

MAPPATURA DEI PROCESSI

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Acquisizione beni e servizi sanitari e non sanitari sotto soglia (entro i 5 mila euro)	Richiesta di acquisto	Provvedimento di acquisto	parzialmente	< 10	Direzione Distretto Socio Sanitario n.5 - Trani - Bisceglie	3

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Il Regolamento interno per gli acquisti sotto soglia prevede che entro il limite dei cinquemila euro di spesa, i Distretti possano effettuare acquisti previa delega dell'Area Patrimonio.	Area patrimonio - Distretti		Mancata pubblicazione in Amministrazione Trasparente del Regolamento degli acquisti sotto soglia	Misura di trasparenza: Pubblicazione in Amministrazione Trasparente del regolamento degli acquisti sotto soglia	Comunicazione tempestiva al RPCT entro il 31/12/2023 dell'avvenuta pubblicazione in Amministrazione Trasparente	
Il medico specialista o il Responsabile di Unità Operativa invia alla Direzione amministrativa tramite email, la richiesta di acquisto che è stata preventivamente valutata e autorizzata dal Direttore del Distretto di riferimento	Responsabile Unità Operativa - Medico specialista - Direttore del distretto					
La richiesta è valutata dal Direttore del Distretto. Se autorizzata, è protocollata e smistata all'Area Patrimonio che delega il DSS 5 all'acquisto	Direttore Distretto - Area Patrimonio					
L'ufficio procede ad effettuare indagine di mercato (a seconda delle caratteristiche del bene/servizio da acquistare l'indagine può essere svolta sulla piattaforma di acquisto EmPulia) o affidamento diretto per i beni/servizi per cui esiste esclusiva sul mercato	Direzione Amministrativa					
Una volta individuato il fornitore, viene richiesta la trasmissione, sotto forma di autocertificazione, della documentazione attestante il possesso dei requisiti, nonché la dichiarazione di esclusività in caso di beni/servizi infungibili. terminate le verifiche il preventivo è trasmesso al richiedente per ottenere parere di conformità	Direzione Amministrativa - Responsabile Unità Operativa/Medico specialista richiedente					
La redazione del provvedimento di acquisto è effettuata su piattaforma elettronica, dove è inserita tutta l'attività istruttoria alla base del provvedimento stesso. Nell'atto di acquisto è individuato il RUP, il CIG acquisito da quest'ultimo e la tracciabilità dei flussi finanziari. Il provvedimento è firmato dal RUP, dal Dirigente e dal Direttore di Distretto	Direzione Amministrativa - RUP - Dirigente - Direttore di Distretto	Entro 30 gg				
Gli estremi del provvedimento sono pubblicati in Amministrazione Trasparente	Direttore Distretto					

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno 2021	Struttura competente	n. addetti anno 2021
Affidamenti tramite procedura aperta	Richiesta di acquisto	contratto	si	38	Area Gestione Patrimonio	25

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
I direttori delle UOC inoltrano, tramite email o protocollo, richiesta di acquisto di farmaci, attrezzature o di dispositivi medici all'area Gestione Patrimonio. La richiesta può essere effettuata anche dal Dipartimento farmaceutico che provvede a raccogliere i fabbisogni aziendali	Direttore UOC - Dipartimento farmaceutico					
Gli acquisti con importi superiori e pari a 40mila euro sono inseriti nella Programmazione biennale, dunque le richieste di acquisto discendono da tale documento. Per espletare procedure non programmate, esse devono essere preventivamente autorizzate dalla Direzione strategica aziendale. Il Programma biennale è aggiornato contestualmente	Direzione Strategica					
Progettazione della gara: il RUP predispose il disciplinare di gara e gli allegati. Gli atti di gara sono redatti dal soggetto richiedente, dal servizio interno competente in merito o da un gruppo di lavoro costituito ad hoc. Come previsto dagli obiettivi aziendali, gli atti di gara devono essere redatti entro termini stabiliti.	Gruppo di lavoro - servizio richiedente/competente - RUP	Entro termini stabiliti	Atti di gara "sartoriali" che definiscono requisiti e caratteristiche tecniche tali da pilotare l'andamento della gara e favorire un determinato operatore economico	Circolare indirizzata al personale coinvolto con l'obiettivo di sensibilizzare gli addetti alla tematica, entro 30 giorni dall'approvazione della Sezione Anticorruzione del PIAO.	Condivisione tempestiva con il RPCT della circolare inviata	
Gli atti sono approvati, previo parere del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, con la Delibera di indizione a firma del Direttore Generale	Direttore Generale - Direttore Sanitario - Direttore Amministrativo					
Gli atti di gara sono pubblicati sulla GURI, sul sito aziendale, sul sito del soggetto aggregatore, sui quotidiani, e sul sito del MIT	Area Gestione Patrimonio					
Dal momento della pubblicazione sulla piattaforma informatica EmPulia decorrono i termini per inoltrare richiesta di chiarimenti alla stazione appaltante	Area Gestione Patrimonio					
Scaduti i termini imposti dal disciplinare di gara, le ditte sono invitate a partecipare alla seduta pubblica di apertura delle buste amministrative. Il seggio, costituito da tre soggetti e dal segretario verbalizzante, effettua verifica formale della documentazione e indica, se necessario, i tempi per attivare il soccorso istruttorio	Seggio di gara					
Per le procedure con criterio di aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa, si procede con la nomina della Commissione Giudicatrice. Secondo quanto stabilito da regolamento interno i commissari sono sorteggiati in seduta pubblica e nominati dal Direttore Generale. I commissari sono sorteggiati da un elenco, in costante aggiornamento, di soggetti idonei a ricoprire il ruolo	Direttore Generale					
Il RUP e il Presidente della Commissione fissano la data per l'apertura delle buste tecniche ed economiche in seduta pubblica. In seduta riservata la Commissione valuta le offerte	RUP - Presidente Commissione					
Con l'ausilio della piattaforma informatica che formula la graduatoria, si giunge alla valutazione complessiva	Commissione giudicatrice	entro 30 gg				
La piattaforma segnala automaticamente i casi di offerta anomala. L'operatore economico è tenuto a giustificare l'offerta entro termini stabiliti. Le motivazioni sono giudicate dal RUP e dalla Commissione	RUP - Commissione giudicatrice					
Il RUP effettua verifiche formali sul lavoro svolto dalla Commissione e propone la graduatoria. Essa è approvata con delibera del Direttore Generale	RUP - Direttore Generale					

Con il supporto degli uffici competenti vengono effettuate le verifiche sulle autocertificazioni rilasciate dall'operatore economico aggiudicatario	Uffici competenti - RUP				
Il contratto è stipulato dopo 35 giorni dall'ultima comunicazione di aggiudicazione	Legali rappresentanti	Dopo 35 g - entro 60 gg			
Verifiche del DEC (nominato con delibera di aggiudicazione) sulle prestazioni definite da contratto. Il Dec comunica al RUP l'eventuale inadempienza. Il RUP applica le penali	RUP - DEC				

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Affidamento diretto di lavori	Richiesta da parte di Direttore UOC	Delibera di affidamento	si	20	Area Gestione Tecnica	5

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione e medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Gli affidamenti di lavori di importo superiore a € 100.000 sono inseriti nella programmazione triennale dei lavori pubblici. Per importi inferiori, e fino a € 150.000 (in base alla normativa derogatoria del decreto semplificazioni attualmente in vigore fino a giugno 2023) la procedura di affidamento diretto è consentita per tutti le altre esigenze non rientranti nell'analisi dei bisogni programmati dell'Ente. ASL BAT ha inoltre adottato Regolamento interno per gli affidamenti diretti	Area Gestione Tecnica - Area Gestione Patrimonio					
In genere l'avvio della procedura di affidamento diretto ha inizio da un sopralluogo degli ambienti che mette in evidenza una esigenza o necessità non contemplata tra quelle programmate, in quanto nuova o sopravvenuta.	Direttori UOC					
Il Direttore UOC AGT valuta l'esito del sopralluogo e verifica se l'intervento sia ricompresa nei servizi manutentivi previsti dal contratto vigente con ditta esterna. Quest'ultima è contattata per effettuare sopralluogo al fine di verificare se si tratti di manutenzione relativa al proprio servizio	Area Gestione Tecnica					
Il sopralluogo è effettuato anche da tecnici interni (geometri e/o ingegneri a seconda dell'esigenza riscontrata) alla presenza del soggetto che ha effettuato la richiesta. Concluso il sopralluogo i tecnici ne comunicano al capo ingegnere l'esito	Tecnici		La valutazione del sopralluogo è comunicata all'ingegnere capo per le vie brevi. La mancanza di adozione di un verbale da archiviare non consente di tracciare questa fase del processo e dunque può essere un fattore abilitante di fenomeni corruttivi	Inserimento di un documento a firma dei tecnici responsabili del sopralluogo da archiviare digitalmente per formalizzare e tracciare il processo	Comunicazione al RPCT entro il 31/12/2013 dell'inserimento della misura	
Il collaboratore tecnico ingegnere o geometra redige il computo metrico con le tariffe stabilite dal bollettino regionale aggiornato e lo sottopone alla verifica del Direttore dell'Area tecnica	Ingegnere capo - Dirigente Area Gestione Tecnica					
Se il computo metrico estimativo quantifica una somma superiore a € 150.000 non si procede mediante affidamento diretto ma si utilizza lo strumento della procedura negoziata mediante invito rivolto a n. 5 o n. 10 operatori economici presenti nell'Albo regionale Empulia.	Area Gestione Tecnica					
Se il computo metrico estimativo è inferiore a € 150.000, si procede mediante la valutazione della congruità economica dell'offerta rispetto al computo metrico estimativo, richiesta sconto sull'offerta e stipula del contratto. Rispetto del principio di rotazione negli affidamenti diretti	Rup - Area Gestione Tecnica					
Verifiche ex art. 80 sull'operatore economico e relative al DURC	Rup - Area Gestione Tecnica					
Autorizzazione da parte del Rup all'affidamento. Atto di affidamento a firma del Dirigente	Rup - Dirigente Area Gestione Tecnica					

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Bandi di concorso per assunzioni a tempo indeterminato (ordinarie)	Piano delle assunzioni/richesta di fabbisogno	Delibera presa d'atto graduatoria	parzialmente	20	U.O.S.V.D. Assunzioni/Mobilità/Concorsi/Personale Convenzionato	12

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Le procedure di reclutamento del personale sono avviate in esecuzione a quanto indicato dal Piano delle assunzioni in cui sono specificati il numero e la modalità di copertura dei posti	Direzione - U.O.S.V.D. Assunzioni/Mobilità/Concorsi/Personale Convenzionato					
Le procedure di reclutamento possono essere avviate anche su proposta dei direttori di dipartimento o di U.O.C. per esigenze non programmabili (es: in caso di dimissioni). La richiesta deve essere corredata da visto autorizzativo della Direzione.	Direttori di dipartimento o di U.O.C - Direzione		La mancata adozione di regolamento interno sulle procedure di reclutamento del personale potrebbe essere un fattore abilitante di atteggiamenti corruttivi, in quanto la mancata definizione formale di regole standardizzate e condivise potrebbe lasciare troppa discrezionalità ai soggetti coinvolti nello svolgimento delle proprie funzioni	Calendarizzazione di incontri con le parti coinvolte per addvenire alla stesura del regolamento aziendale sulle procedure di reclutamento del personale	Condivisione entro il 31/06/2023 con il RPCT della calendarizzazione degli incontri	
La UOSVD verifica l'appropriatezza della richiesta, la sostenibilità dell'impegno economico e effettua controllo con quanto programmato nel Piano del fabbisogno. Nei casi di richiesta di reclutamento di profili tecnici o con specializzazioni specifiche, l'ufficio richiede all'unità richiedente una relazione per dettagliare la richiesta e le sue motivazioni	U.O.S.V.D. Assunzioni/Mobilità/Concorsi/Personale Convenzionato		Le richieste di reclutamento del personale possono essere inoltrate alla UOSVD con diverse modalità. Tale circostanza potrebbe determinare una perdita di informazioni e la conseguente mancanza di tracciabilità del processo	Nel nuovo regolamento sarà indicata la modalità di formazione delle richieste da parte dei direttori, allo scopo di garantirne la tracciabilità (es: tramite casella elettronica dedicata e con l'utilizzo di apposito modulo per la raccolta delle informazioni necessarie)	Comunicazione entro il 31/12/2023 al RPCT dello stato di avanzamento lavori finalizzati all'adozione del nuovo regolamento	
La UOSVD effettua l'istruttoria e redige il bando di concorso. Quest'ultimo è inviato per un consulto alla società esterna di consulenza della ASL BAT	U.O.S.V.D. Assunzioni/Mobilità/Concorsi/Personale Convenzionato					
Una volta redatto il bando e i suoi allegati, esso è trasmesso alla Direzione che lo adotta con atto deliberativo	Direzione					
Gli atti sono sottoposti alle pubblicazioni previste dalle norme: pubblicazione in gazzetta, bollettino, sito web aziendale e Amministrazione Trasparente	U.O.S.V.D. Assunzioni/Mobilità/Concorsi/Personale Convenzionato					
Gli atti sono inviati alla società esterna fornitrice del portale per la gestione della procedura. La società elabora il portale affinché rilevi i dati indicati nel bando (es: dati anagrafici). I candidati interessati alla partecipazione alla procedura devono accedere al portale tramite SPID (che garantisce l'autenticazione automatica) e compilano i campi previsti.	U.O.S.V.D. Assunzioni/Mobilità/Concorsi/Personale Convenzionato - Società esterna					
Una volta scaduti i termini per l'invio delle richieste di partecipazione, è fatta richiesta alla società esterna di abilitare un soggetto dell'UOSVD a visualizzare le domande pervenute. Ottenute le credenziali di accesso, l'operatore abilitato accede alla piattaforma tramite SPID e da questo momento può verificare ogni fase della procedura	U.O.S.V.D. Assunzioni/Mobilità/Concorsi/Personale Convenzionato - Società esterna					

La nomina dei componenti della commissione esaminatrice per bandi di concorso per la dirigenza avviene tramite sorteggio. La data e il luogo della seduta di sorteggio sono specificate nel bando di concorso e pubblicate tramite avviso, pubblicato almeno 7 giorni prima all'albo pretorio. I componenti (titolari e 2 o tre sostituti) sono sorteggiati tra i direttori di struttura complessa della Regione Puglia (elenco minimo di 10 persone). Il presidente è nominato dal Direttore Generale ed è generalmente individuato nel direttore della struttura complessa in cui verrà allocata la risorsa	Direttore Generale - Commissione di sorteggio	15 giorni	L'estrazione dei nominativi è effettuata, quando si tratti di elenco scarno, attraverso l'utilizzo di biglietti cartacei. In caso di elenchi corposi, i nominativi sono individuati attraverso un sistema informatico di generatore di numeri. Al sistema è fornito un range numerico corrispondente al numero di componenti dell'elenco. Il sistema non consente però di tracciare le estrazioni, il che potrebbe permettere la manomissione delle stesse, al fine di ottenere una nomina pilotata	Richiesta di consulenza ai sistemi informatici per la ricerca di un generatore informatico di numeri per l'estrazione casuale dall'elenco di nominativi, in grado di assicurare tracciabilità delle estrazioni	Comunicazione entro il 31/12/2023 al RPCT dell'esito della consulenza
Il Presidente della Commissione esaminatrice per il comparto è individuato tra i dirigenti del settore del profilo ricercato. I componenti sono sorteggiati tra i dipendenti della ASL attraverso un elenco estratto dal sistema Edotto. Un componente è nominato dal Direttore Generale e uno è designato dal Collegio di Direzione	Direttore Generale - Collegio di Direzione				
La commissione si insedia rilasciando apposita dichiarazione di incompatibilità, definisce i criteri di valutazione e da inizio alle verifiche della documentazione dei candidati. I criteri di valutazione sono inseriti all'interno di un'apposita griglia, inoltrata alla società di gestione del portale affinché associ la griglia ad ogni candidato ammesso. La commissione stabilisce anche le date delle prove (scritta, pratica e orale)	Commissione esaminatrice				
Per ogni seduta della commissione è redatto un verbale	Commissione esaminatrice				
Le tracce della prova scritta sono contenute in buste chiuse e sono sorteggiate all'inizio della seduta. Dopo l'espletamento della prova scritta la commissione si riunisce per correggere e ad assegnare il punteggio agli elaborati che si presentano in busta chiusa ed anonima. Solo a seguito di valutazione i punteggi sono associati ad ogni candidato	Commissione esaminatrice				
I candidati che superano la prima prova, sono ammessi alla successiva prova pratica (es: proiezione di risonanza e redazione del referto, redazione di un atto amministrativo o di verbale di collaudo, a seconda del profilo ricercato). La prova pratica è spesso espletata in modalità scritta, dunque la correzione avviene in forma anonima. Solo a seguito di valutazione i punteggi sono associati ad ogni candidato	Commissione esaminatrice				
I candidati ammessi alla prova orale sono esaminati all'interno di un'aula pubblica. I quesiti sono chiusi in buste anonime in numero superiore almeno di un'unità al numero di candidati presenti. I quesiti sono sorteggiati secondo un criterio alfabetico	Commissione esaminatrice				
La commissione si riunisce per la somma dei punteggi e la redazione della graduatoria. Tutti gli atti redatti dalla commissione sono trasmessi alla Direzione Generale	Commissione esaminatrice				
Delibera di presa d'atto della graduatoria a firma del Direttore Generale. La definizione delle assunzioni (contratto) è delegata al dirigente dell'Unità operativa in cui sarà allocata la risorsa	Direttore Generale	Dalla prova scritta 6 mesi. Dalla pubblicazione sul bollettino circa due mesi per riceverne le domande			

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
Conferimento incarichi ad avvocati esterni	notifica atto giudiziario	liquidazione professionista	parzialmente	variabile	Struttura Burocratica Legale (SBL)	5

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Notifica dell'atto giudiziario						
Gli atti giudiziari sono inviati al Protocollo dove vengono protocollati in entrata e fascicolati. Il fascicolo è consegnato alla Struttura Burocratica Legale	Protocollo					
L'atto giudiziario e i dati essenziali della controversia sono registrati su un file digitale ad utilizzo della Struttura Burocratica Legale e aggiornato periodicamente	Struttura Burocratica Legale					
Il Dirigente avvocato studia l'atto notificato per approfondire la controversia e decide se procedere di persona o se proporre alla Direzione Generale di affidare l'incarico ad avvocato esterno	Dirigente avvocato					
Il Dirigente avvocato può proporre una nomina esterna nel caso in cui si verificano casi di incompatibilità, nel caso di continuità strategico difensiva (se si tratta di secondo grado di giudizio) oppure per sovraccarico lavorativo	Dirigente avvocato		Prima della nomina del Dirigente della Struttura quasi tutti gli incarichi erano conferiti all'esterno. Come conseguenza della nomina, la Struttura si è posta l'obiettivo di una costante riduzione degli incarichi conferiti a professionisti esterni	Confronto annuale tra gli incarichi esterni conferiti nell'anno corrente e quelli conferiti nell'anno precedente per verificare il raggiungimento dell'obiettivo	Condivisione entro il 31.12.2023 con il RPCT dei risultati della verifica	
La Direzione Generale consulta l'albo aziendale tenendo conto degli ambiti di specialità dichiarati dai professionisti e indica l'avvocato esterno a cui affidare l'incarico	Direzione Generale		L'Albo aziendale per il conferimento di incarichi di patrocinio legale è stato costituito a seguito di Avviso pubblico del 30/11/2017. Nonostante l'elenco venga periodicamente aggiornato con le richieste pervenute, si ritiene opportuno aggiornare l'albo tramite apposito Avviso pubblico	Aggiornamento dell'albo entro il 31.12.2023	Comunicazione tempestiva al RPCT dell'avvenuto aggiornamento dell'albo	
La Direzione, salvo diverse e motivate ragioni di strategia processuale (esposte nell'atto di conferimento incarico), nomina il professionista esterno nel rispetto del principio di rotazione degli incarichi	Direzione Generale					
La Direzione contatta l'avvocato individuato e stabilisce l'importo del compenso tenendo conto dei parametri determinati dalla legge e dell'importo totale del giudizio	Direzione Generale					
L'avvocato inoltra dichiarazione di accettazione incarico e dichiarazione di assenza conflitto di interesse	Professionista esterno		Le dichiarazioni utilizzate necessitano di aggiornamento	Aggiornamento delle dichiarazioni entro il 31.12.2023	Condivisione tempestiva con il RPCT delle dichiarazioni adottate	
La procura è affidata con delibera di conferimento incarico a firma del Direttore Generale. La Direzione Generale notifica alla SBL l'affidamento dell'incarico affinché possa procedere con gli adempimenti di competenza	Direzione Generale					
Se necessario la SBL trasmette con nota protocollata l'atto giudiziario alla struttura interna eventualmente coinvolta nel contenzioso chiedendo di relazionare sull'accaduto	Struttura Burocratica Legale - Struttura interna coinvolta					
Nella richiesta viene indicato il termine entro il quale la Struttura è tenuta a dare riscontro. Tale termine tiene in considerazione le tempistiche necessarie affinché il professionista nominato possa costituirsi in giudizio	Struttura Burocratica Legale	Entro i termini necessari per la costituzione in giudizio				

Le informazioni ricevute consentono di completare l'istruttoria che verrà consegnata, insieme all'atto giudiziario notificato, all'avvocato incaricato	Struttura Burocratica Legale				
Gli avvocati sono tenuti ad aggiornare periodicamente l'azienda sull'andamento della controversia e condividere gli atti eventualmente prodotti	Professionista esterno - Struttura Burocratica Legale				
La SBL aggiorna il file relativo al contenzioso con le informazioni ricevute. I documenti sono archiviati nel fascicolo cartaceo del contenzioso	Struttura Burocratica Legale		La documentazione è conservata in archivi cartacei. Tale circostanza potrebbe costituire un fattore abilitante di fenomeni corruttivi in quanto non favorisce la tracciabilità dei processi	L'Azienda ha affidato a ditta esterna la dematerializzazione della documentazione cartacea della ASL	Aggiornamento annuale al RPCT sull'andamento dei lavori
Conclusa l'attività del professionista, la Struttura Burocratica Legale, previa verifica della congruità della proposta di compenso originaria e dell'effettiva attività svolta, provvede al pagamento del compenso.	Struttura Burocratica Legale				

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Convenzionamento delle strutture	Elenco regionale	contratto di convenzione	parzialmente	20	U.O.S.V.D. Servizi Sociosanitari	2

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
La Regione rilascia l'elenco di strutture da convenzionare definendo gli indirizzi per la contrattualizzazione e la ripartizione dei fondi (ripartiti in base alla capacità delle strutture)	Regione Puglia					
Le strutture segnalate dalla Regione sono tenute a consegnare entro termini stabiliti, all'U.O.S.V.D. Servizi Sociosanitari i documenti relativi all'accreditamento che attestino il possesso dei requisiti autorizzativi	Strutture richiedenti					
Una volta effettuata verifica formale della documentazione, l'U.O.S.V.D. Servizi Sociosanitari effettua proposta di contrattualizzazione.	U.O.S.V.D. Servizi Sociosanitari					
La Direzione Generale adotta delibera di convenzionamento e approva lo schema di contratto	Direzione Generale					
Le parti sono convocate e il contratto è sottoscritto dalla struttura e dalla Direzione Generale	Direzione Generale - struttura richiedente					

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Erogazione ausili protesici	Richiesta di ausilio protesico	Liquidazione	parzialmente	mille	Distretto n.3 – Servizio protesi	5

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
L'assistito consegna all'Ufficio protesico la richiesta scritta, la certificazione di invalidità e il piano terapeutico-riabilitativo	Assistito - Medico prescrittore					
L'Ufficio si occupa dell'istruttoria e della verifica formale della titolarità del diritto	Servizio protesi		L'archiviazione dei fascicoli relativi alle richieste di ausili protesici è cartaceo. La mancanza di un archivio digitale espone l'ufficio a rischi corruttivi, in quanto l'archiviazione cartacea potrebbe essere più semplice da manipolare e più difficile da tracciare. L'utilizzo di uno strumento di archiviazione digitale consentirebbe maggiore condivisione e tracciabilità dei processi, responsabilizzando ulteriormente gli addetti nello svolgimento delle loro funzioni	Individuazione di uno strumento digitale di archiviazione per la fascicolazione delle richieste di ausilio protesico, condiviso tra tutti gli addetti coinvolti	Comunicazione entro il 31/12/2023 al RPCT dell'avvenuta predisposizione dell'archivio digitale	
Il medico autorizzatore effettua la verifica sanitaria e emette provvedimento sanitario di autorizzazione	Medico autorizzatore		In caso di rinnovo degli ausili, il medico prescrittore è chiamato ad attestare, con relazione che ne espliciti la motivazione, l'inadeguatezza dell'ausilio in uso e la necessità del rinnovo. Il medico prescrittore potrebbe superficialmente attestarne la vetustà o limitarsi a recepire le valutazioni fornite da qualche privato (potenzialmente interessato alla vendita di nuovi ausili)	Collaborazione con un tecnico ortopedico imparziale al fine di assicurare la massima indipendenza al medico del Distretto incaricato di autorizzare la sostituzione degli ausili nei casi di vetustà/irreparabilità	Comunicazione tempestiva entro il 31/12/2023 dei nominativi dei tecnici individuati tra i dipendenti ASL per svolgere il ruolo di consulenza	
Valutazione amministrativa: tenendo in considerazione le caratteristiche del bene da fornire, dell'urgenza della richiesta e dall'eventuale infungibilità del prodotto, viene deciso il tipo di procedura di acquisto da utilizzare. Gli acquisti ricorrenti sono gestiti dall'Ufficio Acquisti Patrimonio	Dirigente amministrativo		Le caratteristiche del bene da acquistare e l'eventuale carattere di urgenza, potrebbero essere elementi utilizzati per giustificare l'affidamento ripetuto agli stessi fornitori, non garantendo la più ampia partecipazione possibile degli operatori economici presenti sul mercato	Sensibilizzazione, attraverso momenti di formazione rivolti ai dipendenti e ai prescrittori iniziali interessati all'iniziativa, sull'importanza di conoscere il mercato e assicurare la più ampia rotazione dei fornitori, nonché sul rispetto del codice di comportamento ai dipendenti coinvolti	Comunicazione tempestiva entro il 31/12/2023 al RPCT delle modalità scelte per la somministrazione della formazione	
Nel caso di ausilio fungibile è avviato un subprocedimento con indagine di mercato.	Dirigente amministrativo - Direttore Distretto					
Ordine del prodotto	Dirigente amministrativo - Direttore Distretto	Entro 20 giorni				

Collaudo del prodotto per accertarne la conformità al piano terapeutico	Medico che ha redatto il piano terapeutico				
Ricezione e verifica della fattura e conseguente liquidazione della stessa	Ufficio liquidazione				

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
Esecuzione del contratto	verifica in corso di esecuzione	liquidazione/messa in mora/recesso o contratto	parzialmente	variabile	DEC - Area Patrimonio	Variabile

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Le attività inerenti l'esecuzione dei contratti sono di competenza del Direttore dell'Esecuzione del contratto (DEC), nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore d'Area Gestione del Patrimonio con il provvedimento di aggiudicazione della procedura	DG - Direttore Area Gestione Patrimonio					
Il DEC provvede al controllo tecnico-contabile dell'esecuzione del contratto, assicurando la regolare esecuzione da parte dell'esecutore, in conformità ai documenti contrattuali. A tal fine, provvede a compilare la modulistica per la rendicontazione delle forniture e dei servizi ricevuti	DEC	Mensilmente, per tutta la durata del contratto				
Secondo quanto disposto da regolamento interno (Del. n.1199 del 01/07/2019), per contratti di particolare complessità, la Direzione Strategica può procedere a nominare, su proposta del DEC, degli assistenti del DEC, che lo supportano attraverso la regolare e puntuale verifica della esecuzione del contratto	Direzione Strategica - DEC					
Nel caso di contenzioso, il DEC riferisce tempestivamente al RUP e invita l'appaltatore ad adempiere correttamente agli obblighi assunti. Qualora l'inadempimento persista, il DEC segnala al RUP, previa contestazione formale con verbale in contraddittorio, l'inadempimento affinché possa essere messo in mora il fornitore. Qualora l'inadempimento sia tale per cui il DEC ritenga opportuno il recesso dal contratto, egli formulerà proposta al RUP, accompagnandola da adeguata motivazione	DEC - RUP					
Nel caso in cui le verifiche del DEC e delle attestazioni degli assistenti da parte del DEC, diano esito positivo, il DEC rilascia attestazione di regolare servizio della fornitura	Assistenti al DEC - DEC		Le verifiche mensili, viste le dimensioni della struttura dell'ASL BAT e il numero di contratti seguiti dai DEC, possono non essere sufficienti ad accertare la regolare esecuzione dei servizi anche in termini qualitativi. Tale circostanza potrebbe esporre l'Azienda a pericoli corruttivi	L'ASL BAT ha già previsto per l'anno 2023 l'introduzione di una nuova misura di controllo delle verifiche di regolare esecuzione dei servizi: i DEC saranno chiamati ad effettuare verifiche trimestrali a campione, in contraddittorio con il fornitore e in corso di esecuzione di contratto, atte a verificare il servizio sia dal punto di vista formale che qualitativo. Il DEC rilascerà apposito verbale di verifica	Trasmissione al UCG E AL RPCT, a cura dell'Area Gestione del Patrimonio, di un report attestante gli esiti delle verifiche effettuate dai DEC.	
Il DEC invia l'attestazione al soggetto liquidatore e all'Ufficio Patrimonio (certificatori della regolare esecuzione dell'attività svolta dal DEC)	DEC - Ufficio Patrimonio					
Il soggetto liquidatore procede a liquidare la prestazione	Soggetto liquidatore					

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Gestione lista di attesa - U.O.C. Chirurgia Generale	Visita al paziente	Cancellazione del paziente dalla lista	parzialmente	variabile	U.O.C. Chirurgia Generale - P.O. Barletta	4

as is					
attività	Responsabilità	tempi esecuzione e medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio
Il paziente è visitato in sede ambulatoriale (in reparto, in intra moenia o in pronto soccorso). Valutato il paziente dal punto di vista clinico, il medico lo inserisce nel sistema informatico regionale Edotto con un codice di priorità da A (intervento da effettuare entro 30 giorni), B (entro 60), C (entro 6 mesi) e D (entro un anno). Al paziente viene dunque comunicata la data dell'intervento	Medico				
Durante il periodo emergenziale legato alla pandemia globale, lo smaltimento delle liste di attesa è rallentato. Al fine di raggiungere l'obiettivo di azzeramento delle liste, i pazienti inseriti fino al 31/12/2021, sono contattati telefonicamente ogni giorno per verificare se persista ancora la volontà di essere operati	Addetti U.O.C. Chirurgia Generale		Lo smaltimento della lista di attesa dipende anche dalla disponibilità degli strumenti clinici. Solo l'area patrimonio gestisce le gare ed è sommersa dalle richieste provenienti dai diversi reparti, quindi si riscontrano ritardi di fornitura e difficoltà a reperire device validi dal punto di vista tecnico	Individuare un responsabile unico tra i Direttori di UOC Chirurgia Generale per la valutazione ed invio di richiesta di acquisto all'area Patrimonio	Comunicazione entro il 31/12/2023 al RPCT del responsabile individuato
			Manca una misura di monitoraggio per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale	Invio periodico alla Direzione Generale e al Controllo di Gestione di una relazione riportante i dati relativi agli interventi smaltiti e a quelli ancora da effettuare.	Comunicazione entro il 31/12/2023 al RPCT dell'inserimento della prassi
I nominativi dei pazienti vengono cancellati dal sistema "Edotto" una volta che l'intervento è stato effettuato, ma anche quando i pazienti rifiutano l'operazione.	Addetti U.O.C. Chirurgia Generale				
Potrebbe essere necessario modificare l'ordine di prenotazione se un paziente inserito in lista di attesa presenta un aggravamento improvviso della situazione dal punto di vista clinico e si riscontra la necessità di operarlo urgentemente. Al contrario potrebbe accadere, ad ulteriore controllo in fase di pre-ricovero che la classe di priorità risulti errata (più urgente della reale necessità) a causa di una non precisa valutazione al momento della visita	Medico		Il mancato rispetto della previsione a causa di sopravvenute emergenze è giustificato, tuttavia non è esclusa la possibilità che il calendario venga alterato per favorire un paziente al fine di ottenere benefici personali	Al fine di uniformare le procedure, la Chirurgia Generale potrebbe inserire una misura di contenimento del rischio già applicato da altre UOC della ASL. Esse utilizzano un modulo apposito per riscontrare l'urgenza, da inserire nella cartella del paziente una volta sottoposto ad autorizzazione del primario. In questa maniera si garantisce tacciabilità del processo	Invio al RPCT entro il 31/12/2023 del modulo adottato
			Un numero alto di valutazioni errate, con conseguente ingiusta priorità nella prenotazione dell'emergenza, potrebbe essere il segnale di atteggiamenti di tipo corruttivo	Segnalazione al primario dei casi di incorretta valutazione della classe di priorità, affinché possa effettuare verifiche semestrali del fenomeno	Comunicazione entro il 31/12/2022 al RPCT dell'inserimento della prassi

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
Gestione pazienti in lista di attesa	visita del paziente in ambulatorio pubblico o privato	individuazione del paziente da sottoporre ad operazione	si	Min. 4 / Max. 7 sedute a settimana	U.O.C. Ortopedia - P.O. Andria	9 medici

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
I pazienti entrano in contatto con l'U.O.C. Ortopedia di Andria a seguito di una visita medica in ambulatorio (pubblico o privato).	Medici dell'ambulatorio (pubblico o privato)					
I medici di tali ambulatori, riscontrata l'esigenza di effettuare un'operazione, inseriscono i nominativi dei pazienti in un'apposita piattaforma regionale denominata "Edotto", attribuendo loro un grado di priorità in base all'urgenza (A-B-C-D)	Medici dell'ambulatorio (pubblico o privato)					
Sulla base delle disponibilità ambulatoriali definite dalla Direzione Sanitaria, il primario elabora la lista d'attesa mensile rispettando due criteri: il grado di priorità ed il fattore cronologico (verificabile dalla data di inserimento del nominativo del paziente nel sistema "Edotto"). L'Equipe contatta i pazienti seguendo tale elenco.	Direzione Sanitaria / Equipe Medica / Primario					
La previsione mensile è inviata da un addetto dell'equipe medica alla Direzione Sanitaria e al controllo di gestione.	Primario – Delegato dell'equipe medica	Una volta al mese				
E' possibile derogare all'ordine previsto dalla lista elaborata dal primario in casi di particolare urgenza (es. aggravamento improvviso di un altro paziente), ma in questo caso è necessario compilare un apposito modulo che motivi tale deroga. Il modulo deve essere firmato dal primario, che in questo modo fornisce la sua autorizzazione, e deve essere inserito nella cartella del paziente.	Medici – Primario		Può accadere che la previsione mensile non venga rispettata per sopravvenute emergenze. Tale circostanza non esclude la possibilità che il calendario venga alterato per favorire un paziente al fine di ottenere benefici personali	Comunicare nella previsione del mese successivo le eventuali deroghe avvenute al prospetto del mese precedente, motivandole e/o allegando il modulo di urgenza	Comunicare al RPCT entro il 31-12-2023 la data in cui si inizia ad attuare la misura di contenimento	
I pazienti vengono richiamati periodicamente al fine di verificare che siano ancora in attesa di effettuare l'intervento e che non lo abbiano effettuato presso altre strutture.	Delegato dell'equipe medica					
I nominativi vengono cancellati dal sistema "Edotto" una volta che l'intervento è stato effettuato, ma anche quando i pazienti rifiutano l'operazione.	Delegato dell'equipe medica					
Al fine di raggiungere l'obiettivo 2022 di smaltimento delle liste di attesa accumulate durante la pandemia mondiale, ASL BAT ha implementato una misura di monitoraggio sullo stato di avanzamento dei lavori: i primari sono chiamati ad inviare periodicamente alla Direzione Generale e al Controllo di Gestione una relazione riportante i dati relativi agli interventi smaltiti e a quelli ancora da effettuare.	Medico prescelto dalla Direzione Generale					

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Gestione terapia chirurgica dei tumori della mammella	Prenotazione	Intervento	si	Variabile - un centinaio di interventi l'anno	U.O.S.V.D. Chirurgia della Mammella - P.O. BARLETTA	1

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
La paziente può effettuare visita ambulatoriale di Chirurgia Senologica c/o l'ambulatorio di Chirurgia della mammella, che si tiene una volta a settimana c/o l'ambulatorio di Chirurgia Generale, con richiesta del Medico curante tramite prenotazione al CUP (Centro Unico di Prenotazioni), o tramite visita in ALPI. La stessa paziente può essere inviata a tale visita dalla Unità Operativa di Radiologia Senologica dopo aver effettuato Mammografia ed Ecografia mammaria per il riscontro di nodulo mammario sospetto al fine di effettuare Agobiopsia del nodulo che ci fornirà una corretta diagnosi istopatologica.	UOSVD Chirurgia della mammella- Radiologia Senologica.					
Se dalla visita chirurgica e dagli esami strumentali risulta che il nodulo è di natura benigna, la paziente può essere avviata ad intervento chirurgico di asportazione del nodulo in regime di Day Service. Se l'esame istologico definitivo del nodulo asportato confermerà la natura benigna alla paziente verrà consigliato di effettuare controlli clinico diagnostici periodicamente.	UOSVD Chirurgia della mammella					
Se risulterà che il nodulo è di natura maligna, cioè se si tratta di carcinoma mammario, il caso clinico di questa paziente sarà discusso in sede di BREAST UNIT della ASL (team di medici specialisti che si occupano di carcinoma mammario e si riuniscono una volta a settimana). Dalla discussione potranno emergere le seguenti decisioni: a) invio della paziente al chirurgo senologo per l'intervento chirurgico, b) invio della paziente all'oncologo per chemioterapia neoadiuvante e successivo intervento chirurgico.	Breast Unit					
La paziente viene inviata al chirurgo senologo dopo completamento degli esami di stadiazione per effettuare l'intervento chirurgico in regime di ricovero ordinario c/o il reparto di Chirurgia Generale. Dopo l'intervento chirurgico la paziente effettuerà le medicazioni c/o l'ambulatorio di Chirurgia della mammella fino a guarigione chirurgica.	UOSVD Chirurgia della mammella					
All'arrivo dell'esame istologico definitivo lo stesso caso clinico verrà ridiscusso nell'ambito del team multispecialistico della BREAST UNIT, per la decisione del tipo di terapia medica oncologica e/o radioterapica che la paziente dovrà effettuare nel post-intervento chirurgico ed i successivi controlli periodici di follow-up.	Breast Unit					

<i>Descrizione processo</i>	<i>input</i>	<i>output</i>	<i>attività vincolata</i>	<i>n. processi/anno</i>	<i>Struttura competente</i>	<i>n. addetti</i>
Liquidazione fatture strutture convenzionate	Emissione fattura	liquidazione fattura	parzialmente	3-4mila	U.O.S.V.D. Servizi Sociosanitari	5

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Le strutture eseguono le prestazioni per quanto stabilito nei contratti di convenzione con la ASL	Strutture convenzionate					
Per ogni paziente che usufruisce di prestazioni sanitarie (di tipo residenziale, domiciliari, ambulatoriali e semi residenziali), la struttura trasmette alla ASL il piano terapeutico, l'elenco delle prestazioni effettuate e la relativa fattura	Strutture convenzionate					
La comunicazione di avvenuta prestazione è trasmessa tramite email e protocollata in ingresso. I documenti sono siglati dal direttore di dipartimento	Strutture convenzionate - Direttore dipartimento					
L'U.O.S.V.D. Servizi Sociosanitari verifica la corrispondenza tra quanto stabilito dall'ordine e quanto dichiarato nell'elenco delle prestazioni inviato dalla struttura	U.O.S.V.D. Servizi Sociosanitari					
Concluse le verifiche, la fattura viene liquidata	U.O.S.V.D. Servizi Sociosanitari	entro 30 giorni dall'invio della fattura				

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
Pagamento fornitori	Elenco fatture liquidate e pagabili	Pagamento	si	variabile	Area Gestione Risorse Economia e Finanze	4

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
I centri liquidatori, una volta effettuati i controlli di competenza sulla regolarità della fattura e sull'evasione dell'ordine, inviano all'AGREF l'elenco mensile delle fatture liquidate	Centri liquidatori					
L'elenco è inviato tramite il software interno in uso. Gli addetti dell'AGREF hanno accesso al software e possono visualizzare l'elenco, ma solo i soggetti autorizzati possono gestire l'operazione relativa al pagamento. Il software permette di tracciare le attività svolte sia per quanto riguarda l'utente che per le tempistiche di svolgimento	Operatori AGREF					
L'elenco riporta le fatture liquidate, l'importo del pagamento, i dati del fornitore e la scadenza della fattura						
Le fatture presenti nell'elenco sono pagate in ordine cronologico di arrivo	Operatori AGREF	7 gg				
Il software è in grado di rilevare eventuali criticità e di bloccare il pagamento, ad esempio nel caso in cui il DURC fosse scaduto						
Nel caso in cui la disponibilità di cassa non fosse sufficiente a effettuare tutti i pagamenti del mese, viene data priorità ai pagamenti ritenuti essenziali sulla base di criteri condivisi tra gli addetti dell'AGREF	Operatori AGREF					
L'attività è monitorata mensilmente al fine di effettuare una valutazione sulla disponibilità di cassa e l'importo totale dei pagamenti da effettuare	Operatori AGREF		In caso di indisponibilità di cassa, gli operatori potrebbero pagare una fattura non considerata necessaria secondo i criteri condivisi, favorendo un determinato fornitore per ottenere vantaggi personali	Definizione e programmazione in sede di monitoraggio mensile dei pagamenti da effettuare senza rispettare l'ordine cronologico di arrivo delle fatture, nei casi di indisponibilità di cassa	Comunicazione tempestiva al RPCT dell'inserimento della nuova prassi	
Ogni mese l'operatore che effettua i mandati invia tramite email al Direttore di area un report riepilogativo delle fatture liquidate e pagate, con la segnalazione di quelle eventualmente non pagate per mancanza di disponibilità di cassa	Operatore AGREF		In caso di indisponibilità di cassa, gli operatori potrebbero pagare una fattura non considerata necessaria secondo i criteri condivisi, favorendo un determinato fornitore per ottenere vantaggi personali	Verifica semestrale dei report ricevuti isolando le mensilità in cui i pagamenti sono stati ritardati per indisponibilità di cassa, al fine di verificare che vengano rispettati i criteri di scelta di pagamento e monitorare il fenomeno	Comunicazione tempestiva al RPCT nel caso in cui non fosse stata rispettata la programmazione derivante dal monitoraggio mensile	
Vengono inoltre effettuati monitoraggi trimestrali condivisi con il controllo di gestione per verificare il perseguimento degli obiettivi aziendali	Direttore di Area					

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
Predisposizione del Piano Triennale della Performance	Riepilogo del risultato dell'anno precedente	Piano triennale della Performance	si	1	Controllo di gestione	5

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET: Entro la fine di ciascun anno / primi mesi dell'anno di riferimento, Il controllo di gestione avvia una interlocuzione con la Direzione Strategica e tutte le Unità Operative Complesse e a Valenza Dipartimentale per definire gli obiettivi annuali di Performance Organizzativa e Individuale. Tale attività porta alla definizione di una bozza di obiettivi che viene sottoposta alla Direzione Strategica per eventuali correttivi e/o integrazioni. Si precisa che gli obiettivi di budget definiti, tengono conto degli indirizzi derivanti da indicazioni Regionali e/o Nazionali e delle risultanze di performance dell'anno precedente	Controllo di Gestione - Direzione Strategica					
CONTRATTAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET: Successivamente alla definizione degli obiettivi, entro i primi mesi dell'anno di riferimento, Il controllo di gestione e la Direzione Strategica programmano un incontro con i Direttori di Dipartimento per la contrattazione degli obiettivi di budget. Successivamente a tale contrattazione, Il controllo di gestione e la Direzione Strategica incontrano ciascun responsabile di U.O. per illustrarne i contenuti e valutare eventuali criticità esistenti.	Controllo di Gestione - Direzione Strategica – Direttori di Dipartimento					
ELABORAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE: Sulla scorta delle risultanze delle attività precedenti, si elabora entro i termini di approvazione del P.I.A.O., il Piano Triennale delle Performance nel quale dopo una analisi dei dati storici si definisce la programmazione del triennio successivo	Organo di indirizzo					
VERIFICA RISULTANZE PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: in corso d'anno e a chiusura d'anno, l'U.C.G. procede all'istruttoria finalizzata alla verifica dei risultati di budget raggiunti da ciascuna unità. Tale verifica viene effettuata con il supporto di varie strutture aziendali, ciascuna competente per settore (Es. Area Farmaceutica verifica gli obiettivi di spesa farmaceutica). Le risultanze di tali verifiche sono poi sottoposte all'O.I.V. che attesta l'effettivo grado di raggiungimento delle performance	Controllo di Gestione – Strutture aziendali	semestrale				
ELABORAZIONE DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLE PERFORMANCE: Si approva entro il 30 giugno di ciascun anno, e riporta le risultanze dell'anno precedente relativamente agli andamenti economici e agli obiettivi di performance organizzativa e individuale	Controllo di gestione	entro il 30 giugno 2022				
ATTIVITA' CONNESSE ALL'APPROVAZIONE DEL BILANCIO DI ESERCIZIO: Entro i termini di approvazione del suddetto documento, l'U.C.G. predisposto l'istruttoria per la definizione della RELAZIONE SULLA GESTIONE, e la predisposizione del modello LA e dei Conti Economici delle singole Macrostrutture. La Relazione sulla gestione e il modello LA sono firmati dal Direttore Generale	Controllo di Gestione					
Definizione del Modello ministeriale CP di rendicontazione dei costi sostenuti nei presidi ospedalieri aziendali, trasmesso ufficialmente entro il 30 settembre di ciascun anno	Controllo di Gestione	entro il 30 settembre				

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Procedure operative per la gestione delle prenotazioni CUP	Prenotazione dell'utente	Erogazione della prestazione	si	variabile	Ufficio R.U.L.A. - Responsabile Unico Liste di attesa	1 dipendenti ASL + 6 esterni per la gestione delle agende + 2 interni e 1 esterno dedicati al servizio di recall/remind

as is					
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio
L'utente può effettuare la prenotazione attraverso il portale della salute, tramite app PugliaSalute, call center oppure presso gli sportelli CUP presenti sul territorio (30 postazioni)	Utente				
Per quanto concerne le prenotazioni tramite sportello CUP, l'operatore comunica all'utente la prima data disponibile e la relativa struttura, consultando l'agenda in relazione alla classe di priorità indicata sulla ricetta. Infine registra nel sistema informativo del CUP l'accettazione o meno della prima disponibilità	Operatore sportello CUP				
L'attività di Front Office attraverso il call center è stata esternalizzata al fine di potenziare il servizio e consentire l'attività di prenotazione/cancellazione/modifica data appuntamento oltre all'attività di recall, finalizzata a ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione prenotata nonché a ricevere eventuali disdette alle prenotazioni. Ogni eventuale modifica dello stato di lista e ogni contatto con il paziente ha apposito riscontro nel registro informatizzato dove è anche tracciata l'identità di chi ha disposto la modifica	Operatore Call Center				
Al momento della prenotazione presso gli sportelli CUP vengono rilasciati al paziente: un promemoria con indicate data, ora, codice di priorità, tipo di agenda, sede di esecuzione della prestazione, l'informativa riguardo alle modalità di disdetta della prenotazione e le relative penali, le informazioni relative alle modalità di pagamento. Nel caso di prenotazioni online, l'utente può scaricare la documentazione attraverso il canale scelto. Nel caso di prenotazioni telefoniche, vengono fornite all'utente tutte le informazioni necessarie al buon esito della prenotazione	Operatore sportello CUP	Tempestivo			
L'ASL ha avviato una complessa attività finalizzata al recupero delle prestazioni non urgenti e riprogrammate a causa della pandemia da coronavirus, stabilendo tra le altre cose l'erogazione di prestazioni in fasce orarie ulteriori e/o diverse da quelle già programmate. Tali obiettivi sono espressi all'interno del Piano Aziendale per la riduzione delle Liste d'Attesa pubblicato sul sito istituzionale e aggiornato periodicamente	R.U.L.A				
L'attività di monitoraggio periodico è effettuata attraverso la reportistica estratta dai Sistemi Informativi aziendali che permette di analizzare i volumi complessivi, i tempi di attesa, la produttività aziendale. Eventuali disequilibri sono comunicati alla Direzione al fine di poter predisporre i correttivi opportuni	R.U.L.A				

La reportistica dei tempi di attesa è inviata con cadenza mensile, altre alle sei (6) settimane indice, con cadenza bimestrale alla Regione Puglia	R.U.L.A	mensile/bimestrale		
--	---------	--------------------	--	--

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Programmazione degli acquisti di beni e servizi	Raccolta fabbisogno	Delibera di approvazione	no	1	Area Gestione Patrimonio	4 + Rup di comparto

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
I contratti di Beni e servizi ordinari in scadenza sono rilevati tramite scadenziario per essere inseriti in programmazione	Area Gestione Patrimonio		La mancanza di un regolamento interno che definisca regole condivise per la gestione del processo, potrebbe essere fattore abilitante di fenomeni corruttivi, in quanto potrebbe implicare l'utilizzo di discrezionalità da parte degli attori coinvolti	Proceduralizzare il processo entro il 30/11/2023, all'esito di eventuali incontri calendarizzati con il RPCT e il Controllo di Gestione	Condivisione tempestiva con il RPCT della calendarizzazione degli incontri	
Raccolta del fabbisogno dei Distretti ASL: I direttori di struttura complessa inviano tramite email all'Area Gestione Patrimonio l'elenco dei fabbisogni di beni e servizi da inserire in programmazione.	Area Gestione Patrimonio					
L'Area Gestione Patrimonio valuta le richieste ricevute e le valida, proponendo l'approvazione del nuovo programma acquisti di beni e servizi della ASL	Area Gestione Patrimonio					
Delibera di approvazione del Piano e attuazione	Direzione					

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
Richiesta per l'acquisto di dispositivo medico	Invio richiesta	Notifica acquisto	no	Variabile	U.O.C. Ortopedia - P.O. Barletta	1

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione e medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Il direttore di U.O.C. raccogliendo l'esigenza della struttura, invia richiesta di acquisto all'amministrazione centrale	Direttore U.O.C.		Dal momento che tutti i Direttori di UOC possono inoltrare richiesta di fabbisogno senza una valutazione delle esigenze comuni alle altre strutture, l'Area Patrimonio riceve ed è costretta a valutare un numero consistente di richieste, fattore che rallenta e rende meno efficiente il suo lavoro	I direttori delle UOC di Ortopedia individuano una figura responsabile a valutare e veicolare le necessità delle strutture all'amministrazione centrale e all'Area Patrimonio	Comunicazione al RPCT entro il 31/12/2023 del responsabile individuato	
La richiesta, contenente le motivazioni del bisogno, è inoltrata su foglio intestato tramite email al Direttore Sanitario e per conoscenza all'Area Patrimonio	Direttore U.O.C.					
Il Direttore valuta la richiesta e invia autorizzazione all'Area Patrimonio incaricandola di occuparsi dello svolgimento della procedura di gara	Direttore Sanitario					
L'Area Patrimonio collabora con l'Ingegneria clinica per definire le caratteristiche tecniche del bene da acquisire. E' fatto divieto a chi ha fatto richiesta di acquisto di partecipare al collegio tecnico di valutazione del bene. L'Area Patrimonio sorteggia i componenti della Commissione tra i medici della ASL, escluso il richiedente	Area Patrimonio – Ingegneria clinica					
Il richiedente è messo a conoscenza dell'esito della procedura	Area Patrimonio					

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
Rilascio autorizzazioni ex art 53 D.lgs. 165/2001	Istanza	chiusura procedura anagrafe prestazioni	si	tra i 50 e 100 al mese	Area Gestione del Personale	2 - 1 funzionario e 1 Direttore

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Lo svolgimento di incarichi extraistituzionali da parte dei dipendenti della ASL presso soggetti pubblici o privati è disciplinato da Regolamento interno adottato con delibera n. <u>del _____</u> , pubblicato in Amministrazione Trasparente e condiviso con i dipendenti attraverso intranet aziendale			Nel corso del 2021 l'Azienda ha adottato un nuovo Codice di comportamento, dunque è necessario aggiornare il Regolamento per la disciplina degli incarichi extraistituzionali per recepire le disposizioni del nuovo Codice	Aggiornamento del regolamento per allinearli al Codice di comportamento adottato nel 2021	Comunicazione entro il 31/03/2023 al RPCT dell'adozione del nuovo Regolamento	
Il regolamento stabilisce quali attività e incarichi sono incompatibili con il rapporto di lavoro con l'ASL BAT						
Per tutti gli incarichi extraistituzionali retribuiti, i soggetti pubblici o privati che intendono conferire l'incarico devono presentare formale richiesta all'Azienda. In alternativa la richiesta può essere avanzata dal dipendente stesso allegando la richiesta di incarico del soggetto conferente	Dipendente ASL/Soggetto che intende conferire l'incarico					
L'istanza deve essere inoltrata 30 giorni prima dell'espletamento dell'attività per consentire agli uffici preposti di effettuare le verifiche di competenza e completare l'istruttoria	Dipendente ASL/Soggetto che intende conferire l'incarico	30 gg prima dello svolgimento dell'incarico				
L'ente non rilascia autorizzazioni in sanatoria, fatte salve particolari e motivate situazioni di natura eccezionale, valutate di volta in volta dall'Amministrazione						
Il soggetto richiedente deve compilare e consegnare al Protocollo Generale il modulo allegato al Regolamento	Dipendente ASL/Soggetto che intende conferire l'incarico					
La richiesta è inoltrata all'Area del Personale per gli adempimenti di competenza	Protocollo Generale					
Un collaboratore amministrativo dell'Area del Personale è incaricato di verificare la documentazione (e di attivare soccorso istruttorio se necessario), l'insussistenza di casi di incompatibilità e che l'attività non interferisca con il regolare svolgimento dei compiti istituzionali	Responsabile del procedimento		L'attività extraistituzionale non deve interferire con il regolare svolgimento di quella istituzionale e deve essere svolta al di fuori dell'orario di lavoro	Analisi a campione, in collaborazione con l'Ufficio Rilevazione presenze, per verificare che l'attività autorizzata sia stata svolta al di fuori dell'orario di lavoro	Comunicazione tempestiva al RPCT nel caso in cui dalla verifica emergano casi critici	
Se necessario il Responsabile del Procedimento può richiedere parere al RPCT, con nota protocollata, rispetto alla verifica preventiva del conflitto di interesse						
Il Responsabile del procedimento predisponde il provvedimento formale di autorizzazione o diniego e lo inoltra alla direzione dell'Area Gestione del Personale e alla Direzione Generale per l'approvazione	Direzione Area Gestione del Personale - Direzione Generale					

Il provvedimento approvato è consegnato al Responsabile del Procedimento che lo protocolla e lo inoltra al dipendente e al soggetto esterno che ha effettuato la richiesta	Responsabile del Procedimnto				
L'Area Gestione del Personale si occupa di denunciare l'incarico autorizzato all'anagrafe delle prestazioni	Area Gestione del Personale				
Il dipendente (o il soggetto richiedente l'incarico) è impegnato, a conclusione dell'attività, a comunicare con PEC al Protocollo Generale, la data e il compenso percepito. La comunicazione è inoltrata all'Area Gestione del Personale che aggiorna la procedura dell'anagrafe delle prestazioni	Dipendente ASL	tempestiva			
Nel regolamento interno vengono specificate quali attività sono soggette esclusivamente a comunicazione preventiva. In questo caso il richiedente non effettua richiesta di autorizzazione e non viene effettuata istruttoria da parte dell'Area Gestione del Personale					
L'estratto di tutti gli incarichi extraistituzionali autorizzati dall'Azienda è pubblicato periodicamente in Amministrazione Trasparente	Area Gestione del Personale	tri-quadrimestrale			

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
Erogazione prestazione esame endoscopico	Prenotazione esame	Erogazione prestazione/Rilascio referto	si - Regolamento interno	4500 / 5000	UOSVD Endoscopia Digestiva	15

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Il paziente, prima di recarsi c/o l'ambulatorio della U.O.V.S.D. , si sarà preoccupato di effettuare la prenotazione dell'esame nonchè avrà proceduto al pagamento dell'eventuale ticket (potrebbe presentarsi anche un paziente che è esente dal pagamento)	Paziente/Utente	1 gg				
All'arrivo del paziente c/o gli ambulatori, il medico che dovrà eseguire l'esame utilizzerà un apposito software su cui si loggerà con user id e password personale (N-Cup) tramite il quale caricherà a sistema i dati relativi all'utente (ricevuta di pagamento- l'impegnativa/n. di prenotazione)	Medico/Operatore	Immediato				
Dopo aver eseguito gli appositi controlli sul software ed aver ricevuto dal sistema stesso una conferma del pagamento, l'operatore procederà con l'esame prenotato	Medico/Operatore	Dipende dall'esame				
A seguito dell'erogazione della prestazione, l'operatore effettuerà a sistema (come indicato dal Regolamento interno) l'Attestazione dell'Erogazione: si attesta che il paziente ha ricevuto la prestazione poichè ha pagato il ticket/esenzione, ha prenotato la prestazione per il giorno X. Potrebbe verificarsi il caso di un paziente che ha prenotato la visita per un determinato giorno e per dichiarati/attestati problemi di urgenza o aggravarsi della patologia debba anticipare l'esame. In questi casi l'esame sarà anticipato previa dichiarazione da parte del medico curante. La fase descritta risulta essere del tutto informatizzata. L'utilizzo di User-id e Password assegnati ad ogni operatore coinvolti nel processo, traccia a sistema (N-Cup) ogni singola fase mitigando il verificarsi di rischi corruttivi .	Medico/Operatore	Pochi minuti				
Rilascio del referto : ogni operatore per emettere qualsivoglia referto deve accedere ad endox (Endox di Tesi Italia), sistema di gestione ed archiviazione dei referti, con ID e password: il sistema consente la completa tracciabilità, l'archiviazione dei dati sensibili, delle immagini, della diagnosi etc. Poichè le attività relative all'erogazione del servizio sono tutte informatizzate e tracciate grazie all'utilizzo di software aventi User-Id e Password, il verificarsi di un rischio corruttivo risulta già mitigato dalle risorse già utilizzate dai diversi responsabili coinvolti nel processo	Medico/Operatore	Pochi minuti				

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
Verifica ed appropriatezza delle prestazioni effettuate da erogatori privati	Campionamento delle prestazioni da verificare secondo normativa dgr 90/2019	Verbale di verifica	si		U.V.A.R.P. (Unità Valutazione Appropriata Ricoveri Prestazioni)	6

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
<p>Il presupposto che dà origine al processo in esame è la sottoscrizione di una convenzione con le strutture private. Da quest'ultima nasce un campionamento secondo normativa (le percentuali di servizi da verificare sono stabilite dalla legge (vedi gli ospedali) - una percentuale è casuale ed un'altra è discrezionale): la segreteria struttura il campionamento settimanale su apposito Portale Regionale che rappresenta lo strumento del Sistema Informativo Sanitario della Regione Puglia (EDOTTO). Qualora l'operatore inserisca dati errati, il Portale Informatico Regionale restituisce un errore e blocca l'operazione.</p> <p>In questa fase l'U.V.A.R.P. potrebbe avere una discrezionalità relativa alla tipologia di esame da verificare/valutare nell'ambito della Struttura privata individuata dal campionamento. Per mitigare la possibilità che si verifichi un rischio corruttivo (il rischio potrebbe essere riferito al voler controllare solo una tipologia di esame su cui la Struttura privata dimostra di aver eseguito la prestazione in maniera appropriata) il responsabile dell'Unità dispone che i controlli avvengano su tutte le prestazioni erogate/fatturate dalla Struttura privata nei primi 15 gg del mese (criterio cronologico), così facendo le verifiche andranno a riguardare tutte le prestazioni erogate dalla Struttura privata sottoposta a verifica.</p>	Segreteria UVARP					
Invio del Campionamento alla Struttura interessata dalla verifica per la fornitura della documentazione delle prestazioni campionate oppure verifica diretta se la documentazione è immediatamente reperibile	Segreteria UVARP / Dirigente medico UVARP					
Vengono nominati dei referenti x disciplina, ogni Dirigente medico ha una qualifica per disciplina. Le verifiche in campo sono eseguite sempre da due Dirigenti Medici. Le esperienze e le competenze tecniche maturate negli anni, non permettono la rotazione dei referenti per disciplina ma si applica la rotazione del personale che accompagnerà lo stesso referente: questo principio viene evidenziato dalle firme digitali del verbale.	Referenti Dir.Medici		Se la programmazione delle verifiche avviene su base settimanale/mensile, le strutture da controllare potrebbero essere informate della visita ispettiva e potrebbe rappresentarsi un rischio corruttivo per l'Ente	Informare il Dirigente Medico per disciplina ed i medici che lo aiuteranno nell'attività di controllo con una cadenza giornaliera. Qualora questo tipo di prassi sia già attuata e dimostrabile, il rischio indicato non sussiste, ne tantomeno la misura	Informare il RPCT dell'inserimento della misura	
Redazione ed invio del verbale provvisorio mezzo Pec alla Struttura esaminata. Il verbale prima di essere inviato viene opportunamente visionato dal Direttore della Struttura. Il verbale rimane tracciato anche all'interno del Sistema Sanitario della Regione Puglia	Referenti Dir.Medici					
Passati i 15 gg il verbale definitivo viene supervisionato dal Dir.Strutt. e, qualora siano state riscontrate delle anomalie, viene inviato all'Ente preposto dalla ASL al pagamento delle prestazioni "Ufficio Convenzioni".	Segreteria UVARP					
Emissione nota credito da parte dell'Uff. Convenzioni nei confronti dell'utente che ha usufruito delle prestazioni oggetto di controllo da parte dell'UVARP	Ufficio Convenzioni	Immediati				