	21.289	3.884.117,91 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	-212	47.483,64 €	47.483,64 €	1,22%
Reumatologia a dir. Univ.	426	1.596.803,00 €	11,37	1,20	138	298.831,00 €	14.285	374.378,93 €	292	1.094.343,00 €	11,54	1,20	123	289.335,00 €	11.411	306.486,98 €	134	502.460,00 €	-0,17	0,00	15	9.496,00 €	2.874	67.891,95 €	579.847,95 €	34,31%
Reumatologia Covid	0	- €	0,00	0,00	0	- €	0	- €	40	172.248,00 €	17,08	1,34	0	- €	0	- €	-40	- 172.248,00 €	-17,08	-1,34	0	- €	0	- €	- 172.248,00 €	-100,00%
Reumatologia integrata al territorio a dir. Osp.	0	- €	0,00	0,00	0	- €	0	- €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	4.164	111.581,35 €	0	- €	0,00	0,00	0	- €	-4.164	- 111.581,35 €	- 111.581,35 €	-100,00%
Terapia del dolore Lucera e delle Attività Chirurgiche	66	281.182,00 €	2,00	1,37	11	25.256,00 €	7.244	736.358,16 €	85	381.008,00 €	1,95	1,45	29	67.648,00 €	7.214	580.790,12 €	-19	- 99.826,00 €	0,05	-0,08	-18	- 42.392,00 €	30	155.568,04 €	13.350,04 €	1,30%
Terapia Intensiva Cardiologica UTIC	80	324.053,00 €	7,30	1,48	1	215,00 €	0	- €	125	514.405,00 €	7,40	1,55	0	- €	0	- €	-45	- 190.352,00 €	-0,10	-0,07	1	215,00 €	0	- €	- 190.137,00 €	-36,96%
Terapia Intensiva Covid	7	34.225,00 €	6,57	1,75	0	- €	0	- €	75	937.673,00 €	13,69	3,58	0	- €	0	- €	-68	- 903.448,00 €	-7,12	-1,83	0	- €	0	- €	- 903.448,00 €	-96,35%
Terapia Intensiva Neonatale	14	61.387,00 €	6,00	1,37	0	- €	1.484	33.710,24 €	19	94.547,00 €	28,21	0,64	0	- €	1.506	36.812,69 €	-5	- 33.160,00 €	-22,21	0,73	0	- €	-22	- 3.102,45 €	- 36.262,45 €	-27,61%
Urologia e Centro Trapianti a dir. Univ.	2.294	9.767.708,00 €	3,85	1,26	0	- €	9.990	401.576,42 €	2.169	8.782.880,00 €	4,14	1,21	0	- €	9.494	413.612,62 €	125	984.828,00 €	-0,29	0,04	0	- €	496	- 12.036,20 €	972.791,80 €	10,58%
Totale	**27.987**	**112.589.615,75 €**	**5,40**	**1,21**	**2.962**	**4.112.312,40 €**	**2.382.032**	**56.422.491,29 €**	**28.015**	**111.077.557,06 €**	**7,71**	**1,19**	**3.049**	**4.297.577,00 €**	**1.815.432**	**49.217.165,39 €**	**-28**	**1.512.058,69 €**	**-2,31**	**0,02**	**-87**	**-185.264,60 €**	**566.600**	**7.205.325,90 €**	**8.532.119,99 €**	**5,18%**

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

L'emergenza da SARS-CoV-2 ha determinato, nell'ultimo triennio, una riduzione sostanziale dell'attività sanitaria – ricoveri e specialistica ambulatoriale – non ritenuta urgente ed indifferibile, tanto da aggravare in modo significativo la criticità già esistente sulle liste d'attesa. Per questo motivo la Regione Puglia, al fine di potenziare ulteriormente le azioni già poste in essere nel corso del 2022, ha approvato la DGR n. 262 del 6 marzo 2023 dando mandato alla Direzione strategica di predisporre entro il 31 marzo 2023 l'aggiornamento del "Programma attuativo aziendale per il recupero delle liste di attesa" con le nuove misure da intraprendere nel corso dell'anno 2023. Di conseguenza il Policlinico di Foggia, con DDG n. 95 del 30 marzo 2023, ha adottato il Piano attuativo finalizzato all'abbattimento delle liste d'attesa relativamente all'elenco delle prestazioni di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 735/2019 come integrato dalla citata DGR n. 262 del 6 marzo 2023. Al 31 dicembre 2023 il Policlinico di Foggia ha recuperato:

- n. 6.800 di n. 16.024 prestazioni ambulatoriali che al 1° aprile 2023 risultavano in lista d'attesa;
- n. 979 di n. 1.624 ricoveri chirurgici che al 1° gennaio 2023 risultavano in lista d'attesa.

Relativamente alle prestazioni ambulatoriali giova ricordare che molti pazienti richiamati non hanno voluto anticipare la data di erogazione della prestazione (n. 2.803 pazienti) oppure avevano già eseguito la prestazione presso altre strutture (n. 402 pazienti) e, pertanto in quest'ultimo caso, sono stati cancellati dalle liste del CUP. Inoltre, si evidenzia che molti utenti richiamati hanno voluto mantenere la prima data assegnata dal CUP, in quanto il medico prescrittore aveva prescritto una prestazione di primo accesso in luogo di un follow-up/controllo. Ciò spiega perché al 31/12/2023 soltanto il 59% delle prestazioni è stato recuperato. Rimane ancora per alcune discipline l'abbattimento delle liste di attesa e in particolare per l'Endocrinologia, per alcune prestazioni della Radiodiagnostica e per le prestazioni di ECG Dinamico afferente alla Cardiologia. Si evidenzia che tutte le prestazioni sospese per causa COVID, in particolare quelle afferenti alla Diagnostica Senologia, sono state recuperate e l'abbattimento è terminato a febbraio 2023.

Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici sono stati recuperati al 100% quelli con classi di priorità A e B.

1.1.1.6 Adozione di percorsi Diagnostico-Terapeutici

I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) rappresentano uno strumento di clinical governance che, attraverso l'implementazione delle migliori evidenze scientifiche, permette di ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e organizzativi incrementando l'appropriatezza, contribuendo al disinvestimento da sprechi e inefficienze e migliorando gli esiti di salute.

In coerenza con le indicazioni del Tavolo di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Policlinico di Foggia nel corso del 2023 ha adottato i seguenti PDTA:

- "Gestione del paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica" (DDG n. 80 del 21/03/2023) con approccio multidisciplinare e coinvolgimento di tutte le risorse disponibili: dietetica, farmacologica, chirurgia bariatrica e plastica, riabilitativa fisica e psichica;
- "Percorso Diagnostico Terapeutico per la Disforia di Genere" (DDG n.114 del 30/03/2023) mediante un approccio multispecialistico che comprenda il trattamento psicologico, medico e chirurgico delle persone con disforia di genere;
- "Gestione integrata del paziente di età $\geq$ 65 anni con frattura del femore" (DDG n. 197 del 12/05/2023) quale peculiare strumento per la presa in carico e la gestione integrata tra ospedale e territorio dei soggetti affetti nonché quale procedura operativa in grado di migliorare la

performance organizzativa dell'attività di Pronto Soccorso. Va rimarcato che la tempestività del trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nell'anziano è stato inserito quale indicatore del Programma Nazionale Esiti (PNE) e, in quanto tale, utilizzato per la valutazione della qualità delle Strutture sanitarie.

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

Con la deliberazione n. 412 del 28/03/2023, avente ad oggetto "Analisi e valutazione della spesa sanitaria – L.R. n.2/2011 – Programma operativo – Misure urgenti di riqualificazione e razionalizzazione della spesa", la Giunta regionale ha previsto misure non differibili per il contenimento della spesa sanitaria del SSR, anche al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario negli esercizi 2023 e 2024.

La richiamata DGR n. 412/2023 ha altresì rinviato a specifici successivi provvedimenti, per ciascun ambito di maggiore criticità, la formulazione di puntuali direttive in merito alle previste misure di contenimento della spesa sanitaria.

Particolare rilevanza assumono i provvedimenti della Giunta regionale in materia di contenimento della spesa per l'acquisto di farmaci e di dispositivi medici.

1.1.2.1 Spesa farmaceutica

La DGR n. 513/2023, notificata al Policlinico di Foggia in data 19/04/2023, ha definito i tetti della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci e gas medicali delle Aziende sanitarie pugliesi. A tal proposito va evidenziato che, come fatto presente alla Regione, il tetto di spesa del Policlinico di Foggia pari a € 17.552.000, se rapportato a quello delle altre Aziende sanitarie pugliesi di pari o minore complessità, appare decisamente sottostimato.

A seguito dell'adozione della DGR n. 513/2023 la Direzione Strategica ha provveduto:

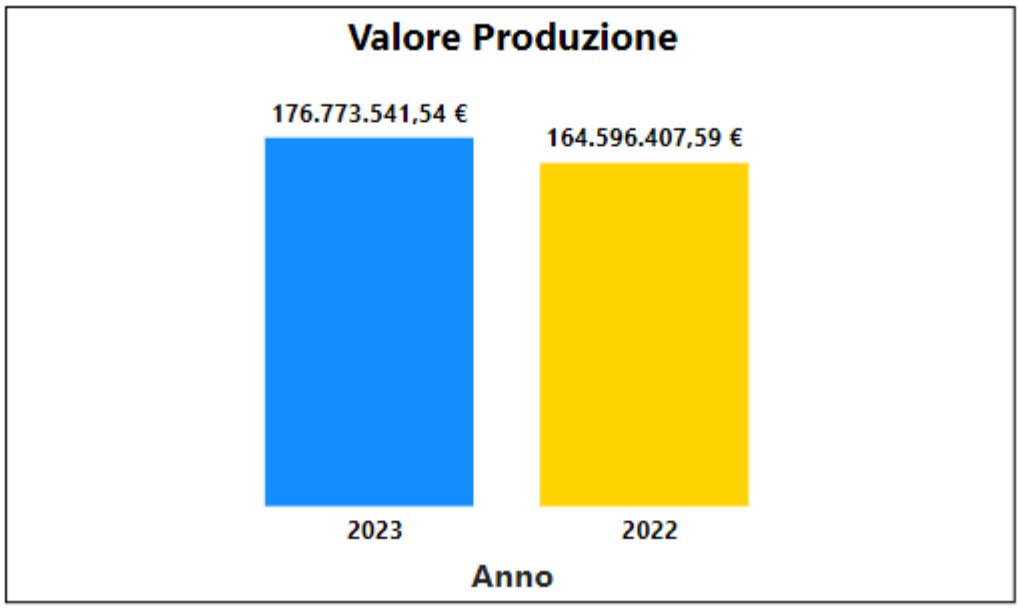
- all'assegnazione ai Direttori delle U.O. mediche aziendali di obiettivi di performance e di incarico finalizzati alla riduzione della spesa farmaceutica;
- all'adozione di specifiche procedure/direttive aziendali e inter-aziendali finalizzate alla verifica e valutazione periodica dell'appropriatezza prescrittiva;
- all'adozione di specifiche direttive aziendali finalizzate all'attuazione di politiche di utilizzo prioritario dei farmaci a brevetto scaduto, con particolare riferimento ai farmaci aggiudicati nell'ambito delle procedure centralizzate;
- a consolidare il ruolo della Commissione sull'appropriatezza prescrittiva che si è riunita più' volte nel corso dell'anno non solo per verificare l'appropriatezza prescrittiva ma anche per esaminare l'andamento del consumo dei farmaci da parte delle Strutture assistenziali;
- alla calendarizzazione di audit con i medici prescrittori di farmaci ad elevato impatto di spesa.

Passando all'analisi del flusso dei consumi per gli acquisti diretti, risulta che l'Azienda nel corso dell'anno 2023 ha ridotto la spesa farmaceutica complessivamente di Euro 1.723.316,02 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente:

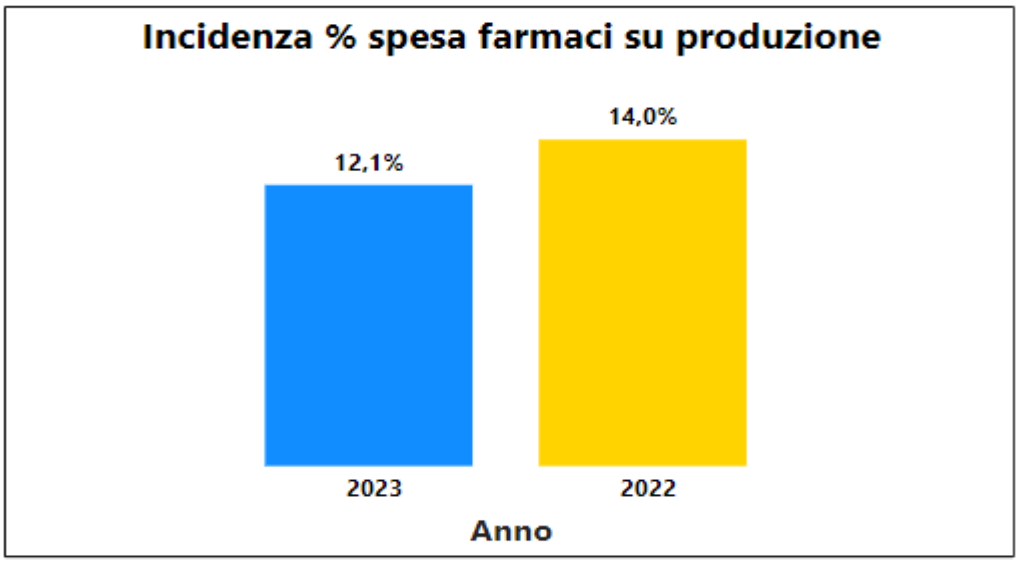
Spesa farmaceutica al 31 dicembre			
2023	**2022**	**Diminuzione 2023 vs 2022**	**%**
23.058.387,54	21.335.071,52	**1.723.316,02**	**8,08%**
Fonte MOSS	*Fonte DISAR*		

Come si dirà più innanzi, pur in presenza di un significativo incremento della produzione nel corso dell'anno 2023 rispetto all'anno 2022 che, in teoria, avrebbe dovuto causare un incremento dei consumi, il Policlinico continua a razionalizzare la spesa farmaceutica contribuendo al raggiungimento dell'obiettivo regionale. Si osserva, infatti, che al 31 dicembre 2023 la produzione stimata, che tiene conto delle SDO (schede di dimissione ospedaliera) non chiuse e/o non ancora validate alla stessa data valorizzate al DRG medio di struttura, fa registrare un incremento di 12.177.133,95 € (+7,40%) rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente:

Produzione al 31 dicembre			
2023	**2022**	**Incremento 2023 vs 2022**	**%**
176.773.541,54	164.596.407,59	**12.177.133,95**	**7,40%**



In sostanza, nel corso dell'anno 2023, la spesa è stata ottimizzata ed è migliorata l'incidenza della stessa sul valore della produzione (dal 14% del 2022 al 12,1% del 2023).



1.1.2.2 Spesa dispositivi medici

La DGR n. 512/2023, notificata al Policlinico di Foggia in data 19/04/2023, ha definito, nelle more del riparto definitivo del fondo sanitario nazionale per l'anno 2023, i tetti di spesa per l'acquisto di dispositivi medici delle Aziende sanitarie pugliesi. In particolare, per l'anno 2023, al Policlinico di Foggia è stato assegnato un tetto di spesa pari a € 32.480.422 molto al disotto della spesa effettivamente sostenuta nell'anno 2022 che è risultata essere pari a € 43.857.622. Tuttavia, data l'impossibilità di mantenere la spesa nell'ambito del tetto assegnato, la Regione ha altresì assegnato all'Azienda un obiettivo minimo di riduzione della spesa sostenuta nell'anno 2022 pari a € 3.792.689. In definitiva, quindi, per l'anno 2023 la spesa per l'acquisto di dispositivi medici del Policlinico di Foggia non dovrebbe superare i 40.064.933 Euro.

A seguito dell'adozione della DGR n. 512/2023 la Direzione Strategica ha provveduto:

- all'assegnazione ai Direttori delle U.O. mediche aziendali di obiettivi di performance e di incarico finalizzati alla riduzione della spesa per l'acquisto di dispositivi medici;
- alla nomina di una Commissione Aziendale per i Dispositivi Medici deputata a:
- monitorare e analizzare la spesa dei dispositivi medici per singola struttura clinica al fine di favorire un impiego razionale ed appropriato degli stessi e perseguire gli obiettivi di contenimento della spesa fissati dalla Regione Puglia;
- valutare ed esprimere parere in merito all'acquisizione di nuovi dispositivi medici, tenendo conto dell'efficacia e della sicurezza, dell'innovatività tecnica e clinico-assistenziale, dell'economicità (costo/efficacia) valutata anche a confronto con prodotti già utilizzati per la prestazione sanitaria considerata;
- valutare ed esprimere parere sull'introduzione di nuove apparecchiature che comportino l'utilizzo di dispositivi consumabili.

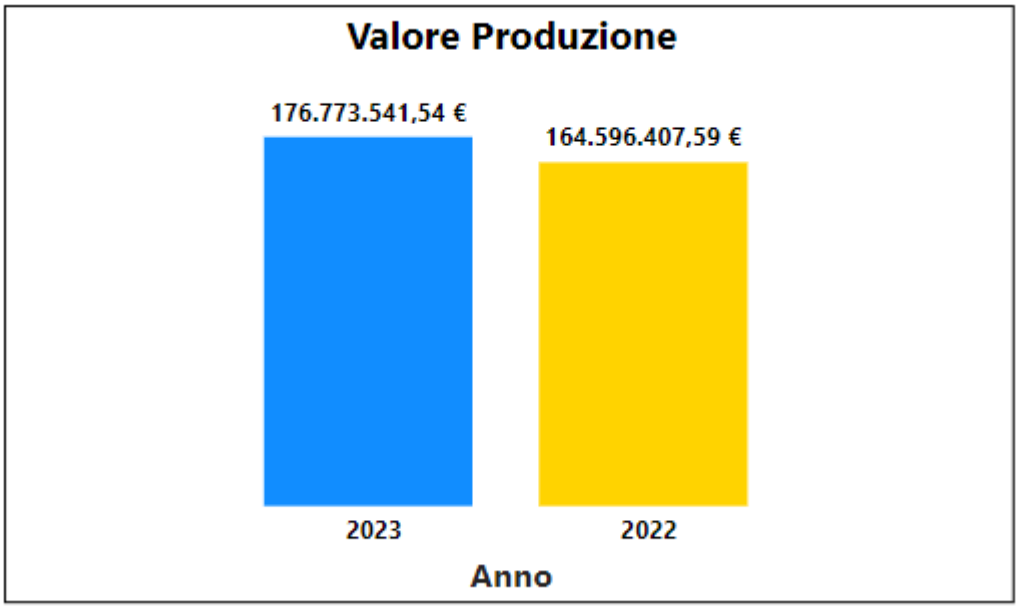
Passando all'analisi dei dati presenti nella Sezione "Bilancio di Verifica" in data 08/01/2024 risulta che l'Azienda nel corso del 2023 ha ridotto la spesa per i dispositivi medici (compresi i diagnostici in vitro) di € 3.530.541,05 rispetto all'anno 2022:

Spesa dispositivi medici al 31 dicembre			
2023	**2022**	**Diminuzione 2023 vs 2022**	**%**
40.351.472,02	43.882.013,07	**-3.530.541,05**	**-8,05%**

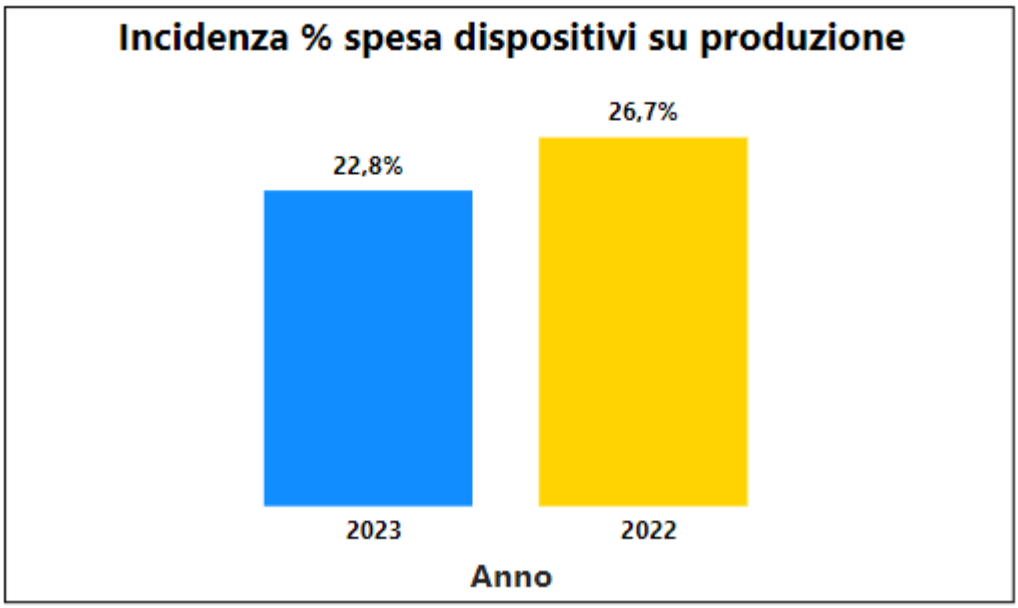
L'obiettivo minimo assegnato dalla Regione all'Azienda per l'anno 2023, come si evince dalla tabella di seguito riportata, risulta quasi del tutto raggiunto:

Spesa dispositivi medici al 31 dicembre				
2023	**2022**	**Diminuzione 2023 vs 2022**	**Obiettivo minimo di riduzione DGR 512/2023**	**Distanza da obiettivo minimo**
40.351.472,02	43.882.013,07	**-3.530.541,05**	3.792.689,00	**262.147,95**

E` evidente che anche per i dispositivi medici valgono le stesse considerazioni positive appena fatte per la farmaceutica: nel 2023 la spesa si riduce rispetto all'anno 2022 nonostante l'Azienda registri un incremento della produzione di € 12.177.133,95 € (+7,40%) che in teoria avrebbe dovuto causare un aumento della spesa dei dispositivi medici.



Quindi anche la spesa per l'acquisto dei dispositivi medici è stata ottimizzata e, nel contempo, è migliorata l'incidenza della stessa sul valore della produzione (dal 26,7% del 2022 al 22,8% del 2023).



1.1.3 Aspetti economico-finanziari ed efficineza operativa

1.1.3.1 L'indice di tempestività dei pagamenti (ITP)

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

La Direzione strategica, più volte nel corso dell'anno, ha invitato I Direttori delle strutture gestionali a porre in essere tutte le azioni necessarie al fine di procedere ai dovuti pagamenti entro il termine previsto dalle norme codicistiche e contrattuali e comunque non oltre i 60 giorni dall'emissione della fattura.

Per l'anno 2023, l'ITP dell'Azienda è pari a 0 giorni e quindi l'obiettivo assegnato al Direttore Generale è stato raggiunto.

1.1.3.2 Avvio del nuovo sistema informativo (MOSS) per il monitoraggio della pesa del SSR

Com'è noto la Regione Puglia, con Determinazione Dirigenziale n. 168/DIR/2017/50 del 20 luglio 2017, ha disposto l'espletamento della gara relativa alla realizzazione di un "Sistema Informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio sanitario regionale" (MOSS). Successivamente, con Determinazione Dirigenziale del Direttore Generale di InnovaPuglia Spa n. 75 del 2 ottobre 2019, la procedura è stata aggiudicata al RTI Engineering Ingegneria informatica SpA / PriceWaterhouse Coopers Advisory SpA / CONSIS Società Consortile a. Cons. arl. Infine, con DGR 8 marzo 2021, n. 366, la Regione Puglia ha approvato il Manuale Unico dei Processi Amministrativo Contabili per le attività della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) della Regione Puglia e delle Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici pugliesi al fine della sua implementazione nel Sistema Informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio Sanitario Regionale.

A decorrere dal mese di giugno 2022 è iniziata la fase di addestramento del personale sul nuovo sistema informativo (MOSS) che è entrato a pieno regime il 30 gennaio 2023 rispettando il cronoprogramma proposto dalla Regione Puglia.

1.1.3.3 Completamento del reparto operatorio sito al 6° piano del DEU e del Polo chirurgico

La Regione Puglia, nelle more dell'approvazione del finanziamento a valere sul FESR-FSE 2021-2027, ha autorizzato l'avvio delle procedure per il completamento del reparto operatorio sito al 6° piano del Dipartimento Emergenza-Urgenza (DEU). A tal proposito, con DDG n. 513 del 05/10/2023, è stato approvato il progetto esecutivo dell'opera per un importo di € 4.384.000. Il progetto esecutivo in parola prevede la realizzazione di tutte le opere edili e impiantistiche nonché l'installazione di alcune attrezzature per completare il 6° piano del DEU nel quale risulta allocato il reparto operatorio che sarà costituito da:

- n. 4 sale operatorie classificabile ISO 5;
- n. 1 sala di radiologia interventistica classificabile ISO 7;
- n. 1 sala operatoria di tipo ibrido per Cardiochirurgia classificabile ISO 5.

Inoltre, nel corso dell'anno 2023, si è proceduto al riallestimento del Polo chirurgico (lato maternità) utilizzato nel periodo pandemico come Rianimazione Covid. Presso il Polo chirurgico saranno disponibili n. 8 sale operatorie di cui n. 4 al 1° piano, per le Strutture di Ortopedia universitaria e ospedaliera, Neurochirurgia e Otorinolaringoiatria, e n. 4 al 2° piano, per le Strutture di Chirurgia Generale universitaria e ospedaliera, Chirurgia Plastica e Chirurgia Senologica.
Con gli interventi sopra descritti sarà colmata la carenza e inadeguatezza degli ambienti dedicati all'attività chirurgica che da diversi anni affligge l'Azienda.9+6

1.1.3.4 Acquisto di tecnologie sanitarie a valere sui finanziamenti PNRR, POR-POC Puglia, CIPE

Nel corso del 2023, tramite l'adesione a diversi accordi quadro presenti su Consip, sono stati affidati appositi appalti specifici per l'acquisto delle tecnologie sanitarie di cui alla seguente tabella a valere sui finanziamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", componente C2 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero destinato alla sostituzione di grandi apparecchiature sanitarie":

Quantità	Apparecchiature sanitarie	Ditta fornitrice	Importo IVA inclusa
1	Angiografo vascolare fisso	Siemens Healthcare srl	409.358,80
1	Gamma camera completo di modulo TC	GE Medical System Italia SpA	494.365,00
1	Gamma camera a doppia testata	GE Medical System Italia SpA	754.285,00
1	Tomografo PET/CT	GE Medical System Italia SpA	2.190.100,00
1	Sistema polifunzionale per radiologia digitale diretta	Carestream Health Italia srl	174.780,86
1	Mammografo con tomosintesi	IMS GIOTTO SpA	172.020,00
1	Angiografo cardiologico	Philips SpA	484.340,00

Inoltre, nel corso del 2023, a valere sui finanziamenti POR-POC Puglia realtivi ai progetti "Potenziamento dei servizi ambulatoriali di day service multidisciplinare", "Aggiornamento ed implementazione del parco tecnologico per l'erogazione di specialistica ambulatoriale, inclusi i day service, nell'ambito della diagnostica e cura della fertilità di coppia e delle patologie urologiche", "Potenziamento del servizio ambulatoriale di Endoscopia Digestiva"e "Potenziamento e miglioramento delle attività ambulatoriali in Radiologia e Cardiologia", sono state acquistate le seguenti attrezzature sanitarie:

Quantità	Apparecchiature sanitarie	Ditta fornitrice	Importo IVA inclusa
1	Nefroscopio per colonna endoscopica	Am Next srl	3.220,19
1	Sistema posizionamento e trasporto paziente durante le procedure di brachiterapia ad alto rateo di dose (HDR)	Tema Sinergie SpA	176.900,00
1	Videoduodenoscopio	Pentax Italia srl	33.549,39
1	Videocolonscopio	Pentax Italia srl	37.277,10
1	Sonda per Videoendoscopio	Pentax Italia srl	115.677,35
1	Videoduodenoscopio	A2 srl	34.480,25
2	Videogastroscopio	A2 srl	103.637,78
1	Videocolonscopio	A2 srl	39.011,94
1	Ecotomografo completo di accessori	Predict srl	39.900,00
1	Colonna toracoscopica	Olympus Italia SpA	156.303,00
1	Laser al tullio	Am Next srl	99.693,00
1	Unità chirurgica 400 watt	Di Emme Import srl	16.944,51
1	Resettore bipolare	Am Next srl	49.199,33
2	Isteroscopi		
1	Sistema di disinfezione di sonde ecografiche	Sago Medica srl	74.383,40
1	Sistema da sforzo ECG Quark T/12 telemetrico wi-fi	Hospital Sud Assistance srl	11.521,07
2	Ecotomografi completi di accessori	UniMed srl	145.950,00
1	Elettrobisturi avanzato per endoscopia digestiva	Erbe Italia srl	101.240,86
2	Sonde ecotomografo GE	Predict srl	22.995,00
2	Sterilizzatrici al gas plasma	Advanced Sterilization Product Italia srl	159.478,00
3	Cistoscopi Flex	Am Next srl	24.994,14
6	Ureteroscopio Flex		38.625,44
5	Ottiche rigide		17.552,75
1	Sistema per esecuzione di biopsie prostatiche con metodica di "fusion imaging"	BK Medical srl	365.970,72
3	Ecografi portatili completi di accessori	Predict srl	68.145,00
1	Modulo per Ecografo Philips	Pro.med.4 srl	7.890,33
12	Aparrecchaiture per anestesia di alta fascia	Getinge Italia srl	775.920,00
3	Elettrocardiografi	Me.di.com. srl	8.694,00
2	Tavoli operatori elettro-idraulici	Texa srl	98.820,00
2	Sistemi di refertazione ecografica	Predict srl	29.280,00
1	Sistema VHIT	Natus Medical srl	24.400,00
12	Defibrillatori	Me.di.com. srl	31.842,00
15	Barelle a tre sezioni ad altezza variabile	Mega Consulting srl	66.795,00
15	Carrelli emergenza	Mega Consulting srl	38.587,50
1	Sistema per elastografia epatica e splenica Fibroscan	Echosens Italia srl	97.600,00
4	Cardiotocografi	Me.di.com. srl	72.224,00

Quantità	Apparecchiature sanitarie	Ditta fornitrice	Importo IVA inclusa
1	Sistema wireless completo per posizionamento cateteri	Seda S.p.A.	14.518,00
1	Laser CO2	Deka M.e.l.a. srl	147.620,00
1	Lavaendoscopi/disinfettatrice pe endoscopi flessibili	A2 srl	30.500,00
1	Videogastroscopio standard	A2 srl	28.670,00
1	Lampada scialitica	A2 srl	36.478,00

Infine è stata bandita una procedura aperta a valere sul finanziamento CIPE denominato "Riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione delle Regioni del Mezzogiorno" per l'acquisto delle seguenti apparecchiature:

Quantità	Apparecchiature sanitarie	Base d'asta IVA inclusa
2	Acceleratori lineari ad alta energia	6.500.000,00

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 anitaria 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.

L'Azienda, prendendo spunto dal Programma Nazionale Esiti (PNE) 2023 su dati del 2022 pubblicato da AGENAS, ha identificato i seguenti obiettivi orientati alla creazione di **valore pubblico** poiché incidono significativamente sull'**impatto sanitario** e migliorano alcuni indicatori sui quali l'Azienda non è ancora in linea con gli standard nazionali:

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	TARGET	TEMPISTICA	RESPONSABILE
Migliorare la proporzione dei casi trattati con PTCA (angioplastica) entro 90 minuti	% episodi trattati con PTCA entro 90' sul totale episodi di STENI	> 40%	2024	Direttore SC Cardiologia
Migliorare la proporzione di episiotomie nei parti vaginali	% episiotomie effettuate su parti vaginali sul totale dei parti vaginali	<15%	2024	Direttori SC Ostetricia
Migliorare la proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	% parti vaginali con pregresso cesareo sul totale dei parti con pregresso cesareo	>13%	2024	Direttori SC Ostetricia
Migliorare la percentuale delle fratture del collo del femore operate entro le 48 ore nei pazienti con età > di anni 65	% interventi frattura collo femore operate entro 48 ore sul totale dei pazienti trattati per frattura collo femore > 65 anni	>60%	2024	Direttori SC Ortopedia

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

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	TARGET	TEMPISTICA	DIRIGENTE RESPONSABILE
Accessibilità digitale e reingegnerizzazione dei processi				
Introduzione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) per migliorare l'accesso alle informazioni del cittadino-paziente sul proprio stato di salute	Divulgazione della CCE implementata dalla Regione Puglia nei reparti e negli ambulatori	N° reparti/ambulatori avviati	Triennio 2024-2026	Direttori Strutture Sanitarie
Accessibilità fisica				
Garantire e agevolare l'accessibilità fisica degli spazi a tutti gli utenti	Lavori di apposizione segnaletica Hospitality Corpo H e P.O. Maternità	Esecuzione lavori	31/12/2024	Ing. L. Borrelli

2.2 Performance

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

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

2.2.1 Gli obiettivi dell'Azienda

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

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

Gli Obiettivi Generali aziendali per l'anno 2024 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;
- dalla L.R. n. 7 del 24/03/2022 recanti "Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci";
- dalla DGR n. 262 del 6 marzo 2023 riguardante "Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa - Linee di indirizzo per l'aggiornamento e la rimodulazione dei Programmi attuativi aziendali per il recupero delle liste di attesa (L.R. n.13/2019 - D.G.R. n.745/2019)";
- dalla D.G.R. n. 412 del 28/03/2023 avente ad oggetto "Analisi e valutazione della spesa sanitaria (L.R. n.2/2011) – Programma operativo – Misure urgenti di riqualificazione della spesa sanitaria;
- dalla D.G.R. n. 512 del 17/04/2023 di adozione delle "Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici";
- dalla D.G.R. n. 513 del 17/04/2023 di adozione delle "Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci";
- dalla D.G.R. n. 1558 del 13 novembre 2023 relativa alla "Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per gli anni 2023 e 2024".

Inoltre, relativamente alla programmazione per il triennio 2024-2026, si è ritenuto opportuno procedere con l'attribuzione degli obiettivi di cui alla citata D.G.R. n. 1558 del 13 novembre 2023 che tengono conto:

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

Pur in presenza di dati di attività positivi illustrati dettagliatamente nella Sezione 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;
- Appropriatezza e qualità dell'assistenza;

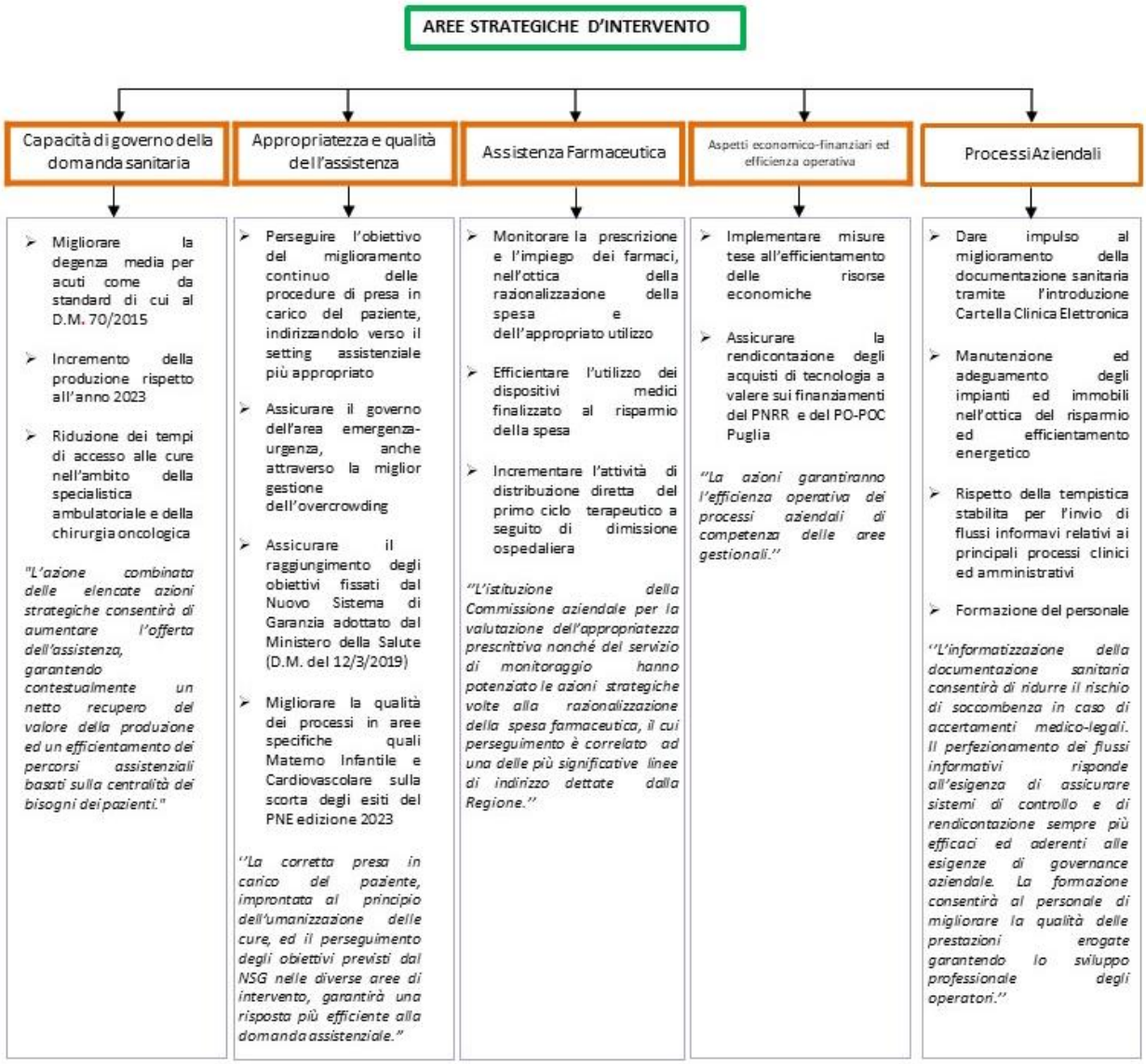
- Assistenza farmaceutica;
- Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa;
- Processi aziendali.

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

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

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

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



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

La prima stesura dei Piani operativi, elaborati in forma di "proposta", è affidata al Controllo di gestione. Essi rappresentano la base per la discussione che vede coinvolti la direzione strategica e i "responsabili del budget" (direttori di 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 2024-2026.

Piano degli obiettivi e degli indicatori triennio 2024-2026

MACRO-AREA OBIETTIVO	Obiettivo	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2024	Strutture Assegnatarie
	OBIETTIVI GENERALI				
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza Operativa	[Ind.Int. 25]	Incremento della produzione (ricoveri, DH/DS e prestazioni ambulatoriali)	Incremento del 4%	Responsabili reparti di degenza, ambulatori e servizi
ASSISTENZA FARMACEUTICA	Rispetto del tetto di spesa farmaceutica	Ind. Int. 168	Riduzione spesa per farmaci	Mantenimento spesa anno 2023	Responsabili reparti di degenza e ambulatori
	Rispetto del tetto di spesa per Dispositivi Medici	Ind. Int. 170	Riduzione spesa Dispositivi Medici propriamente detti	Riduzione del 6%	Responsabili reparti di degenza, ambulatori e servizi
	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera	Ind. Int. 07	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico	>90%	Responsabili reparti di degenza
	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	Riduzione (min. 5% - max 20%)	Responsabili reparti di degenza e ambulatori
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	Responsabili reparti di degenza per acuti
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità di processo. Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg (strumentali) P=120gg	Responsabili reparti e servizi
	Complessità della casistica trattata	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix	>=1	Responsabili reparti di degenza
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	DGR 1558/2023 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod.Ind. H04Z)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza ordinari	<=0,21	Responsabili reparti di degenza
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale	>=80%	Responsabili reparti di degenza
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind.Int. 02]	Percentuale dei ricoveri brevi 0-1gg	<=10%	Responsabili reparti di degenza
	DGR 1558/2023 - Qualificazione Assistenza Ospedaliera	DGR 1558/2023 (Ind. Reg. T01.2)	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	<= 35,25%	Responsabili reparti di degenza
	Miglioramento qualità percepita	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie	<=2%	Responsabili reparti di degenza
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA CHIRURGICA				
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	DGR 684/2022 (MES C4.1.1)	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	<= 26,65%	Responsabili repati chirurgici
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	DGR 684/2022 (MES C3)	Degenza media Pre-Operatoria	=1,64gg.	Responsabili repati chirurgici
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. MES C10d]	N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per la chirurgia oncologica	>=90%	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%	Responsabile Chirurgia Senologica
	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)	Responsabile Chirurgia Senologica

MACRO-AREA OBIETTIVO	Obiettivo	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2024	Strutture Assegnatarie
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA CHIRURGICA				
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	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.	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	>=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%	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%	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%	Responsabile Chirugia 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%	Responsabile Ginecologia
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	NSG D.M. 12/03/2019 [Cod. Ind. H05Z]	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	>=70%	Responsabile Chirurgia Generale
	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind. MES C5.3]	Percentuale di prostatectomie transuretrali	>=85%	Responsabile Urologia
	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	<=20%	Responsabile Ostetricia
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.3]	% Episiotomie depurate - NTSV	<15%	Responsabile Ostetricia
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.6]	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<5%	Responsabile Ostetricia
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.30]	Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)	>13%	Responsabile Ostetricia
	Miglioramento qualità di processo	DRG 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H13C)	% Pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	>=60%	Responsabile Ortopedia
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. MES C5.12]	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	>=90%	Responsabile Ortopedia
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. PNE68]	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	<4	Responsabile Ortopedia
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA MEDICA E SERVIZI				
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità di processo	DRG 684/2022 (Ind. Reg. T01.3)	Numero di interventi in PTCA	>=250	Responsabile Cardiologia
	Miglioramento qualità di processo	Ind. MES C5.21	Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro novanta minuti	> 40%	Responsabile Cardiologia
	Controllo e verifica dei requisiti previsti dalla legge per l'effetuazione dei trattamenti sanitari obbligatori	DSM4	Verifica documentale di tutte le condizioni previste per l'effettuazione di un TSO	Evidenza documentale	Responsabile Psichiatria
	Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso	NSG D.M. 12/03/2019 (Cod. Ind. D08Z)	Intervallo	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	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)	Raggiugnimento obiettivi autosufficienza sangue	Responsabile Medicina Trasfusionale
	Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste di emocomponenti rispetto ai criteri del PBM	[Ind.Int. 104]	Numero di richieste inappropriate/totale	Relazioni semestrali	Responsabile Medicina Trasfusionale
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza Operativa	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]	tendenzialmente in Utile	Responsabili Diagnostica di Laboratorio

MACRO-AREA OBIETTIVO	Obiettivo	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2024	Strutture Assegnatarie
	OBIETTIVI SPECIFICI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA				
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	<=2%	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%	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%	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%	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%	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%	Responsabile Pronto Soccorso
	OBIETTIVI SPECIFICI AREA TECNICO-AMMINISTRATIVA				
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI E CONTROLLO DI GESTIONE	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilà Generale	DGR 1558/2023 [Ind. Reg P01.2]	Invio, entro i termini previsti, del Bilancio di verifica per Centro di Responsabilità in quadratura con il bilancio dell'esercizio precedente e dei dati di struttura relativi all'organico medio per centro di costo e dati di attività per il monitoraggio della spesa ed il completamento dei progetti regionali correlati	Rispetto della tempistica stabilita per l'invio e quadratura al 100%	Programmazione e Controllo di Gestione
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario	DGR 1558/2023	> Entro il 1 febbraio dell'anno successivo all'esercizio di riferimento - Trasmissione, previo invio di apposite linee guida, dell'istruttoriaeconomica con riferimento all'esercizio economico precedente: - CE IV trimestre (modello NSIS) al lordo e al netto delle quote sociali; o CE IV trimestre Esteso in formato excel; - Tabella Quadratura CE A0030 e CE A0070; - Riepilogo Note di credito Farmaci; - Dettagli su Accantonamenti, Voci straordinarie e Svalutazioni; - Riepilogo Tetti e spesa ospedaliera-specialistica da privato; - Dettaglio investimenti con fondi propri (excel e relazione); - Altri dettagli richiesti nelle LL.GG. - Entro il 15 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento - Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico dell'esercizio precedente, della bozza del modello CE e del modello SP; - Entro il 29 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento - Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico precedente, del modello CE e del modello SP definitivi	Rispetto delle scadenze nel 2024 con riferimento all'esercizio economico 2023.	Gestione Risorse Finanziarie
	Avvio del processo di controllo interno in tutte le aziende secondo gli indicatori che verranno definiti con Atto Dirigenziale di futura predisposizione	DGR 1558/2023	Numero processi avviati / Numero processi previsti	100%	Gestione Risorse Finanziarie
	Tempi di Pagamento dei fornitori	[Ind.Int.C.10]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 e quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019 (l'indennità di risultato: - non è riconosciuta qualora la struttura registri ritardi superiore a 60 gg - è riconosciuta per la metà qualora la struttura registri ritardi compresi fra 31 ed i 60 gg - è riconosciuta per il 75% qualora la struttura registri ritardi compresi fra 11 e 30 gg - è riconosciuta per il 90% qualora la struttura registri ritardi compresi fra 1 e 10 gg)	ITP = 0	Gestione Risorse Finanziarie, Gestione del Patrimonio, Gestione Tecnica
INVESTIMENTI STRUTTURALI	Capacità progettuale e spesa per investimenti	DGR 1558/2023	Rispetto degli obblighi previsti ne PNRR. Rispetto delle scadenze di milestone e target PNRR	100%	Ingegneria Clinica
	Capacità progettuale e spesa per investimenti	DGR 1558/2023	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo dei fondi strutturali (FESR)	100%	Gestione del Patrimonio, Gestione Tecnica

2.2.2 La programmazione annuale e il ciclo di gestione della performance

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

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

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

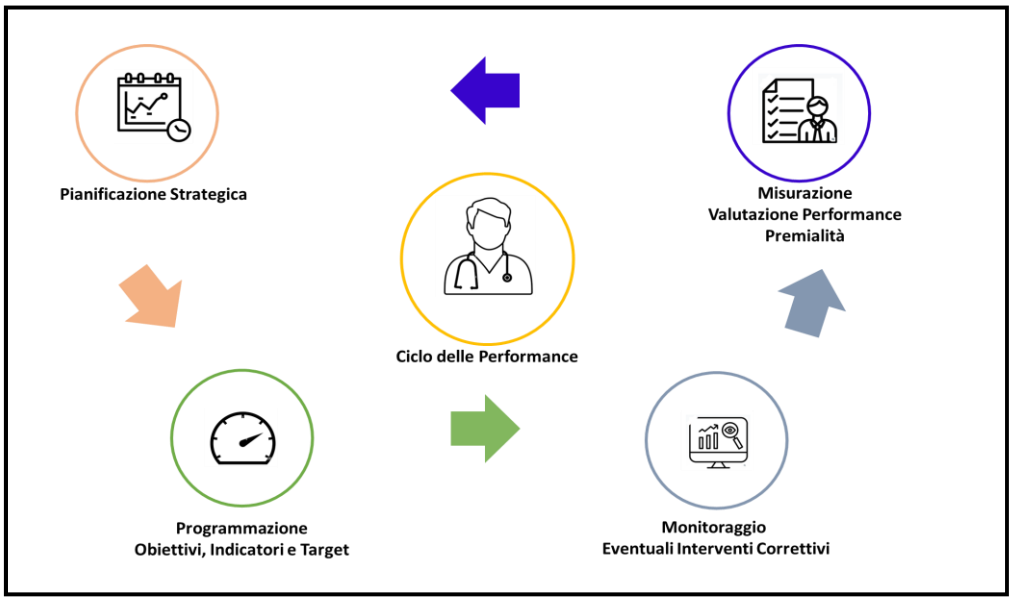
Con la traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi programmatici per il primo anno di riferimento del Piano (attraverso il percorso di budget), l'amministrazione individua, partendo dagli obiettivi triennali, i risultati attesi per l'esercizio in corso a tutti i livelli dell'organizzazione. Pertanto,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

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

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

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

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



Rappresentazione grafica del ciclo di gestione della performance

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

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

Il tutto avviene secondo un sistema di regole codificate e condivise con le organizzazioni sindacali e ratificate dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) racchiuse nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance di cui l'Azienda è dotata e il cui aggiornamento, previsto dall'art. 4 del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i., è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 59 del 01/02/2022 al fine di tener conto delle innovazioni introdotte con la riforma Madia e rafforzare il ruolo dei cittadini e utenti nel ciclo di gestione della performance. Infatti, il nuovo articolo 19-bis, ha introdotto delle innovazioni incidendo sulla disciplina relativa al coinvolgimento di cittadini ed utenti nel processo di misurazione della performance organizzativa e impone un'apertura, in chiave partecipativa, della valutazione della performance organizzativa. 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 2024 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 2024 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 prezzi. I contributi in conto esercizio assegnati all'Azienda "Policlinico Riuniti" di Foggia per il 2024 sono inferiori di 28,8 milioni di euro rispetto a quelli stanziati per il 2023.

Di seguito si rappresentano, in sintesi, i dati del bilancio previsionale 2024 a confronto con quelli del consuntivo 2022 e il preconsuntivo 2023.

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 predenti	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%
TOTALE A)	**306.214.000**	**100%**	**285.666.000**	**100%**	**293.679.000**	**100%**
B) Costi della produzione						
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%
TOTALE B)	**339.781.000**	**100%**	**336.518.000**	**100%**	**331.971.000**	**100%**
Differenza tra valore e costi della produzione	**- 33.567.000**		**- 50.852.000**		**- 38.292.000**	
C) Proventi e oneri finanziari						
TOTALE C)	**- 21.000**		**- 7.000**		**- 7.000**	
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie						
TOTALE D)	-					
E) Proventi e oneri straordinari						
TOTALE E)	**- 1.175.000**		**- 919.000**		-	
Risultato prima delle imposte	**- 34.763.000**		**- 51.778.000**		**- 38.299.000**	
Y) Imposte e tasse						
TOTALE Y)	**11.605.000**		**11.476.000**		**11.476.000**	
Perdita dell'esercizio	**- 46.368.000**		**- 63.254.000**		**- 49.775.000**	

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 2024-2026, 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 aggiornato con deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 e alla cui elaborazione ha partecipato l'intera Struttura aziendale, altresì recependo gli ultimi orientamenti dell'ANAC per la pianificazione dell'anticorruzione e trasparenza, prevede:

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

Il presente documento:

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

2.3.1 Processo di elaborazione

Al fine di assicurare un adeguato supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, con deliberazione del Direttore Generale n. 160 del 22 febbraio 2018 sono stati individuati

quali Referenti del RPCT tutti i Direttori di Dipartimento e i Dirigenti di Struttura complessa 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)" e successivo allegato n.3 del PNA 2022 "Parte Generale RPCT e struttura supporto", provvede a:

- definire il Piano triennale di prevenzione della corruzione, contenente una specifica sezione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ex art. 10 c, 2, D. Lgs. n. 33/2013 e diffusione di dati, informazioni e documenti aziendali, oltre ai successivi aggiornamenti annuali, da sottoporre alla Direzione Aziendale;

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

A garanzia dello svolgimento delle funzioni di Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione in condizioni di autonomia 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 e semplice, nell'ambito della propria competenza, hanno poteri propositivi e di controllo e obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione.
In particolare, dovrà:

- proporre misure di carattere generale idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, anche con l'introduzione di adeguate forme interne di controllo, specificamente dirette alla prevenzione e all'emersione di possibili esposizioni al rischio corruttivo;
- fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione le informazioni necessarie e le proposte adeguate all'adozione di misure di verifica e di controllo;
- avanzare proposte per la rotazione del personale soggetto a procedimenti penali e/o disciplinari per condotta di natura corruttiva, qualora emergesse un effettivo e concreto rischio di reiterazione della corruzione;
- fare un attento censimento di tutta l'area di propria competenza, in particolare attraverso una verifica delle risorse umane disponibili, degli incarichi e delle responsabilità, dei singoli obiettivi affidati, dei processi che coinvolgono i poteri di spesa e quelli di acquisizione delle entrate e delle vertenze in corso, al fine di verificarne la congruità in materia di lotta alla corruzione;
- formalizzare, nel rispetto delle prescrizioni legislative e delle disposizioni aziendali, precise disposizioni interne in ordine alle procedure di competenza della struttura, prevedendo puntuali e vincolanti sequenze di comportamenti e di responsabilità, allo scopo di standardizzare e di orientare i procedimenti;
- adottare le misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di conoscere e rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- adottare misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità 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, Dipartimentale Semplice o semplice, 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. 24 del 02 marzo 2023**.**

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 Strutture amministrative e sanitarie aziendali. Esso ha competenza su tutto il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico di Foggia".

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

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

La composizione attuale dell'U.P.D., giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 101 del 15 aprile 2022, è la seguente:

- PRESIDENTE Generale dell'Arma dei Carabinieri in pensione
- COMPONENTE Dirigente amministrativo
- COMPONENTE Dirigente Medico Direzione 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 Strutture aziendali 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 Strutture (nei casi di rispettiva competenza), di trasmettere alla struttura 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 Strutture di trasmettere la contestazione disciplinare ed il provvedimento disciplinare, all'U.P.D. ed alla Struttura 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 Struttura 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., 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.
In applicazione della normativa innanzi citata, con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 371 del 03 agosto 2022 è stato nominato l'U.P.D. 2 così composto:

- PRESIDENTE Generale dell'Arma dei Carabinieri in pensione
- COMPONENTE Dirigente amministrativo
- COMPONENTE Dirigente amministrativo

L'omessa attivazione del procedimento disciplinare e l'omessa adozione del provvedimento di sospensione cautelare, senza giustificato motivo, nel caso di acquisita conoscenza da parte del Dirigente o dell'U.P.D. della falsa attestazione della presenza in servizio da parte di un dipendente accertata in flagranza o mediante strumenti di sorveglianza o di registrazione degli accessi o delle presenze, comporta a carico del Dirigente responsabile o dell'U.P.D., responsabilità disciplinare punibile con il licenziamento.
In questi casi, la competenza ad attivare il procedimento disciplinare è attribuita, rispettivamente, all'U.P.D. per le infrazione/omissioni commesse dal Dirigente, all'U.P.D. 2 per le infrazioni/omissioni commesse dai componenti U.P.D..
Il Policlinico di Foggia ha provveduto ad adottare il Regolamento per i procedimenti disciplinari con deliberazione del Commissario Straordinario n. 76 del 04 aprile 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;**
- l'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) con particolare riferimento agli appalti e contratti.**

2.3.4 Valutazione d'impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Il Policlinico 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 Ministerodella 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	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio

	Aziende Cittadini				
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

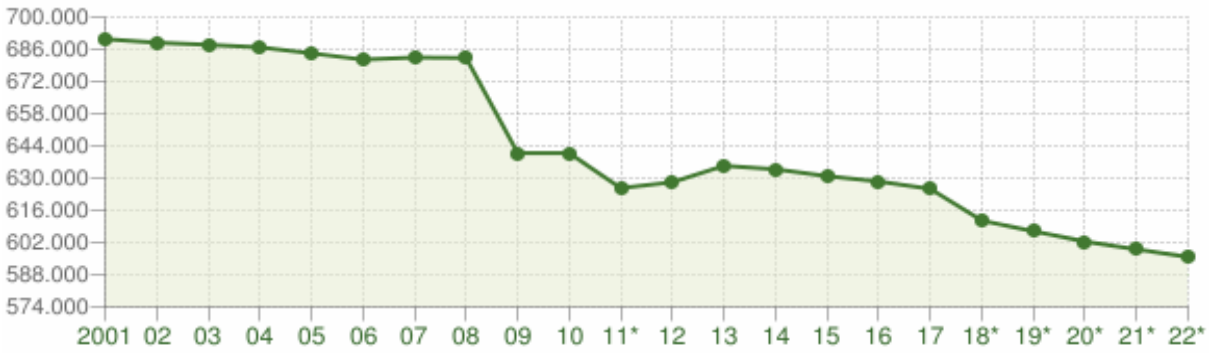
I principali eventi rischiosi rilevati in fase di mappatura delle aree e dei processi sono riconducibili ai seguenti:

- 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 595.682 abitanti (fonte ISTAT 2023). **È la terza provincia più vasta d'Italia** dopo quelle di Sassari e Bolzano, **prima tra quelle delle Regioni a statuto ordinario**; si estende su una superficie di 7 007,54 km² e comprende 61 comuni.

Di seguito il grafico dell'andamento della popolazione residente al 31 dicembre di ogni anno sino al 2022:

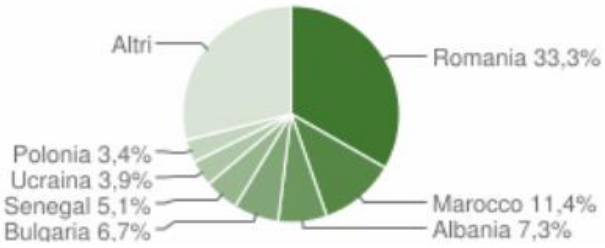


Andamento della popolazione residente

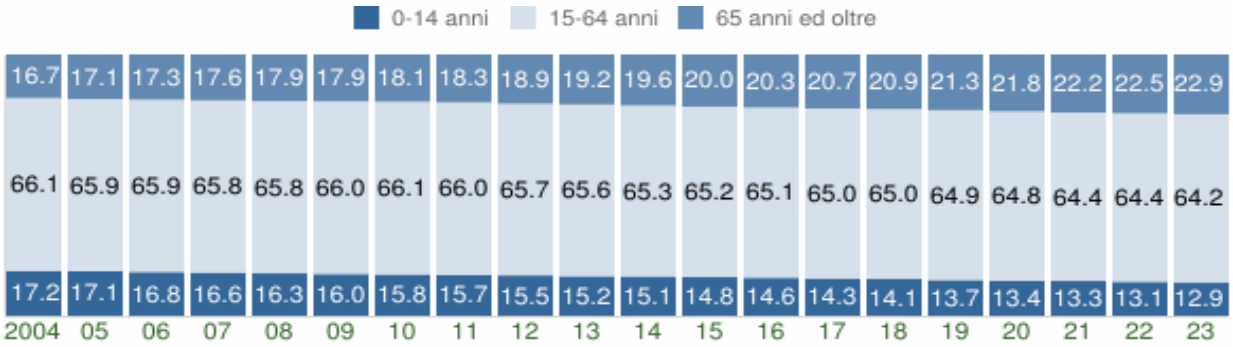
PROVINCIA DI FOGGIA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

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.



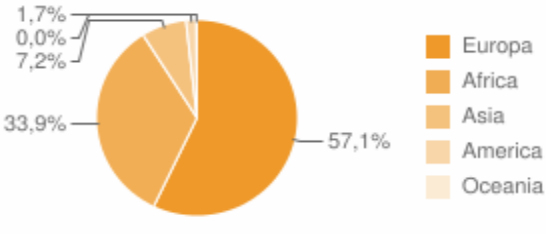
Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, sul sistema lavorativo e su quello sanitario.

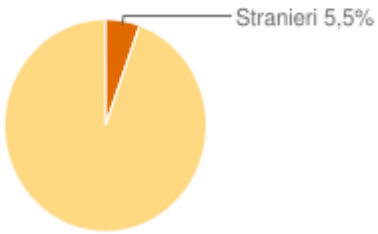


Struttura per età della popolazione (valori %) - ultimi 20 anni

PROVINCIA DI FOGGIA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Gli stranieri residenti in provincia di Foggia al 1° gennaio 2023 sono 32.848 e rappresentano il 5,5% della popolazione residente.





La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 31,9% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Marocco (11,7%) e dalla Bulgaria (7,2%).

Indicatori demografici

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

Anno	*Indice* ***vecchiai***	*Indice* ***dipendenz*** *struttural*	*Indice* ***ricambi*** *dell popolazion attiv*	*Indice* ***struttur*** *dell popolazion attiv*	*Indice* ***caric*** *di fig per donn fecond*	*Indice* ***natalit*** *(x 1.000 ab*	*Indice* ***mortalit*** *(x 1.000 ab*
	1° gennai	1° gennai	1° gennai	1° gennai	1° gennai	1 gen-31 d	1 gen-31 d
2002	90,	51,	76,	77,	22,	10,	8,
2003	93,	51,	77,	79,	22,	10,	8,
2004	96,	51,	76,	81,	21,	10,	8,
2005	100,	51,	74,	84,	21,	10,	8,
2006	103,	51,	74,	87,	21,	9,	8,
2007	106,	51,	78,	90,	21,	9,	8,
2008	110,	51,	81,	92,	20,	9,	8,
2009	111,	51,	88,	95,	20,	9,	8,
2010	114,	51,	94,	98,	20,	9,	8,
2011	116,	51,	99,	101,	20,	9,	9,
2012	122,	52,	101,	104,	20,	8,	9,
2013	126,	52,	101,	105,	19,	8,	9,
2014	129,	53,	99,	107,	19,	8,	9,

2015	134,	53,	99,	110,	19,	8,	10,
2016	139,	53,	100,	112,	19,	8,	9,
2017	144,	53,	103,	115,	19,	7,	10,
2018	148,	53,	106,	117,	18,	7,	9,
2019	155,	54,	110,	119,	18,	7,	10,
2020	162,	54,	113,	122,	18,	7,	12,
2021	166,	55,	116,	123,	18,	7,	12,
2022	172,	55,	121,	125,	0,	7,	11,
2023	178,	55,	125,	125,	0,	0,	0,

Indice di vecchiaia
Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, in provincia di Foggia nel 2023 l'indice di ricambio è 125,9 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

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 Crotone, **per tentati omicidi** (3,9 ogni 100mila abitanti) ed è al **terzo posto** dopo Reggio Calabria e Vibo Valentia **per denunce per associazione mafiosa** (1,5 ogni 100mila abitanti).

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

Occupazione

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

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

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

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

Classifica finale 2023

RANK	VAR.2022/2021	MEDAGLIE
107°	-3▼	0 0 0

INDICATORE	107°	1°	RANK	VAR.'23/'22	MEDAGLIE
Ricchezza e consumi			87°	+2▲	0 0 0
Affari e lavoro			104°	-4▼	0 0 0
Giustizia e sicurezza			103°	-3▼	0 0 0
Demografia e società			73°	+15▲	0 0 0
Ambiente e servizi			101°	-11▼	0 0 0
Cultura e tempo libero			102°	+1▲	0 0 0

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. Nel calcolo delle Strutture Complesse presenti 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 anticorruttivi, 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 2023, 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.

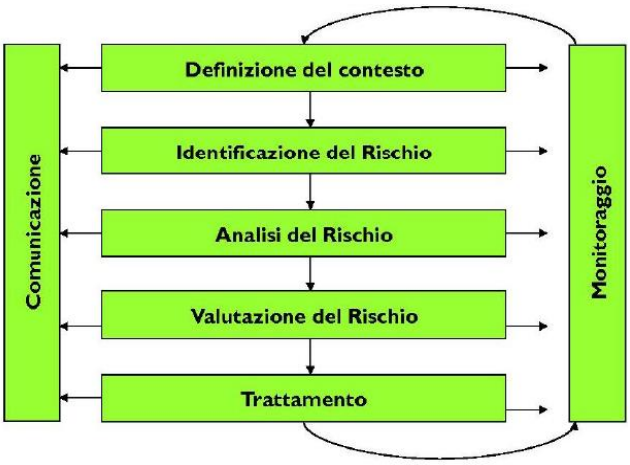


Figura 1 Fasi dell'analisi del rischio

Nel corso dell'anno 2023 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:

Rischio = media probabilità x 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 2023 è stato perfezionato il processo di gestione del rischio corruttivo, facilitato dall'utilizzo di una piattaforma web centralizzata, dedicata al governo del sistema anticorruttivo aziendale. Tale piattaforma ha consentito di gestire in modo uniforme tutti gli adempimenti previsti dalla L. 190/12, rendendo maggiormente consapevoli i Dirigenti, coinvolgendo le Strutture e garantendo nel contempo la tracciabilità ed il monitoraggio continuo delle misure adottate dai Referenti del RPCT.
Un concetto cruciale nello stabilire se attuare nuove azioni è quello di "rischio residuo", ossia del rischio che persiste una volta che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. Nell'analizzare il rischio residuo si considera inizialmente la possibilità che il fatto corruttivo venga commesso in assenza di misure di prevenzione; successivamente, si analizzano le misure generali e specifiche che sono state già adottate dall'amministrazione valutandone l'idoneità e l'effettiva applicazione. Nella valutazione del rischio, quindi, è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sul rischio residuo.

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

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

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

2.3.8 Misure di prevenzione

Al fine di ridurre il livello di rischio corruttivo sono state individuate le misure di prevenzione (trasversali e specifiche) inserite nel registro dei rischia 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 procedimentali 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 illeciti (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	2024	2025	2026
	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 dell'11 marzo 2019 a prot. n. 3361.

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

2.3.10 Confitto 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	2024	2025	2026
	Monitoraggio conflitti interessi	Monitoraggio conflitti interessi	Monitoraggio conflitti interessi

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire o appare avere la potenzialità di interferire, con il dovere di una persona ad agire in conformità con un interesse primario, ad esempio, nel caso del funzionario e del dipendente pubblico, in conformità con l'interesse pubblico perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse facente capo al destinatario del provvedimento e tutelato dall'ordinamento (*Institute of Medicine, 2009, Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice, Washington, DC: The National Academies Press).*
Ai sensi dell'art. 6-bis della L. n. 241/90, così come introdotto dall'art. 1, comma 41, della L. 190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale devono astenersi, in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale, ai loro superiori gerarchici. I Dirigenti formulano la segnalazione, riguardante la propria posizione, al Direttore Generale.
Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda.
Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.
Costituiscono, per tutto il personale, misure generali di prevenzione del fenomeno corruttivo, le disposizioni contenute nell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, così come introdotto dall'art. 1 comma 46 della L. 190/2012.
In particolare, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

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

Si ravvisano casi di conflitto di interesse, anche nelle seguenti ipotesi:
a) rapporti di collaborazione e consulenza, sia retribuiti che a titolo gratuito, svolti nell'ultimo quinquennio, a favore di soggetti ai quali sia stato aggiudicato, nel medesimo periodo o concorso ad aggiudicare, in nome e per conto dell'Azienda, appalti di lavori, forniture e servizi;
b) 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;
c) 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;
d) 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 2023 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 intern - Affari Generali – OIV

Programmazione triennale della misura	2024	2025	2026
	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 predisposto una proposta di aggiornamento del proprio Codice di Comportamento, alla luce di quanto disposto dal d.P.R. 13 giugno 2023, n. 81, recante modifiche al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 in tema di "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165". Il nuovo decreto ha introdotto in particolare l'art. 11-bis rubricato "utilizzo delle tecnologie informatiche" e l'art. 11-ter rubricato "utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media".
Il Codice di comportamento aziendale, già adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 397 del 08 luglio 2020, è stato aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n. 30 del 12 gennaio 2024.

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

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

Nel corso dell'anno 2023 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	2024	2025	2026
	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 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	2024	2025	2026
	Attuazione nuovo regolamento su whistleblowing	Monitoraggio segnalazioni	Monitoraggio segnalazioni

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

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

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

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

Con il D. LGS. n. 24/2023 aumentano le condotte meritevoli di segnalazione; la disciplina prevista dal decreto si estende infatti anche alle violazioni che possano ledere gli interessi dell'Unione Europea. Ricadono nella normativa anche le violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della Pubblica Amministrazione o dell'ente privato, inclusi gli illeciti amministrativi, contabili, civili o penali. Rimangono, invece, escluse dal decreto le segnalazioni circa i rapporti individuali di lavoro e quelle in materia di sicurezza e difesa nazionale.
Nel corso dell'anno 2023 non risultano comportamenti 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	2024	2025	2026
	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 2023, sono state acquisite le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità al conferimento dell'incarico del Direttore Generale, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, senza rilevare criticità.

2.3.15 Rotazione del Personale

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

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

Con la direttiva n. 8 del 17 giugno 2015 l'ANAC ha definito che "uno dei principali fattori di rischio di corruzione è costituito dalla circostanza che uno stesso soggetto possa sfruttare un potere o una

conoscenza nella gestione di processi caratterizzati da discrezionalità e da relazioni intrattenute con gli utenti per ottenere vantaggi illeciti", e pertanto ha previsto tra le misure organizzative di prevenzione alla corruzione l'applicazione della rotazione o delle misure alternative finalizzate a prevenire il citato fattore di rischio. L'Autorità ha anche chiarito che la rotazione non può comunque tradursi nella sottrazione di competenze professionali specialistiche ad Uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.
La misura di prevenzione deve consistere nella rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Tale misura presenta non indifferenti profili di criticità. La rotazione può essere applicata compatibilmente con la dotazione organica e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture aziendali.
La valutazione in merito alla rotazione dei Dirigenti e del personale del comparto titolare di posizioni organizzativa viene effettuata alla scadenza dell'incarico. Fatti salvi i casi di sospensione cautelare per procedimento penale, il soggetto competente alla nomina procede comunque, nel rispetto delle procedure e delle garanzie previste dai contratti collettivi di lavoro e dalle altre norme applicabili, alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva o non conformi a canoni di correttezza ai sensi della normativa vigente in materia.
Il Policlinico di Foggia, nel corso dell'anno 2023, ha applicato la misura della rotazione con riferimento a taluni profili dirigenziali ed in aggiunta ha applicato le seguenti misure alternative di mitigazione del rischio corruttivo:

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

Il Policlinico 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	2024	2025	2026
	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. n. 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 procedimentali

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 procedimentali 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 2023 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	2024	2025	2026
	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 2024-2026 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 9 settembre 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 2024-2026, 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 ampliamente 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

E' stata istituita la Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP), ai sensi della Legge n.196/2009, in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), al fine di assicurare un efficace controllo e monitoraggio degli andamenti della finanza pubblica.
Con riferimento alle procedure in materia di monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13 della L. n. 196/2009, il Policlinico 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 ottobre 2022.

2.3.25 Gestore procedure antiriciclaggio

Il Decreto Legislativo n. 231/2007 ha imposto una serie di obblighi volti a garantire l'adeguata verifica dei titolari effettivi della società con cui si contrae e che ha altresì imposto alla P.A. l'obbligo di segnalare le operazioni sospette all'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) istituita all'uopo presso la Banca d'Italia.
Altresì, il Decreto 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 marzo 2022 e all'adozione del Regolamento delle procedure di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e finanziamento del terrorismo giusta Deliberazione del Commissario Straordinario n. 118 del 19 aprile 2022.

2.3.26 Flussi informatici periodici

Il Policlinico di Foggia prevede, nel triennio 2024-2026, periodici flussi informativi verso il RPCT la cui presa in carico e corretta gestione è obbligatoria in capo ai relativi Responsabili delle Strutture Aziendali, secondo la tabella riportata nell'allegato "**Allegato_3-StatoAttuazioneMisure**".

2.3.27 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

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

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

a) Interfacciarsi con le proprie strutture aziendali beneficiarie di finanziamenti a valere sulla Missione 6 del PNRR per assicurare il rispetto degli obblighi contenuti nel PNRR, nel Piano

Operativo e nel Contratto Istituzionale di sviluppo che la Regione Puglia sottoscriverà con il Ministero proponente;

b) Aggiornare periodicamente sullo stato di attuazione del PNRR Missione 6 evidenziando eventuali criticità che possano inficiare il rispetto dei milestone e dei target fissati;
c) Supportare la struttura dipartimentale nel monitoraggio periodico sullo stato di attuazione (fisico ed economico) degli interventi;
d) Supportare la struttura dipartimentale nella definizione delle linee di indirizzo operative necessarie per assicurare l'attuazione della Missione 6 "Salute".

Attraverso il rafforzamento dei presidi **antiriciclaggio**, il Policlinico 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 stanziate 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 2023, è stato effettuato un monitoraggio interno di I livello (da parte dei Referenti RPCT) e di II livello con campionamento ragionato e statistico (da parte del RPCT), che ha permesso la correzione di inesattezze e l'aggiornamento di alcuni processi, rischi e relative misure di mitigazione del rischio corruttivo.
Entrambi i monitoraggi hanno riguardato sia lo stato di attuazione delle misure di carattere generale che lo stato di attuazione delle misure di carattere specifico. L'obiettivo del monitoraggio è stato quello di accertare la corretta applicazione, da parte dei Dirigenti, delle misure predisposte secondo le modalità e nei tempi previsti, e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio. Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l'attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta. Il riesame generale è effettuato dal RPCT, entro il mese di gennaio di ciascun anno, al fine di valutare l'efficienza ed efficacia del sistema anticorruttivo nel suo complesso.
Da una lettura comparativa con i precedenti report si rileva un continuo miglioramento delle attività di prevenzione della corruzione, svolte da tutto il personale del Policlinico di Foggia, ed una generalizzata attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo "generali" e "specifiche".
In particolare, sono state rendicontate da ciascun Referente RPCT le misure di mitigazione del rischio corruttivo per ciascun processo a rischio, ivi compreso l'indicatore con relativo stato di avanzamento

delle attività. Gli esiti complessivamente positivi del monitoraggio al 31 dicembre 2023, 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 2023, 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".

Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di trasparenza per le procedure di gara avviate dopo il 01/01/2024 sono contenute nel provvedimento ANAC n. 264 del 20/06/2023 e successivi aggiornamenti nonché nel relativo allegato, cui il Policlinico fa riferimento.
L'assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31/12/2023 (assoggettate al decreto legislativo n. 50/2016 o al decreto legislativo n. 36/2023) avviene mediante trasmissione attraverso il sistema Simog dei dati relativi alle suddette fasi.
Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di pubblicità legale dei contratti sono contenute nel provvedimento ANAC n. 263 del 20/6/2023 e riguardano tutte le procedure indette a partire dal 01/01/2024.

A tale scopo, è stata predisposta la tabella in allegato ("**Allegato_6-Obblighi di Pubblicazione**") cui si rinvia, che individua, per ogni obbligo informativo, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati relativi, tenendo conto delle modifiche legislative e del nuovo assetto organizzativo.
Secondariamente l'Azienda intende rendere disponibili, laddove si ravvisi la necessità, brevi note esplicative dei dati pubblicati. Chiunque ha diritto di accedere, direttamente ed immediatamente, al sito istituzionale aziendale. Il Policlinico 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 2024-2026 **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 il Policlinico di Foggia abbia omesso 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 con Deliberazione del Direttore Generale n. 128 del 20/03/2017.
Nel corso dell'anno 2023 sono stati rilevati n 5 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 il Policlinico eroga assistenza prevede un'articolazione dipartimentale, basato sui Dipartimenti strutturali ad Attività Integrata - D.A.I. Tale assetto organizzativo dipartimentale aziendale è stato approvato con delibera del Direttore Generale n. 571 del 31.07.2018, per la necessità di 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 approvati in ultimo 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. 537 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 le Deliberazioni del Commissario Straordinario nn. 594 e 595 del 29/11/2022, n. 611 del 01/12/2022 e la D.D.G. n. 638/2023.

Nell'attuale organizzazione, in fase di modifica sia perché è in itinere l'aggiornamento dell'allegato C2 del Protocollo d'Intesa sia per le imminenti disposizioni regionali in merito alla costituzione dei Dipartimenti, l'Azienda si articola in n. 15 Dipartimenti (n. 12 Assistenziali Integrati, n. 2 Amministrativi, n. 1 Supporto/staff alla Direzione Strategica), istituiti con DDG n. 341 del 2015 e ridefiniti con DDG n. 571 di luglio 2018 e da ultimo con DDG n. 41 del 27/01/2023.

Nell'Azienda sono presenti n. 46 Strutture Complesse di area clinica, di cui due non attive, delle quali n. 19 a direzione ospedaliera e n. 27 a direzione universitaria. Inoltre vi sono n. 6 Strutture Complesse di area amministrativa e n. 3 Strutture Complesse di supporto/staff alla direzione strategica. A queste si aggiungono n. 32 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area clinica (n. 8 universitarie e n. 24 ospedaliere), n. 5 di area 4 amministrativa, di cui una non attivata e n. 6 di supporto/staff alla direzione strategica. La tabella che segue descrive l'articolazione organizzativa aziendale delle strutture complesse (in nero) e delle Strutture Semplici a valenza dipartimentale (in blu) al 31.12.2023.

Tabella n.3.1.1 – Articolazione dipartimentale

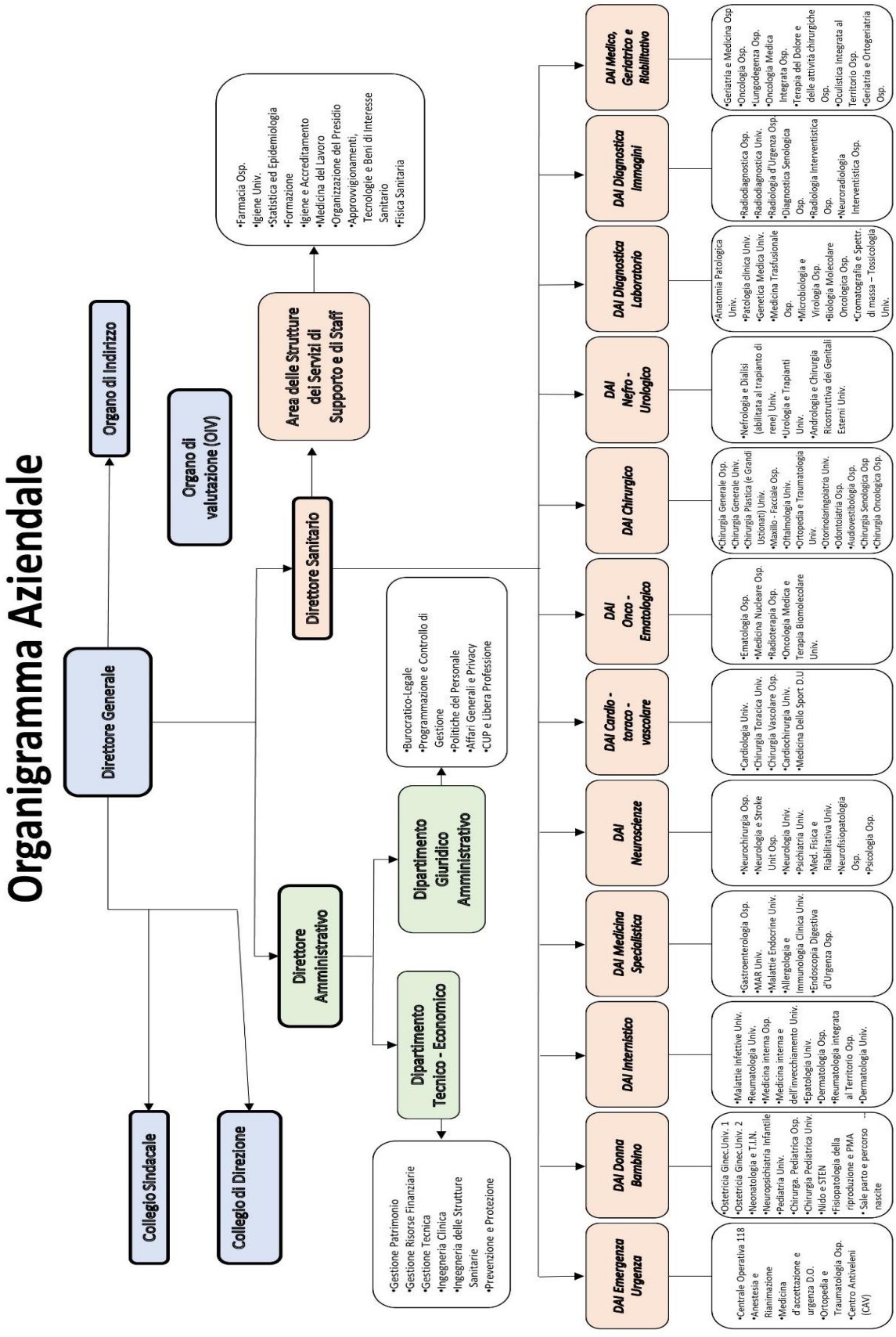
DIPARTIMENTI	STRUTTURE COMPLESSE STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE	Direzione Ospedaliera	Direzione Universitaria
Emergenza e Urgenza	Medicina d'accettazione e urgenza	H	
	Centrale Operativa 118	H	
	Anestesia e Rianimazione		U
	Ortopedia e Traumatologia	H	
	Centro Antiveleni (CAV)	H	
Donna e Bambino	Ostetricia e Ginecologia I		U
	Ostetricia e Ginecologia II		U
	Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale	H	
	Pediatria		U
	Neuropsichiatria Infantile	H	
	Nido e Sten	H	
	Chirurgia Pediatrica	H	
	Chirurgia Pediatrica		U
	Fisiopatologia della Riproduzione Procreazione Medico-Assistita		U
	Sale parto e percorso nascite	H	
Internistico	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
Medicina Specialistica	Gastroenterologia	H	
	Malattie Apparato Respiratorio		U
	Malattie Endocrine		U
	Allergologia e Immunologia Clinica		U
	Endoscopia Digestiva d'urgenza	H	
Neuroscienze	Neurochirurgia	H	
	Neurologia e Stroke Unit	H	
	Neurologia		U
	Medicina Fisica e Riabilitativa		U
	Psichiatria		U
	Neurofisiopatologia	H	
	Psicologia	H	
Cardio-toraco-vascolare	Cardiologia		U
	Cardiochirurgia		U
	Chirurgia Toracica		U
	Chirurgia Vascolare	H	
	Medicina dello sport		U
Onco-Ematologico	Ematologia	H	
	Medicina Nucleare	H	
	Radioterapia	H	
	Oncologia Medica e Terapia Biomolecolare		U
Chirurgico	Chirurgia Generale	H	
	Chirurgia Generale		U
	Chirurgia 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	

DIPARTIMENTI	STRUTTURE COMPLESSE STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE	Direzione Ospedaliera	Direzione Universitaria
Nefro-Urologico	Nefrologia e Dialisi (abilitata al trapianto di rene)		U
	Urologia e Trapianti		U
	Andrologia e Chirurgia ricostruttiva Genitali Esterni		U
Diagnostica di Laboratorio	Anatomia Patologica		U
	Genetica Medica		U
	Medicina Trasfusionale	H	
	Patologia Clinica		U
	Microbiologia e Virologia	H	
	Biologia Molecolare Oncologica	H	
	Cromatografia e Spettr. di massa - Tossicologia		U
Diagnostica per Immagini	Radiodiagnostica	H	
	Radiodiagnostica		U
	Radiologia d'Urgenza	H	
	Diagnostica Senologica	H	
	Neuroradiologia Interventistica	H	
	Radiologia Interventistica	H	
Dipartimento Medico, Geriatrico e Riabilitativo	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	
	Geriatria e Ortogeriatria	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, istituiti con DDG n. 341 del 2015 e ridefinite con DDG n. 571 di luglio 2018 e con DDG n. 41 del 27/01/2023 e articolati come segue:

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

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


Organigramma Aziendale
Organo di Indirizzo
Direttore Generale
Organo di valutazione (OIV)
Area delle Strutture dei Servizi di Supporto e di Staff
•Farmacia Osp.
•Igiene Univ.
•Statistica ed Epidemiologia
•Formazione
•Igiene e Accreditamento
•Medicina del Lavoro
•Organizzazione del Presidio
•Approvvigionamenti, Tecnologie e Beni di Interesse Sanitario
•Fisica Sanitaria
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Collegio Sindacale
Collegio di Direzione
Dipartimento Giuridico Amministrativo
Dipartimento Tecnico - Economico
•Burocratico-Legale
•Programmazione e Controllo di Gestione
•Politiche del Personale
•Affari Generali e Privacy
•CUP e Libera Professione
•Gestione Patrimonio
•Gestione Risorse Finanziarie
•Gestione Tecnica
•Ingegneria Clinica
•Ingegneria delle Strutture Sanitarie
•Prevenzione e Protezione
DAI Emergenza Urgenza
DAI Donna Bambino
DAI Internistico
DAI Medicina Specialistica
DAI Neuroscienze
DAI Cardio - toraco - vascolare
DAI Onco - Ematologico
DAI Chirurgico
DAI Nefro - Urologico
DAI Diagnostica Laboratorio
DAI Diagnostica Immagini
DAI Medico, Geriatrico e Riabilitativo
•Centrale Operativa 118
•Anestesia e Rianimazione
•Medicina d'accettazione e urgenza D.O.
•Ortopedia e Traumatologia Osp.
•Centro Antiveleni (CAV)
•Ostetricia Ginec.Univ. 1
•Ostetricia Ginec.Univ. 2
•Neonatologia e T.I.N.
•Neuropsichiatria Infantile
•Pediatria Univ.
•Chirurga. Pediatrica Osp.
•Chirurgia Pediatrica Univ.
•Nido e STEN
•Fisiopatologia della riproduzione e PMA
•Sale parto e percorso nascite
•Malattie Infettive Univ.
•Reumatologia Univ.
•Medicina interna Osp.
•Medicina interna e dell'invecchiamento Univ.
•Epatologia Univ.
•Dermatologia Osp.
•Reumatologia integrata al Territorio Osp.
•Dermatologia Univ.
•Gastroenterologia Osp.
•MAR Univ.
•Malattie Endocrine Univ.
•Allergologia e Immunologia Clinica Univ.
•Endoscopia Digestiva d'Urgenza Osp.
•Neurochirurgia Osp.
•Neurologia e Stroke Unit Osp.
•Neurologia Univ.
•Psichiatria Univ.
•Med. Fisica e Riabilitativa Univ.
•Neurofisiopatologia Osp.
•Psicologia Osp.
•Cardiologia Univ.
•Chirurgia Toracica Univ.
•Chirurgia Vascolare Osp.
•Cardiochirurgia Univ.
•Medicina Dello Sport D.U
•Ematologia Osp.
•Medicina Nucleare Osp.
•Radioterapia Osp.
•Oncologia Medica e Terapia Biomolecolare Univ.
•Chirurgia Generale Osp.
•Chirurgia Generale Univ.
•Chirurgia Plastica (e Grandi Ustionati) Univ.
•Maxillo - Facciale Osp.
•Oftalmologia Univ.
•Ortopedia e Traumatologia Univ.
•Otorinolaringoiatria Univ.
•Odontoiatria Osp.
•Audiovestibologia Osp.
•Chirurgia Senologica Osp
•Chirurgia Oncologica Osp.
•Nefrologia e Dialisi (abilitata al trapianto di rene) Univ.
•Urologia e Trapianti Univ.
•Andrologia e Chirurgia Ricostruttiva dei Genitali Esterni Univ.
•Anatomia Patologica Univ.
•Patologia clinica Univ.
•Genetica Medica Univ.
•Medicina Trasfusionale Osp.
•Microbiologia e Virologia Osp.
•Biologia Molecolare Oncologica Osp.
•Cromatografia e Spettr. di massa – Tossicologia Univ.
•Radiodiagnostica Osp.
•Radiodiagnostica Univ.
•Radiologia d'Urgenza Osp.
•Diagnostica Senologica Osp.
•Radiologia Interventistica Osp.
•Neuroradiologia Interventistica Osp.
•Geriatria e Medicina Osp
•Oncologia Osp.
•Lungodegenza Osp.
•Oncologia Medica Integrata Osp.
•Terapia del Dolore e delle attività chirurgiche Osp.
•Oculistica Integrata al Territorio Osp.
•Geriatria e Ortogeriatria Osp.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

3.2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

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

Si riportano i dati inerenti allo smart working relativamente all'anno 2023:

NUMERO DIPENDENTI AUTORIZZABILI SMWK	210
ORE SETTIMANALI PER DIPENDENTE	36
NUMERO SETTIMANE	52
ORE PER OGNI DIPENDENTE (36X52)	1872
NUMERO DIPENDENTI CHE HA UTILIZZATO SMWK	19
ORE COMPLESSIVE LAVORATIVE (1872X19)	35.568
ORE COMPLESSIVE EFFETTIVE IN SMWK	7.518
PERCENTUALE	21,13

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

3.2.2 Modalità attuative del lavoro agile durante la fase ordinaria

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

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

- Flessibilità dei modelli organizzativi;
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- Responsabilizzazione sui risultati;
- Benessere del lavoratore;
- Utilità per l'amministrazione;
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;

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

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

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 diversamene 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.

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

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

Il Responsabile della transizione al digitale (RTD), che è a conoscenza degli sviluppi digitali dell'amministrazione, può intervenire sulle attività "smartabili", sui processi formativi di

apprendimento dei nuovi strumenti digitali e sull'ammodernamento dei servizi digitali offerti ai dipendenti.

3.2.4 Strumenti tecnologici in dotazione al dipendente

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

3.2.5 Percorsi formativi

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

3.2.6 Programma di sviluppo del lavoro agile

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

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

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2024	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2025	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2026	FONTE
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	**SALUTE ORGANIZZATIVA**					
	Adeguare l'organizzazione dell'Ente rispetto all'introduzione del lavoro agile	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working	*Effettuare una prima mappatura*	*Revisione della mappatura iniziale*	*Revisione della mappatura iniziale*	*Dirigenti strutture*
		Mappatura delle esigenze (formazione, hardware, software, rete informatica) e quantificazione dei costi	*Effettuare una prima mappatura*	*Revisione della mappatura iniziale*	*Revisione della mappatura iniziale*	*SIA, Ufficio Formazione, Area Gest. Tec., Agref*
		Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi e/o per progetti, processi	*Progettazione*	*Implementazione*	*Implementazione*	*Controllo di Gestione*
		Presenza di un help desk informatico dedicato al lavoro agile	*Progettazione di un sistema di rilevazione*	*Rilevazione*	*Rendicontazione*	*SIA*
	SALUTE PROFESSIONALE					
	Adeguatezza dei profili professionali esistenti rispetto a quelli necessari	-% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno	*Percorsi di formazione*	*Percorsi di aggiornamento di profili esistenti*	*Percorsi di aggiornamento di profili esistenti*	*Ufficio Formaz.*
		-% lavoratori che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno	*=====*	*A consuntivo*	*A consuntivo*	*Ufficio Formaz.*
		-% lavoratori che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali utili al lavoro agile nell'ultimo anno	*=====*	*A consuntivo*	*A consuntivo*	*Ufficio Formaz.*
		-% lavoratori che utilizzano le tecnologie digitali utili per il lavoro agile	*=====*	*A consuntivo*	*A consuntivo*	*SIA*

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2024	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2025	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2026	FONTE
	SALUTE DIGITALE					
	Predisposizione di un piano di transizione digitale	Piano triennale dell'informatica	*Ricognizione*	*Predisposizione del piano*	*Implementazione*	*SIA*
	Semplificazione e digitalizzazione dei processi e dei servizi amministrativi	PIAO 2022-2024	*Definizione PIAO 2022-2024 Valore pubblico*	*Definizione PIAO 2022-2024 Valore pubblico*	*Definizione PIAO 2022-2024 Valore pubblico*	*SIA Controllo di Gestione*
	Implementazione di un sistema VPN	Presenza di un sistema VPN	*Conduzione*	*Conduzione*	*Conduzione*	*Area Gestione Tecnica*
	Implementazione di una rete intranet aziendale	Presenza di una rete intranet aziendale	*Reingegnerizzazzione*	*Implementazione*	*Implementazione*	*Area Gestione Tecnica*
	Attivazione di un sistema di collaboration	Assenza/Presenza di sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	*Estendere il Doc flow in remoto. Il monitoraggio delle attività è implicito nel sistema*	*Estendere il Doc flow in remoto. Il monitoraggio delle attività è implicito nel sistema*	*=====*	*SIA*
		% Utilizzo firma digitale tra i lavoratori	*Verifica*	*Verifica*	*Verifica*	*SIA*
	SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA					
	Inserimento di finanziamenti e investimenti e di ricavi e costi per il lavoro agile nel bilancio preventivo	€ Costi per formazione delle competenze direzionali, organizzative e digitali funzionali al lavoro agile	*=====*	*Previsione budget necessario per l'organizzazione di corsi di formazione*	*Previsione budget necessario per l'organizzazione di corsi di formazione*	*Area Gestione Financ.*
		€ Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile	*Verifica necessità acquisto postazioni di lavoro mobili*	*Acquisto postazioni di lavoro mobili in funzione del budget assegnato*	*Acquisto postazioni di lavoro mobili in funzione del budget assegnato*	*SIA Area Patrimonio*
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	**QUANTITA'**					
	Incrementare il n. di dipendenti in lavoro agile	% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali	*Verifica delle priorità*	*Implementazione del lavoro agile per il personale avente priorità*	*Implementazione del lavoro agile per la restante parte del personale*	*Area Riusorse Umane*
	Incrementare il n. di giornate lavorative in lavoro agile	% Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali	*=====*	*A consuntivo*	*A consuntivo*	*Area Riusorse Umane*
	QUALITÀ					
	Incrementare il benessere organizzativo dei dipendenti	% dirigenti soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori	*=====*	*A consuntivo*	*A consuntivo*	*Affari Generali*

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2024	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2025	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2026	FONTE
		% dipendenti in lavoro agile soddisfatti	=====	*A consuntivo*	*A consuntivo*	*Affari Generali*
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE	**ECONOMICITÀ**					
	Riduzione dei costi	Riduzione di costi per lavoro straordinario, utenze, contributo aziendale servizio mensa, materiale consumo, ecc...;	=====	*A consuntivo*	*A consuntivo*	*Area Risorse Finanziarie*
	EFFICIENZA					
	Riduzione delle giornate di assenza	Giornate di assenza	=====	*Limitate alle ferie e malattie*	*Limitate alle ferie e malattie*	*Area Riusorse Umane*
	Verifica andamento produttività	Quantità di pratiche ordinarie lavorate/servizi erogati per Struttura	=====	*Ottimizzazione dei tempi in relazione alla tipologia di pratiche processate*	*Ottimizzazione dei tempi in relazione alla tipologia di pratiche processate*	*Dirigenti strutture*
		Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie	=====	*Ottimizzazione dei tempi in relazione alla tipologia di pratiche processate*	*Ottimizzazione dei tempi in relazione alla tipologia di pratiche processate*	*Dirigenti strutture*
	EFFICACIA					
	Aumento della qualità percepita dagli utenti	Standard di qualità dei servizi erogati in modalità agile	=====	*Esito della valutazione*	*Esito della valutazione*	*Affari Generali*
		% customer satisfaction di utenti serviti da dipendenti in lavoro agile	=====	*Esito della valutazione*	*Esito della valutazione*	*Affari Generali*
IMPATTI	**IMPATTO SOCIALE**					
	Migliorare la qualità della vita del dipendente	% di dipendenti che ritiene di aver migliorato il rapporto - vita privata	=====	*A consuntivo*	*A consuntivo*	*Affari Generali*
	IMPATTO ECONOMICO					
	Migliorare la qualità della vita del dipendente	€ risparmiati per riduzione spese di viaggio per andare a lavoro	=====	*A consuntivo*	*A consuntivo*	*Affari Generali*
	IMPATTI INTERNI					
	Migliorare il clima lavorativo all'interno dell'Azienda	Salute organizz. % di dipendenti per cui il lavoro agile ha migliorato il clima lavorativo aziendale	=====	*A consuntivo*	*A consuntivo*	*Affari Generali*

3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

La programmazione del fabbisogno avviene nel rispetto delle normative vigenti, sia con riferimento alle modalità di redazione del documento e sia nel rispetto dei vincoli imposti, in coerenza con l'attività di programmazione complessiva a partire dalle previsioni programmatiche inserite nell'atto aziendale ed alla programmazione sanitaria legata alla realizzazione degli obiettivi di salute assegnati alla Direzione strategica dell'azienda.
La programmazione dei fabbisogni si sviluppa, inoltre, nel rispetto dei vincoli finanziari e degli equilibri di finanza pubblica in materia di spesa del personale, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance, con i principi generali di legalità e con la disciplina in materia di anticorruzione.
Il piano triennale del fabbisogno si articola in prospettiva triennale, viene adottato annualmente con la conseguenza che di anno in anno può essere modificato in risposta alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale, secondo un approccio cosiddetto "a scorrimento" tra le diverse annualità oggetto di programmazione.

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

Il percorso programmatorio 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 propone 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, nonchè 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, nonche' 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'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica, relative a tutto il personale tecnico e amministrativo universitario, ivi compresi i dirigenti, sono devolute all'universita' di appartenenza. Parimenti sono attribuite agli osservatori astronomici, astrofisici e vesuviano tutte le attribuzioni del Ministero dell'universita' 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, nonchè 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 orientatate verso il definitivo

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

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

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

Il Piano triennale dei fabbisogni del personale 2022/24 è stato adottato con DDG n. 399 del 6/7/2023, secondo le prescrizioni e le linee guida di cui alle DD.GG.RR. n. 1818 del 12/12/2022, n. 261 del 6/03/2023, n. 412 del 28/03/2023 e n. 640 del 10/05/2023, nonché della determinazione del Dirigente della sezione Strategie e Governo dell'offerta n. 136 del 17/05/2023.

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

Con la DGR n. 412 del 28/03/2023 recante "Analisi e valutazione della spesa sanitaria – L.R. n.2/2011 – Programma operativo – Misure urgenti di riqualificazione e razionalizzazione della spesa", la Giunta regionale ha previsto misure non differibili per il contenimento della spesa sanitaria del SSR, anche al fine di garantire l'equilibrio economico- finanziario negli esercizi 2023 e 2024. La suddetta DGR n. 412/2023 ha altresì rinviato a specifici successivi provvedimenti, per ciascun ambito di maggiore criticità, la formulazione di puntuali direttive in merito alle previste misure di contenimento della spesa sanitaria. Con particolare riferimento al contenimento della spesa del personale SSR, ed in considerazione della rilevante incidenza di tale voce di costo rispetto alla spesa complessiva del Sistema Sanitario Regionale, la citata deliberazione ha previsto, al punto 8), lettera g), la successiva adozione di specifico provvedimento recante puntuali direttive in merito, le quali prevedano "[…] che tutte le tipologie di reclutamento di personale del SSR del comparto e della dirigenza, ivi comprese le assunzioni a tempo determinato e indeterminato, nonché il conferimento di nuovi incarichi di direzione di struttura complessa e di struttura semplice di tutte le articolazioni aziendali, di direzione di Dipartimento ospedaliero e territoriale, di direzione dei Distretti Socio Sanitari, potranno essere effettuate previa autorizzazione da parte delle Giunta Regionale, sulla base di eventuali esigenze

documentate rappresentate dal Direttore Generale delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli I.R.C.C.S. pubblici per le quali sia, ad ogni modo, attestato il rispetto dei Piani Triennali di Fabbisogno del Personale, dei PIAO e dei relativi tetti di spesa assegnati, nei limiti del Fondo Sanitario Regionale annuale".

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

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

si è stabilito tra l'altro,

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

dall'art. 1, commi 4, 5 e 8 e dall'art. 2, commi 1, 5 e 7 del D.L. n. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020 e dal Decreto del Ministero della Salute 23 dicembre 2022, al fine di consentirne la puntuale verifica di coerenza e di comunicarne i relativi esiti ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e Finanze);

- di stabilire, considerato che la Regione Puglia è in Piano Operativo e, dunque, che il rispetto dei vincoli di spesa e le esigenze di finanza pubblica rappresentano i principi cardine dell'azione amministrativa, che l'inosservanza delle direttive di cui al presente provvedimento costituirà grave inadempienza da parte dei Direttori generali delle Aziende sanitarie e, pertanto, comporterà nell'immediato l'avvio del procedimento di decadenza del Direttore Generale ex art. 2, co. 5 del D.Lgs n. 171/2016 s.m.i., come previsto dalla D.G.R. n. 1487 del 2/8/2019 di approvazione degli schemi di contratto per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R.

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

- di procedere, ad integrazione del modello di predisposizione dei PTFP aziendali approvato con deliberazione di Giunta Regionale n. 261 del 06/03/2023, all'adozione del prospetto integrativo di dettaglio del fabbisogno di personale destinato alle finalità di cui al D.L. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020 e al D.M. n. 77/2022;

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

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

- le assunzioni devono essere programmate su base mensile e definite sulla base delle unità effettivamente cessate nel mese precedente. Pertanto, non potranno essere effettuate assunzioni superiori al numero di unità effettivamente cessate e dunque, in assenza di effettivo spazio finanziario resosi disponibile;
- l'obbligo da parte del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Policlinico Riuniti" di Foggia di effettuare le assunzioni nei limiti dello spazio assunzionale approvato con il presente provvedimento e del fabbisogno di personale definito nel vigente PTFP aziendale per ciascun profilo professionale e/o disciplina.

Il PTFP 2022-2024 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;
- Appropriatezza, Efficacia, efficienza delle cure;
- Completezza e continuità assistenziale;
- Integrazione col la rete dei servizi territoriali;
- Affidabilità, sicurezza;
- Ricerca scientifica;
- Benessere della comunità;
- Economia delle risorse.

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

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

Di seguito la ricognizione dei bisogni formativi del personale e degli eventi in programma per l'anno 2024.

STRUTTURA PROPONENTE	TITOLO	PERIODO DI SVOLGIMENTO	DESTINATARI
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE GENERALE D. LGS 81/08	I SEMETRE	TUTTE LE PROFESSIONI
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA D. LGS 81/08	I SEMETRE	TUTTE LE PROFESSIONI
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE PREPOSTI D. LGS 81/08	II SEMETRE	TUTTE LE PROFESSIONI
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE DIRIGENTI D. LGS 81/08	II SEMETRE	TUTTE LE PROFESSIONI
STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA SIA	FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO D.G.R. N.1564 DEL 13/11/2023 "PNRR MISSIONE 6 SALUTE"	I E II SEMETRE	MEDICO
STRUTTURA DI PSICHIATRIA	MEDICINA DI GENERE	I SEMETRE	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	AGGIORNAMENTO IN TOSSICOLOGIA CLINICA 2024	I SEMETRE	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	XV CONVEGNO DI TOSSICOLOGIA CLINICA	II SEMETRE	TUTTE LE PROFESSIONI
CENTRO ANTIVELENI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO CHIMICO E AGGIORNAMENTI NORMATIVI IN MATERIA DI REACH-CLP E BPR	I E II SEMETRE	TUTTE LE PROFESSIONI
LABORATORIO	APPRENDERE ATTRAVERSO LA PRATICA DI LABORATORIO INTERPRETAZIONE CLINICA DEGLI ESAMI DI LABORATORIO	II SEMETRE	MEDICO BIOLOGO TSLB INFERMIERE
SIOS	LA PREVENZIONE IN AREA MEDICA: INFEZIONI E RISCHIO CADUTE CORRELATE ALL'ASSISTENZA	I E II SEMETRE	INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO
SIOS	ENGLISH FOR HEALTH CORSO DI INGLESE PER INFERMIERI	I E II SEMETRE	INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO
SIOS	LA COMUNICAZIONE EFFICACE IN SANITA'	I E II SEMETRE	INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO
SIOS	INFERMIERI E OSS: GLI ELEMENTI PER IL SUCCESSO DELL'INTEGRAZIONE	I E II SEMETRE	INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO
SIOS	L'APPLICAZIONE DELLE BUONE PRATICHE NELLA CLINICA ASSISTENZIALE	I E II SEMETRE	INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO

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 2024 – 2024 e rendicontati nella Relazione sulla Performance. Come già evidenziato nel paragrafo "La programmazione annuale e il ciclo di gestione della Performance" nella sezione "Performance", 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".