



PIAO

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025



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

*Il Commissario Straordinario
dott. Giuseppe Pasqualone*

Indice

1	Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione	5
1.1	Le attività e i principali risultati raggiunti	6
1.2	La produzione aziendale.....	7
1.2.1	L'attività di ricovero	7
1.2.2	L'attività ambulatoriale.....	18
1.2.3	L'attività della rete emergenza-urgenza.....	19
1.2.4	Principali indicatori di attività-performance Dipartimenti e Strutture Sanitarie	21
2	Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione.....	24
2.1	Valore pubblico	24
2.1.1	L'accessibilità digitale	25
2.1.2	L'accessibilità fisica.....	26
2.1.3	Le procedure da reingegnerizzare e semplificare.....	26
2.1.4	Obiettivi di benessere equo e sostenibile	27
2.2	Performance	27
2.2.1	Gli obiettivi dell'Azienda	27
2.2.2	La programmazione annuale e il ciclo di gestione della performance	38
2.2.3	Dalla performance organizzativa alla performance individuale.....	39
2.2.4	Performance e programmazione di bilancio.....	40
2.3	Rischi Corruttivi e Trasparenza.....	41
2.3.1	Processo di elaborazione.....	42
2.3.2	Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione	42
2.3.3	Obiettivi Strategici anticorruzione	47
2.3.4	Valutazione d'impatto del contesto esterno	47
2.3.5	Valutazione d'impatto del contesto interno	52
2.3.6	Mappatura dei processi	52
2.3.7	Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi	54
2.3.8	Misure di prevenzione.....	56
2.3.9	Patto di integrità.....	57
2.3.10	Conflitto di interessi.....	58
2.3.11	Codice di Comportamento	59
2.3.12	Incompatibilità successiva	60
2.3.13	Segnalazione illeciti	61
2.3.14	Inconferibilità ed incompatibilità.....	63
2.3.15	Rotazione del Personale.....	64
2.3.16	Incarichi extra-istituzionali	65
2.3.17	Monitoraggio tempi procedurali.....	65
2.3.18	Formazione del Personale	65
2.3.19	Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante	66
2.3.20	Sponsorizzazioni.....	66
2.3.21	Attività conseguenti al decesso.....	67

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

Premessa

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

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

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

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

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

1 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

Ente Pubblico	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 2022, si sottolineano in particolare:

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

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

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

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

1.2 La produzione aziendale

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

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

Nota metodologica produzione aziendale

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

1.2.1 L'attività di ricovero

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

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

Tabelle 1.2.1 a - Dimessi ricoveri

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

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

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

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

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

Tabelle 1.2.1 b - Valore della produzione da attività di ricovero

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

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

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

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

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

Tabelle 1.2.1 c - Peso medio DRG

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

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

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

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

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

Tabelle 1.2.1 d - Degenza ordinaria

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

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

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

Tabella 1.2.1 e - Degenza diurna

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

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

Nell'ambito dell'attività di ricovero merita un focus particolare l'attività erogata ai pazienti affetti da Covid-19. L'azienda, in quanto hub nella rete regionale per complessità, ha assunto un ruolo fondamentale nell'affrontare l'emergenza sanitaria nelle fasi di emergenza-urgenza, diagnostica e terapeutica acuta. I pazienti Covid complessivamente trattati sono stati 1.502 per un numero complessivo di giornate di degenza pari a 24.524 sui tre livelli di complessità (non intensivo, semi-intensivo e intensivo). La degenza media di un paziente Covid è stata di 16,3 gg; il peso medio pari a 1,3. Quest'ultimi dati mostrano una netta flessione rispetto al 2021 rimarcando l'efficacia della campagna vaccinale.

Tabella 1.2.1 f - DRG Covid

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

Tabella 1.2.1 g - Ricoveri Covid per Struttura

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

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

Tabelle 1.2.1 h - Percentuale DRG chirurgici sul totale della produzione

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

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

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

Tabella 1.2.1 i - Interventi chirurgici

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

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

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

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

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

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

Tabella 1.2.1 m - % DRG Inappropriati per ricoveri ordinari

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

Tabella 1.2.1 n - % DRG Inappropriati per ricoveri diurni

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

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

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

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

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

Tabelle 1.2.1 p - Provenienza dei pazienti

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

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

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

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

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

Tabelle 1.2.1 q - Ricoveri ordinari per provenienza extraregionale dei pazienti

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

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

Tabelle 1.2.1 r - Ricoveri diurni per provenienza extraregionale dei pazienti

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

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

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

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

Tabella 1.2.1 s - Ricoveri ordinari per fascia d'età

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

Tabella 1.2.1 t - Ricoveri diurni per fascia d'età

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

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

Tabelle 1.2.1 u - Prestazioni ambulatoriali per pazienti "interni"

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

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

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

1.2.2 L'attività ambulatoriale

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

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

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

Tabelle 1.2.2 a - Prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.3 L'attività della rete emergenza-urgenza

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

Tabelle n. 1.2.3 a - Percentuale di ricoveri ordinari urgenti

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

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

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

Tabelle n. 1.2.3 b - Indicatori Pronto Soccorso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.4 Principali indicatori di attività-performance Dipartimenti e Strutture Sanitarie

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

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

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

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



REPORT INDICI DI ATTIVITA` GENNAIO - DICEMBRE 2022 vs 2021

Table with columns for Dipartimento, Codice C.d.C., Reparto Dimissione, 2022 (Dimessi Ordinari, Valore Ordinar, Degenza Media, etc.), 2021 (Dimessi Ordinari, Valore Ordinar, Degenza Media, etc.), and SCOSTAMENTI (Dimessi Ordinari, Valore Ordinar, Degenza Media, etc.).

2 Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

La presente sezione è articolata nelle seguenti sottosezioni:

a) Valore pubblico, nel quale sono definiti:

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

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

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

2.1 Valore pubblico

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

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

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

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

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

2.1.1 L'accessibilità digitale

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	TARGET	TEMPISTICA	DIRIGENTE/COLLABOR. RESPONSABILE
Favorire l'uso delle tecnologie informatiche	Diffusione ed utilizzo del FSE	% numero di referti laboratorio conferiti al FSE > 90%	Triennio 2023-2025	Strutture Patologia Clinica, Genetica Medica, Microbiologia
	Riduzione dei tempi per l'effettuazione delle prestazioni e refertazione per interni	Tempo di attesa medio <=2 giorni	Triennio 2023-2025	di tutte le Strutture Sanitarie
	Formazione in materia di competenze digitali	Attivazione corsi di formazione	31/12/2023	Dott. G. Cancellaro
Migliorare l'accessibilità digitale del sito web aziendale*	Formazione specifica del personale per sensibilizzare il rispetto degli standard e dei termini di pubblicazione attraverso il supporto del Servizio Informativo Aziendale (SIA)	Verifica da parte del SIA del rispetto degli standard e dei termini di pubblicazione	Triennio 2023-2025	Dott. G. Piccolo
	Aggiornamento e adeguamento dei documenti presenti sul sito aziendale	Verifica da parte del SIA dei documenti presenti sul sito	Triennio 2023-2025	Dott. G. Piccolo

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

2.1.2 L'accessibilità fisica

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

2.1.3 Le procedure da reingegnerizzare e semplificare

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

2.1.4 Obiettivi di benessere equo e sostenibile

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

2.2 Performance

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

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

2.2.1 Gli obiettivi dell'Azienda

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inoltre, nel prossimo triennio, occorrerà investire sempre più risorse assolutamente indispensabili a perseguire l'obiettivo di miglioramento del rapporto territorio-ospedale e conseguire l'effettiva integrazione e migliorare i reciproci dati di attività, non soltanto economici ma soprattutto assistenziali.

Pur in presenza di dati di attività positivi illustrati dettagliatamente nel paragrafo 1, la Direzione Strategica indirizzerà i medici aziendali verso la corretta e migliore allocazione delle risorse destinate alla diretta assistenza sanitaria, da realizzarsi nel rispetto degli indirizzi nazionali e regionali ed in coerenza con le riconosciute modalità dei setting assistenziali. Nello specifico si è certi che i professionisti delle strutture sanitarie aziendali proseguiranno a rendere le attività connesse ai P.A.C. in luogo di onerose ed inappropriate modalità di ricovero diurno favorendo la crescita del peso medio aziendale a significazione, appunto, dell'aumento della complessità.

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

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

Nell'ambito delle suddette macroaree, la pianificazione della performance aziendale prevede i seguenti Obiettivi Generali Strategici, dando esplicitamente atto che essi rispondono ai requisiti previsti dall'art. 5 del D. Lgs. n. 150/2009:

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

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

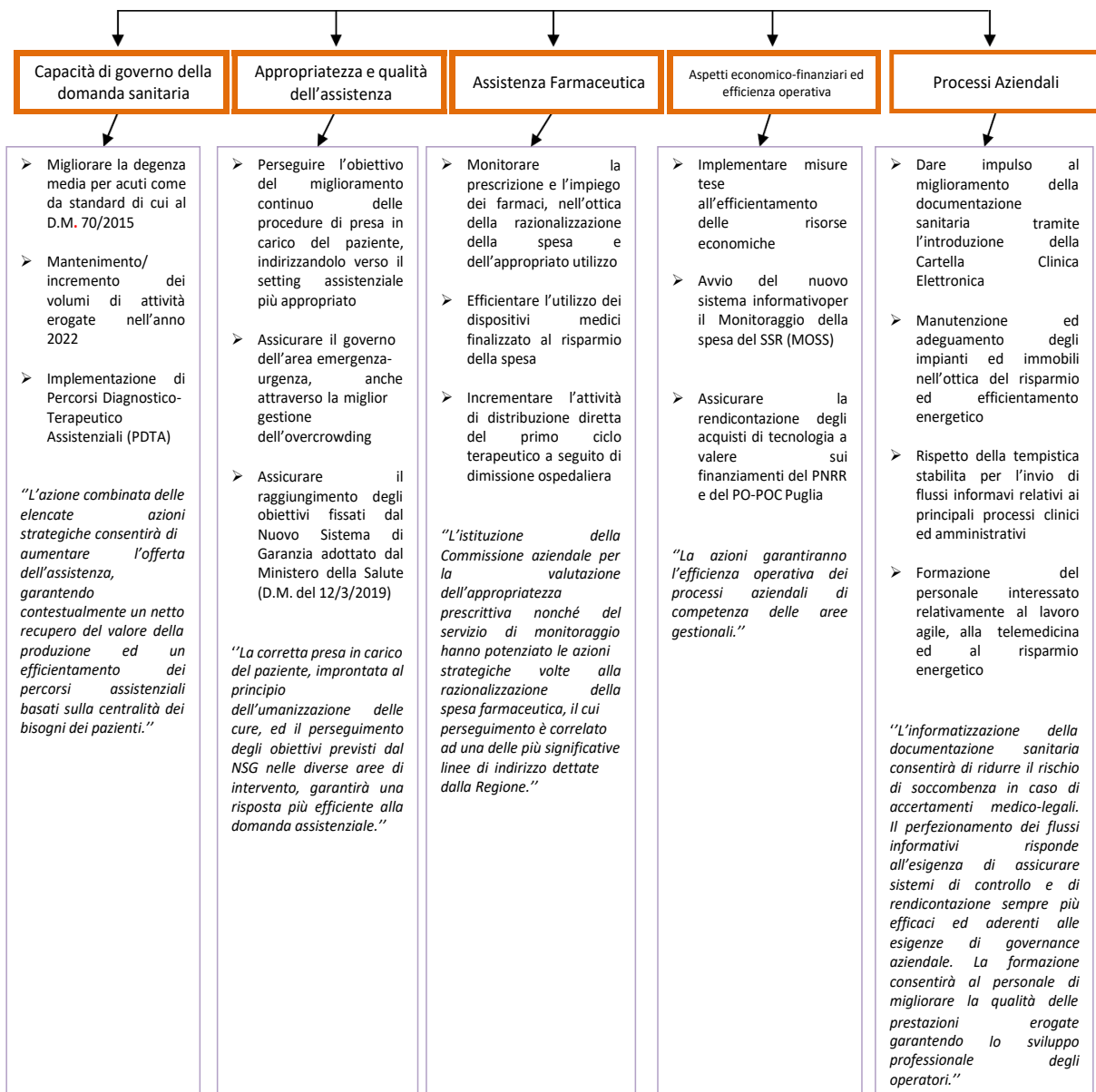
La programmazione della performance viene quindi costruita in relazione agli obiettivi generali di carattere strategico del Policlinico di Foggia in base ai quali le attività aziendali vengono valutate secondo le seguenti prospettive multidimensionali:

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

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

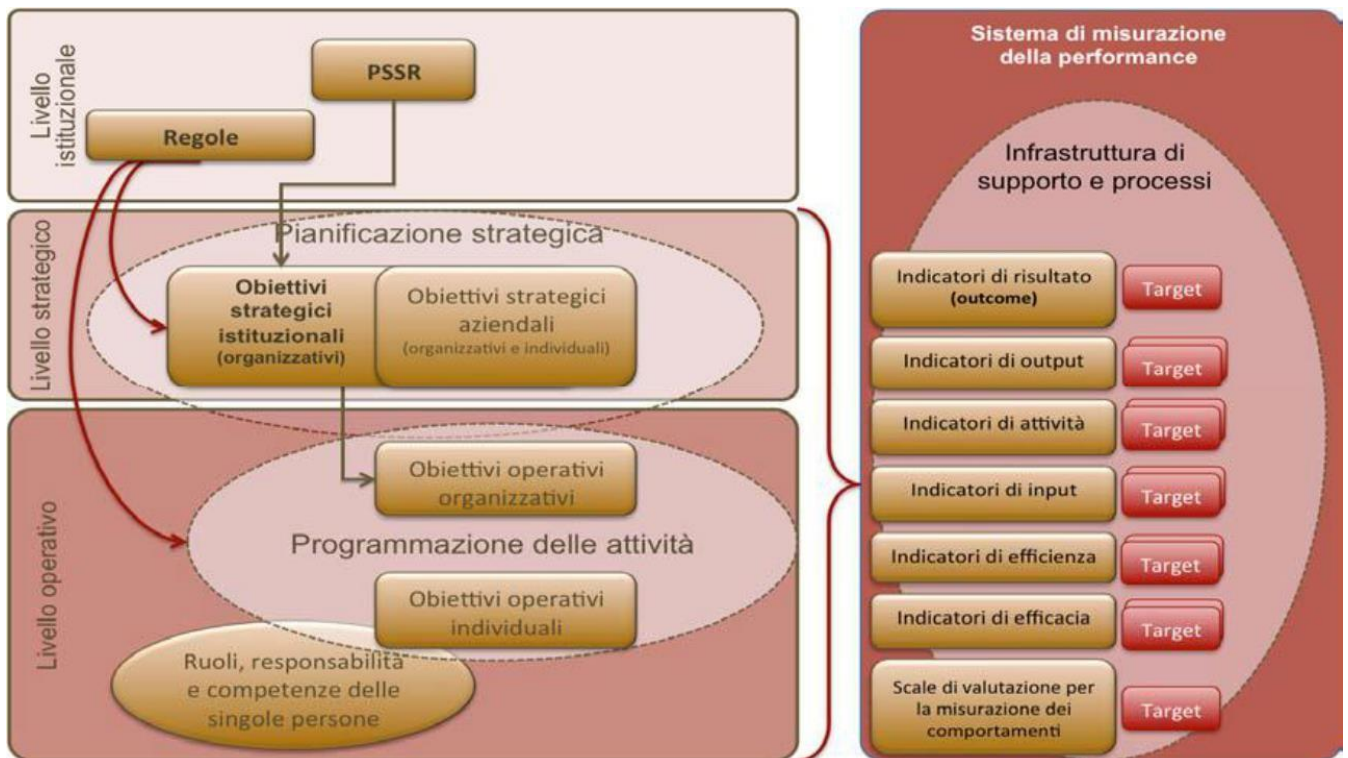
La performance viene quindi prioritariamente costruita seguendo uno schema "ad albero" ovvero individuando prioritariamente gli obiettivi generali di carattere strategico dell'Azienda da cui vengono successivamente declinati gli obiettivi specifici e operativi da assegnare alle singole strutture sanitarie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

AREE STRATEGICHE D'INTERVENTO



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

La prima stesura dei Piani operativi, elaborati in forma di “proposta”, è affidata al Controllo di gestione. Essi rappresentano la base per la discussione che vede coinvolti la direzione strategica e i “responsabili del budget” (direttori di dipartimento e di Unità Operativa Complessa o Semplice a valenza Dipartimentale). In tale fase trova spazio la negoziazione delle risorse necessarie per il perseguimento degli obiettivi di “sviluppo”, se in linea con la strategia aziendale ed economicamente compatibili. E' compito di ogni responsabile del budget, in una fase successiva del percorso, illustrare e condividere gli obiettivi assegnati con il rispettivo staff operativo. Essi hanno la responsabilità della realizzazione dei piani loro affidati e, a tal fine, coinvolgono i dirigenti ed il personale di comparto dell’unità operativa diretta, secondo il principio della cosiddetta “responsabilità diffusa”. In tal modo ciascun dipendente appartenente sia all’area della dirigenza, sia all’area del comparto, è chiamato a fornire il proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, in coerenza con quanto previsto dal sistema di misurazione e valutazione delle performance.



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

Piano degli obiettivi e degli indicatori triennio 2023-2025

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

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Strutture Assegnatarie
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento qualità di processo. Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	[Ind.Int. 21]	Tempi di attesa per Esami Strumentali/Visite	Visite <=30gg Esami Strum. <=60gg	Visite <=30gg Esami Strum. <=60gg	Visite <=30gg Esami Strum. <=60gg	Responsabili reparti di degenza e ambulatori
	Valutazione del benessere residenziale del paziente degente attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza	[Ind.Int. 18]	Customer Satisfaction. Predisposizione dei questionari ed invio alle strutture	>=20% delle strutture aziendali	100%	100%	Responsabile Affari Generali
	Valutazione del benessere residenziale del paziente degente attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza	[Ind.Int. 18b]	Customer Satisfaction. Somministrazione questionari ai pazienti e rendicontazione alla Direzione Sanitaria	>= 80%	100%	100%	Responsabili reparti e servizi
	Adozione di specifici percorsi di patologia mediante predisposizione di PDTA/Procedure condivise. Implementazione e aggiornamento di PDTA già deliberati	[Ind.Int. 23]	Definizione, implementazione, valutazione ed aggiornamento di PDTA	Proposta, adozione, verbalizzazione e resoconto sullo stato dell'arte	Proposta, adozione, verbalizzazione e resoconto sullo stato dell'arte	Proposta, adozione, verbalizzazione e resoconto sullo stato dell'arte	Responsabile Neuroradiologia Interventistica, Terapia del Dolore e delle Attività Chirurgiche, Centro Antiveleni, Anatomia Patologica, Biologia Molecolare Oncologica, Medicina dello Sport, Radiologia Interventistica, Psicologia
	Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste di emocomponenti rispetto ai criteri del PBM	[Ind.Int. 104]	Numero di richieste inappropriate/totali	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali	Relazioni semestrali	Responsabile Medicina Trasfusionale
	Controllo e verifica dei requisiti previsti dalla legge per l'effettuazione dei trattamenti sanitari obbligatori	DSM4	Verifica documentale di tutte le condizioni previste per l'effettuazione di un TSO	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Responsabile Psichiatria
	Appropriatezza Clinica	NSG D.M. 12/03/2019 (Cod. Ind. D27C)	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Responsabile Psichiatria
	Appropriatezza Clinica	NSG D.M. 12/03/2019 (Cod. Ind. D28C)	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Responsabile Psichiatria
	Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso	NSG D.M. 12/03/2019 (Cod. Ind. D08Z)	Intervallo	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Responsabile 118
	DGR 684/2022 - Qualificazione Assistenza Ospedaliera	DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod.Ind. H08Z)	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue	Responsabile Medicina Trasfusionale
	DGR 684/2022 - Qualificazione Assistenza Ospedaliera	DGR 684/2022 (Ind. Reg. T01.2)	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	<= 35,25%	<= 35,25%	<= 35,25%	Responsabili reparti di degenza
	Corretta Registrazione dei Medici Prescrittori su piattaforma AIFA	[Ind.Int. 200]	Verifica per i medici prescrittori di reparto dello status di abilitazione e disabilitazione sulla piattaforma AIFA in caso di trasferimento del medico presso altro reparto e struttura ospedaliera.	Comunicazione immediata alla Direzione Sanitaria	Comunicazione immediata alla Direzione Sanitaria	Comunicazione immediata alla Direzione Sanitaria	Responsabili Strutture Sanitarie
ASSISTENZA FARMACEUTICA	DGR 204/2021 - Appropriatezza prescrittiva e Contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci e gas medicali	[Ind.Int. 184]	Riduzione della spesa indotta per acquisto diretto di farmaci dalle prescrizioni di medici specialisti nei confronti della ASL della provincia di Foggia	> 40%	> 40%	> 40%	Responsabili reparti di degenza e ambulatori
	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	[Ind.Int. 05]	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	In aumento sul dato storico (Fonte:farmacia)	In aumento sul dato storico (Fonte:farmacia)	In aumento sul dato storico (Fonte:farmacia)	Responsabile Ematologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Oncologia
	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	[Ind.Int. 06]	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi; fluorochinoloni; cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	<=10% storico (Fonte:farmacia)	<=10% storico (Fonte:farmacia)	<=10% storico (Fonte:farmacia)	Responsabili reparti di degenza
	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera (nota DG N.11895 DEL 6/08/2019)	Ind. Int. 07	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico	>90%	>90%	>90%	Responsabili reparti di degenza
	DGR 1188/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva di farmaci Immunomodulatori ad alto costo per il trattamento di patologia Reumatologiche, Dermatologiche, Gastroenterologiche, Oculistiche	Ind. Int. 156	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci immunomodulatori a minor costo a base del p.a. Adalimumab, Etanercept ed Infliximac sul consumo totale (in termini di unità posologiche/confezioni e valore economico)	>=50% sul consumo totale	>=50% sul consumo totale	>=50% sul consumo totale	Responsabile Oftalmologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Dermatologia, Endoscopia Digestiva
	DRG 356/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici ad alto costo a base di Rituximab e Trastuzumab.	Ind. Int. 157	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Rituximab e Trastuzumab sul consumo totale degli stessi p.a. (in termini di unità posologiche/confezioni e valore economico)	>= 70% sul consumo totale	>= 70% sul consumo totale	>= 70% sul consumo totale	Responsabile Ematologia, Oncologia
	DGR 2198/2016 - DGR 699/2017 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ATC L03AA - Fattori di Stimolazione le Colonie	Ind. Int. 158	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci biosimilari a base di Fattori di Stimolazione le Colonie sul consumo totale dei farmaci della categoria ATC L03AA (in termini di unità posologiche e valore economico).	> 85%	> 85%	> 85%	Responsabile Ematologia, Oncologia
	DGR 1088/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici ad alto costo a base di EPOETINE (ATC B03XA01 - 02 - 03).	Ind. Int. 159	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Eritropoetine sul consumo totale delle categorie ATC B03XA01-02-03 (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 80% sul consumo totale	>= 80% sul consumo totale	>= 80% sul consumo totale	Responsabile Ematologia, Medicina, Epatoologia, Oncologia

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Strutture Assegnatarie
ASSISTENZA FARMACEUTICA	DGR 276/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici a base di Somatropina	Ind. Int. 160	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Somatropina sul consumo totale dello stesso p.a. (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 70%	>= 70%	>= 70%	Responsabile Endocrinologia, Pediatria
	DGR 216/2014 - Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e della appropriatezza prescrittiva dei farmaci biotecnol.	Ind. Int. 161	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Follitropina sul consumo totale (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 50% sul consumo totale	>= 50% sul consumo totale	>= 50% sul consumo totale	Responsabile Endocrinologia, Ostetricia e Ginecologia
	Aderenza della procedura aziendale di antibiotioprofilassi	Ind. Int. 165	Numero di tipologie di non conformità segnalate	<20% del totale prescritto	<20% del totale prescritto	<20% del totale prescritto	Responsabili reparti di degenza
	Rispetto dei tetti di spesa farmaceutica	Ind. Int. 168	Riduzione spesa per farmaci	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Responsabili reparti di degenza e ambulatori
	Rispetto dei tetti di spesa per Dispositivi Medici	Ind. Int. 170	Riduzione spesa Dispositivi Medici propriamente detti	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Riduzione rispetto all'anno precedente (target da fissare a seguito di disposizioni Regionali)	Responsabili reparti di degenza, ambulatori e servizi
	DGR 1849/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci per il trattamento della Malattia Renale Cronica (in particolare i Farmaci Chelanti del fosforo a base non calcica, Farmaci a base di Paracalcitolo e Farmaci Calciomimetici)	[Ind.Int. 198]	Utilizzo nuovo Piano Terapeutico regionale informatizzato in uno alla scheda di monitoraggio ai fini della prescrizione dei farmaci Chelanti del fosforo a base non calcica, Farmaci a base di Paracalcitolo e Farmaci Calciomimetici	100%	100%	100%	Responsabile Nefrologia
	DGR 1090/2020 - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici ad alto costo a base di BEVACIZUMAB	[Ind.Int. 199]	% di utilizzo dei farmaci a basso costo a base di Bevacizumab (tra i vincitori della gara multi regionale espletata dall'Estar Toscana alla quale ha aderito anche la Regione Puglia) non inferiore al 70% sul consumo totale rilevato per gli stessi principi attivi nel canale dei Consumi interni Ospedalieri	>=70%	>=70%	>=70%	Responsabile Oncologia
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza Operativa	[Ind.Int. 10]	Scostamento tra costi e ricavi - 1* MARGINE [Ind.Int. 10]	tendenzialmente in Utile	tendenzialmente in Utile	tendenzialmente in Utile	Responsabili Diagnostica di Laboratorio
	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 11]	Valore FARMACI per Punto DRG	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico	Responsabili reparti di degenza
	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 12]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico	Responsabili reparti di degenza
	Tempi di Pagamento dei fornitori	[Ind.Int.C.10]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 e quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019 (l'Indennità di risultato: - non è riconosciuta qualora la struttura registri ritardi superiore a 60 gg - è riconosciuta per la metà qualora la struttura registri ritardi compresi fra 31 ed i 60 gg - è riconosciuta per il 75% qualora la struttura registri ritardi compresi fra 11 e 30 gg - è riconosciuta per il 90% qualora la struttura registri ritardi compresi fra 1 e 10 gg)	ITP <= 0	ITP <= 0	ITP <= 0	Responsabili Strutture assegnatarie di budget economico
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI E DI CONTROLLO DI GESTIONE	DRG 684/2022 - Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità Generale	DGR 684/2022 (Ind. Reg. P01.2)	Invio, entro il 15 giugno 2023, del Bilancio di verifica per Centro di Responsabilità in quadratura con il Bilancio dell'esercizio precedente e dei dati di struttura relativi all'organico medio per centro di costo e dati di attività per il monitoraggio della spesa ed il completamento deo pregetti regionali correlati.	Rispetto della tempistica stabilita per l'invio della quadratura al 100%	Rispetto della tempistica stabilita per l'invio della quadratura al 100%	Rispetto della tempistica stabilita per l'invio della quadratura al 100%	Responsabile Controllo di Gestione
SANITA' DIGITALE	Diffusione dei servizi on line sul portale regionale della salute	DGR 684/2022 (Ind. Reg. P01.1)	% prestazioni prenotabili on line sul totale	>80%	>80%	>80%	Responsabile CUP
	Diffusione ed utilizzo del FSE	(Ind.Int. LAB 1)	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE	>90%	>90%	>90%	Responsabili Laboratori Analisi
	Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie	DGR 684/2022	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010	Responsabile CUP, reparti e servizi
	Innovazione tecnologia e transizione digitale	(Ind. Int. C110)	Implementazione della Telemedicina per patologie croniche	Sperimentazione su n. 4 ambulatori	Estensione agli altri ambulatori	Totalità degli ambulatori	Direzione Sanitaria
INVESTIMENTI STRUTTURALI	Ampliamento ed ammodernamento del parco tecnologico attraverso i finanziamenti del PNRR e POR-POC Puglia	[Ind.Int.C.115]	Acquisto delle tecnologie di cui ai finanziamenti del PNRR e POR-POC Puglia	Rendicontazione degli acquisti effettuati	Rendicontazione degli acquisti effettuati	Rendicontazione degli acquisti effettuati	Responsabile Patrimonio, Ingegneria Clinica
LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incongruenze	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno	2 Verbali	2 Verbali	2 Verbali	Responsabili strutture sanitarie, tecnico-amministrative
	Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri	[Ind.Int. 122]	Verifiche attuazione regolamento	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Responsabile Medicina Legale
	Piena attuazione regolamento CO.VA.SI	[Ind.Int. 123]	Produzione nei termini previsti degli atti correlati ai contenziosi trattati dal CO.VA.SI.	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Responsabile Medicina Legale
	Monitoraggio raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 124]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/torale raccomandazioni deliberate	Almeno il 30%	Almeno il 30%	Almeno il 30%	Responsabile Medicina Legale
	Revisione raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 125]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/torale raccomandazioni deliberate	Almeno 3	Almeno 3	Almeno 3	Responsabile Medicina Legale
	Redazione di pareri motivati e completi sui sinistri in tema di responsabilità professionale	[Ind.Int. 17]	Redazione di pareri	Relazione	Relazione	Relazione	Responsabili reparti di degenza
Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 140]	Analisi e ricognizione dei bisogni formativi	Predisposizione relazione	Predisposizione relazione	Predisposizione relazione	Responsabile Formazione	

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Strutture Assegnatarie
LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 141]	Organizzazione su proposta/programma delle Strutture interessate, di incontri formativi di approfondimento normativo e relativi agli adempimenti connessi per la trasparenza e le attività corrottive	Relazione degli eventi svolti	Relazione degli eventi svolti	Relazione degli eventi svolti	Responsabile Formazione
	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 142]	Redazione del Piano annuale della Formazione ed eventuale rivisitazione a seguito di nuove richieste o necessità formative	Proposta alla Direzione del PAF per l'adozione	Proposta alla Direzione del PAF per l'adozione	Proposta alla Direzione del PAF per l'adozione	Responsabile Formazione
	Migliorare le competenze e le conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi	[Ind.Int. 143]	Attivazione di corsi specifici in materia di rischio clinico da inserire nell'ambito del PAF	Attivazione entro il 31/12 di n.2 corsi inerenti il Rischio Clinico, in collaborazione con la Medicina Legale	Attivazione entro il 31/12 di n.2 corsi inerenti il Rischio Clinico, in collaborazione con la Medicina Legale	Attivazione entro il 31/12 di n.2 corsi inerenti il Rischio Clinico, in collaborazione con la Medicina Legale	Responsabile Formazione
	Attuazione del Piano triennale dell'Anticorruzione e della Trasparenza 2023-2025	[Ind.Int.C.2]	Rispetto delle misure di anticorruzione previste dal Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023-2025 come da relazione del RPCT	100%	100%	100%	Responsabili Strutture Amministrative
	Assolvere agli obblighi di trasparenza	[Ind.Int.C.22]	Pubblicazione delle liste di attesa	Pubblicazione Bimestrale	Pubblicazione Bimestrale	Pubblicazione Bimestrale	Responsabile CUP
	Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	[Ind.Int.C.81]	Dati riguardanti la Struttura pubblicati in "Amministrazione Trasparente" / Totale dati da pubblicare Piano Integrato delle Attività e Organizzazione 2023/2025	100%	100%	100%	Responsabili Strutture Amministrative
	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	[Ind.Int.C.3]	N° riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale entro 5 gg lavorativi	100%	100%	100%	Responsabili Strutture Amministrative
Rispetto delle Leggi e del principio del buon andamento ed imparzialità della pubblica amministrazione	[Ind.Int.C.21]	Monitoraggio attività libero professionali	Verifica dei volumi di attività nei limiti previsti dalla normativa	Verifica dei volumi di attività nei limiti previsti dalla normativa	Verifica dei volumi di attività nei limiti previsti dalla normativa	Responsabile CUP	
RICERCA E SPERIMENTAZIONE CLINICA	Contributo allo sviluppo scientifico	[Ind. MES B15.1.3]	Posizionamento indicatori produzione scientifica AOU_Numero medio pubblicazioni	Miglioram. Performance ultimo triennio	Miglioram. Performance ultimo triennio	Miglioram. Performance ultimo triennio	Responsabili reparti e servizi universitari
	Sperimentazioni cliniche	[Ind.Int. 174]	Ricognizione e potenziamento sperimentazioni cliniche	Almeno uno studio clinico	Almeno uno studio clinico	Almeno uno studio clinico	Responsabili reparti e servizi universitari
FORMAZIONE	Aggiornamento rete referenti aziendali di Dipartimento o di Struttura Complessa per la predisposizione ed il monitoraggio dei percorsi previsti dal Piano di Formazione	[Ind.Int. 144]	Adozione di un regolamento aziendale della formazione con individuazione degli organismi partitici e dei referenti aziendali	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto	Responsabile Formazione
	Formazione continua mediante attivazione di eventi formativi ECM	Ind. Int. 153	Formazione continua del personale per i corsi di BLSLD e PBSLD	Almeno 1 corso all'anno	Almeno 1 corso all'anno	Almeno 1 corso all'anno	Responsabile 118
	Organizzazione di corsi di formazione aziendali su tematiche specifiche	[Ind.Int.C.117]	Corsi di formazione sui temi di Risparmio Energetico e Lavoro Agile	N. 2 corsi attivati entro il 31/12			Responsabile Formazione
	Organizzazione di corsi di formazione aziendali su tematiche specifiche	[Ind.Int.C.116]	Corsi di formazione per la Telemedicina per i medici specialisti	n.1 corso attivato entro il 31/12			Responsabile Formazione
PREVENZIONE E MALATTIE PROFESSIONALI	Sorveglianza operatori	[Ind.Int.C.73]	attivazione delle specifiche procedure per 100% degli operatori sul totale delle richieste	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Responsabile Medicina del lavoro
	Gestione dell'applicazione del Regolamento regionale concernente "Disposizioni per l'esecuzione degli obblighi di vaccinazione degli operatori sanitari". Legge regionale 19 giugno 2018, n.27	[Ind.Int.C.52]	Campagna di vaccinazione antinfluenzale per il personale dipendente	≥50%	≥50%	≥50%	Responsabile Igiene univ.
INFORTUNIO E MALATTIE PROFESSIONALI	Monitoraggio infortuni sul lavoro come da protocolli INAIL	[Ind.Int.C.75]	Perfetto allineamento tra il numero delle procedure attivate ed il numero delle denunce effettuate all'INAIL	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Responsabile Medicina del lavoro
	Valutazione del Ricollocamento del personale con giudizio d'idoneità con prescrizioni o limitazioni, d'intesa con Direzione Sanitaria e Servizio Infermieristico ed Ostetrico.	[Ind.Int. C.76]	Valutazione del Ricollocamento e/o di Limitazione da espletarsi d'intesa con gli altri uffici competenti per almeno il 20% del personale interessato .	entro il 31/12/2023 conclusione del 20% procedure del totale da evadere	entro il 31/12/2024 conclusione del 20% procedure del totale da evadere	entro il 31/12/2025 conclusione del 20% procedure del totale da evadere	Responsabile Medicina del lavoro
VALORE PUBBLICO	SI RINVIA ALLA SEZIONE 2 DEL PIAO PARAGRAFI 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4						
LAVORO AGILE	processi che possono essere svolti in smart working delle UU.OO.(quali, indicatori di	Lavoro Agile [Ind.Int.C.143]	Redazione di documento contenente processi e indicatori di controllo.	SI/NO	Avvio sperimentazione su n. 2 strutture pilota	Estensione	Responsabili strutture tecnico-amministrative
	Revisione della mappatura delle esigenze (formazione, software, rete informatica) e quantificazione dei costi	Lavoro Agile [Ind.Int.C.144]	Redazione di documento finale	SI/NO	Avvio sperimentazione su n. 2 strutture pilota	Estensione	Responsabile Formazione, Manutenzione Impianti, AGRF
EFFICIENTAMENTO E RAZIONALIZZAZIONE	Risparmio energetico	Valore Pubblico [Ind.Int.C.114]	Revisione/rinnovo impianti ed apparecchiature	Rendicontazione degli interventi effettuati	Rendicontazione degli interventi effettuati	Rendicontazione degli interventi effettuati	Responsabile Area Tecnica e Manutenzione Impianti

2.2.2 La programmazione annuale e il ciclo di gestione della performance

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

2.2.3 Dalla performance organizzativa alla performance individuale

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

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

Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi, opportunamente combinate, concorrono alla definizione della valutazione finale di ciascun dipendente (Indice di Performance Individuale - IPI) che

il valutatore illustra al valutato, anche ai fini dell'elaborazione di piani di miglioramento individuali ed all'acquisizione di eventuali osservazioni/ controdeduzioni.

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

2.2.4 Performance e programmazione di bilancio

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

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

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

A) Valore della produzione	CNS 2021	%	PRC 2022	%	BEP 2023	%
A1) Contributi in conto esercizio	113.501.000	37,1%	90.947.000	31,8%	90.888.000	30,9%
A2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-	0,0%	1.392.000	-0,5%	2.900.000	-1,0%
A3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati esercizi precedenti	26.000	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
A4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	172.253.000	56,3%	176.542.000	61,8%	186.122.000	63,4%
A5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.436.000	0,5%	1.168.000	0,4%	1.168.000	0,4%
A6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	2.177.000	0,7%	2.424.000	0,8%	2.424.000	0,8%
A7) Quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio	14.479.000	4,7%	15.363.000	5,4%	15.363.000	5,2%
A8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
A9) Altri ricavi e proventi	2.342.000	0,8%	614.000	0,2%	614.000	0,2%
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 2023-2025, dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Foggia (d’ora in avanti anche “Azienda”), in linea di continuità con i precedenti Piani di prevenzione della corruzione e disciplina l’attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell’illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.

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

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

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

Il presente documento:

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

2.3.1 Processo di elaborazione

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

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

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

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

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

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

Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

2.3.2 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

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

Il Direttore Generale

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

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

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dirigenti

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

In particolare, dovrà:

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

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

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

Personale dipendente

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

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

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

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

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

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

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

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

Ufficio Procedimenti disciplinari (U.P.D.)

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

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

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

La composizione attuale è la seguente:

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

COMPONENTE Dirigente SC Personale (supplente Dirigente SC Patrimonio)

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

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

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

Rimane immutata l'incombenza:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Obiettivi Strategici anticorruzione

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

- **l'incremento della formazione** in materia, al fine di diffondere la cultura dell'etica e della legalità tra tutti i dipendenti;
- **il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata;**
- Intensificazione delle attività di sensibilizzazione e dei controlli in materia di "**conflitto di interessi**" nell'ambito delle procedure di gara e concorsi, costituzione commissioni e nell'ambito delle sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- il rispetto, da parte del personale dipendente, degli adempimenti relativi alle dichiarazioni previste dal **Codice di Comportamento aziendale e del divieto di pantouflage;**
- l'intensificazione delle azioni relative ai **controlli interni (monitoraggio semestrale);**

2.3.4 Valutazione d'impatto del contesto esterno




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

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

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

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

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

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

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

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

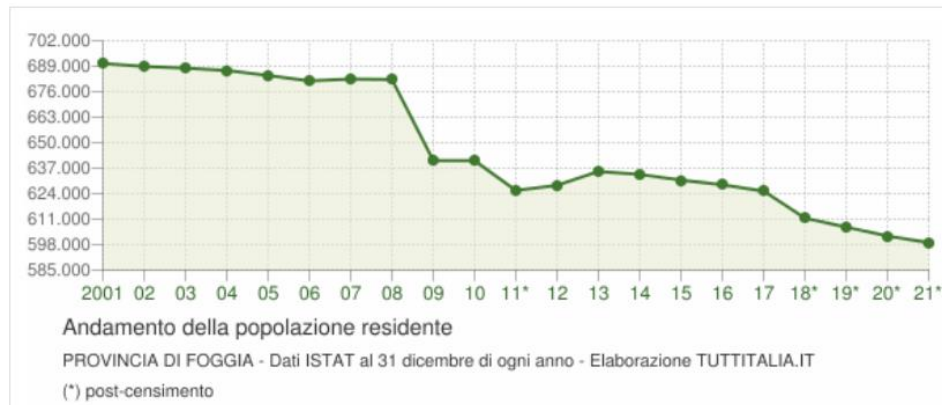
I principali eventi rischiosi rilevati in fase di mappatura delle aree e dei processi sono riconducibili ai seguenti:

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

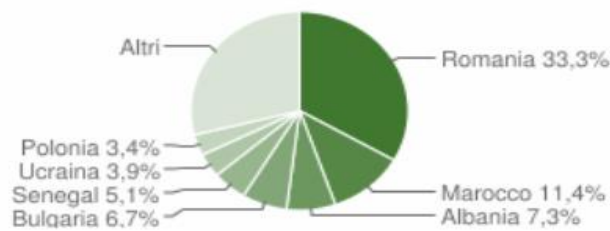
Caratteristiche demografiche

La Provincia di Foggia è una provincia italiana della Puglia di 599.028 abitanti. È la **terza provincia più vasta d'Italia** dopo quelle di Sassari e Bolzano, **prima tra quelle delle Regioni a statuto ordinario**; si estende su una superficie di 7 007,54 km² e comprende 61 comuni.

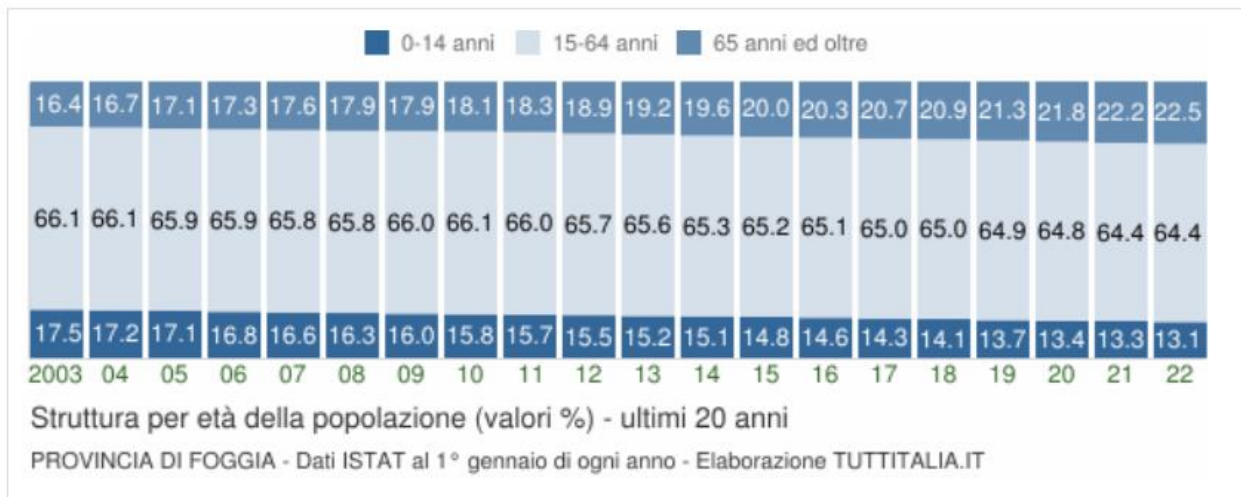
Di seguito il grafico dell'andamento della popolazione residente al 31 dicembre di ogni anno sino al 2021:



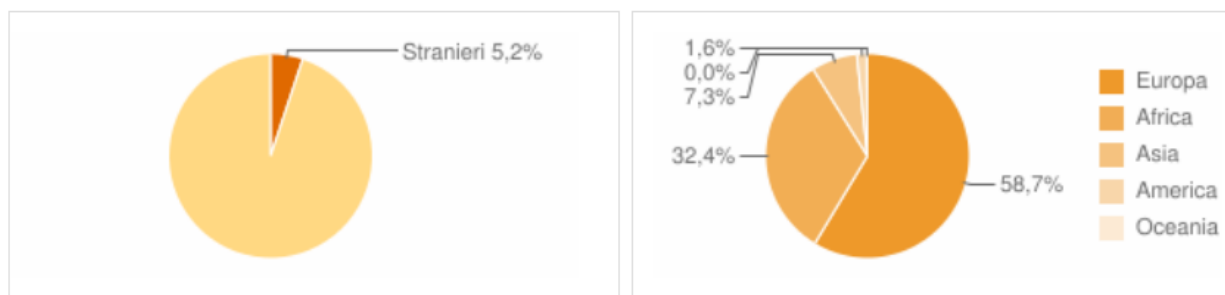
Di seguito l'analisi della struttura per età della popolazione residente in provincia di Foggia che considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo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



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



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



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

Indicatori demografici

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

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

Indice di vecchiaia

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

Indice di dipendenza strutturale

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

Indice di ricambio della popolazione attiva

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

Indice di struttura della popolazione attiva

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

Carico di figli per donna feconda

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

Indice di natalità

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

Indice di mortalità

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

Età media

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

Criminalità organizzata

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

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

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

Occupazione

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

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

2.3.5 Valutazione d'impatto del contesto interno

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

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

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

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

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

2.3.6 Mappatura dei processi

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

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

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

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

A) Acquisizione e progressione del personale

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera

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

Di seguito le aree a rischio individuate:

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

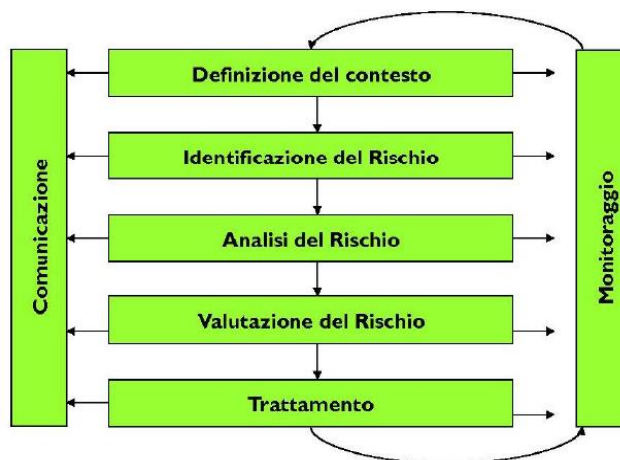


Figura 1 Fasi dell'analisi del rischio

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

2.3.7 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

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

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



Figura 2 - Schema gestione del rischio

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

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

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

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

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

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

Si è ritenuta coerente la seguente ponderazione del rischio:

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

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

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

Nel corso dell’anno 2022 è stato perfezionato il processo di gestione del rischio corruttivo, mediante l’implementazione di un software web centralizzato e dedicato al governo del sistema anticorruttivo aziendale. Tale software ha consentito di gestire in modo uniforme tutti gli adempimenti previsti dalla L. 190/12, rendendo maggiormente consapevoli i Dirigenti, coinvolgendo le Strutture e garantendo nel contempo la tracciabilità ed il monitoraggio continuo delle misure adottate dai Referenti del RPCT.

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

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

- Mancanza / inadeguatezza di controlli
- Mancanza di trasparenza
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento
- Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto
- Scarsa responsabilizzazione interna
- Assenza di adeguate competenze in capo al personale addetto ai processi

- Carenza e/o inadeguata diffusione della cultura della legalità, responsabilità, integrità
- Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione

2.3.8 Misure di prevenzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.9 Patto di integrità

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

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

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

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

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

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

2.3.10 Conflitto di interessi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.11 Codice di Comportamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.12 Incompatibilità successiva

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

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

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

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

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

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

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

2.3.13 Segnalazione illeciti

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

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

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

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

Reintegrazione nel posto di lavoro.

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

Sanzioni per gli atti discriminatori.

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

Segretezza dell'identità del denunciante.

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

Blocco della tutela.

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

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

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

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

2.3.14 Inconferibilità ed incompatibilità

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

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

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

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

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

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

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

2.3.15 Rotazione del Personale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.16 Incarichi extra-istituzionali

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

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

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

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

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

2.3.17 Monitoraggio tempi procedurali

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

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

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

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

2.3.18 Formazione del Personale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.19 Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante

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

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

2.3.20 Sponsorizzazioni

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

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

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

I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:

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

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

2.3.21 Attività conseguenti al decesso

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

2.3.22 Donazione e Comodati d'uso

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

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

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

Il Policlinico di Foggia ha provveduto:

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

2.3.23 Attività Libero Professionale – ALPI

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

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

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

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

2.3.24 Referente monitoraggio Opere Pubbliche

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

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

2.3.25 Gestore procedure antiriciclaggio

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

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

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

2.3.26 Flussi informativi periodici

Il Policlinico di Foggia prevede, nel triennio 2023-2025, periodici flussi informativi verso il RPCT la cui presa in carico e corretta gestione è obbligatoria in capo ai relativi Responsabili delle Strutture Aziendali, secondo la tabella riportata nell'allegato "Allegato_3-StatoAttuazioneMisure".

2.3.27 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

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

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

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

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

2.3.28 Monitoraggio e Riesame Periodico

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

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

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

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

Nel corso dell'anno 2022, è stato effettuato un monitoraggio interno di I livello (da parte dei Referenti RPCT) e di II livello con campionamento ragionato e statistico (da parte del RPCT), che ha permesso la correzione di inesattezze e l'aggiornamento di alcuni processi, rischi e relative misure di mitigazione del rischio corruttivo.

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

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

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

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

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

2.3.29 Trasparenza Amministrativa

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

La trasparenza deve essere finalizzata a:

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel corso del triennio 2023-2025 è **prevista la pubblicazione dei seguenti dati ulteriori**, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

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

2.3.30 Coinvolgimento degli Stakeholders

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

Il Policlinico di Foggia ha da sempre sostenuto politiche di coinvolgimento degli stakeholder, attività che proprio in considerazione dell’aggiornamento annuale del Piano per la prevenzione della corruzione, risulta di particolare rilievo per il ritorno informativo che potrebbe arrivare dai vari portatori di interesse, sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati, nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze riscontrate. Obiettivo principale del Policlinico di Foggia è proseguire e migliorare l’attività di ascolto dei cittadini prevedendo nella sezione “Amministrazione Trasparente/Altri contenuti – corruzione” la possibilità di trasmettere proposte integrative/migliorative al Piano anticorruzione e di partecipare attivamente alla ridefinizione delle misure in materia di etica e legalità. I Portatori di Interesse o Stakeholder del Policlinico di Foggia sono tutti gli attori o gruppi attivamente coinvolti, a vario titolo, nelle attività del Policlinico. Nello specifico sono da considerarsi stakeholder dell’Azienda le seguenti categorie:

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

2.3.31 Accesso Civico Semplice e Generalizzato

Accesso civico semplice

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

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

Accesso civico generalizzato

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.32 Allegati

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

3 Sezione 3: Organizzazione del capitale umano

3.1 Struttura organizzativa

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

Il modello organizzativo con il quale l'Azienda eroga assistenza prevede un'articolazione dipartimentale, basato sui Dipartimenti strutturali ad Attività Integrata - D.A.I. Con delibera del Direttore Generale n. 571 del 31.07.2018, è stato dato il nuovo assetto organizzativo dipartimentale aziendale, modificando ed integrando i contenuti della deliberazione n. 341 del 18 dicembre 2015 per l'allineamento alle disposizioni regionali miranti alla riduzione e alla razionalizzazione dei servizi ed al recepimento del protocollo d'Intesa Regione Puglia - Università sottoscritto l'11 aprile 2018. Con successivi provvedimenti ed in particolare, in ordine di tempo, con deliberazioni del Direttore Generale nn. 384 e n. 591 del 2019, 133, 149 e 447 del 2020, 20 del 2021, 270 e 493 del 2022 e da ultimo con la n. 41 del 27/01/2023, l'organizzazione aziendale è stata rivista e integrata più volte, adeguandola agli sviluppi delle reti assistenziali regionali e/o alle esigenze e funzionalità interne.

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

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

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

Oggi l'Azienda si articola in 12 Dipartimenti Assistenziali Integrati, n. 47 strutture complesse di area clinica di cui n. 19 a direzione ospedaliera e n. 28 a direzione universitaria e n. 7 strutture complesse di area amministrativa e/o di supporto/staff alla direzione strategica. A queste si aggiungono n. 33 strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area clinica e n. 11 strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area amministrativa e/o di supporto/staff alla direzione strategica. Inoltre, nel novero delle Strutture Complesse è compresa ancora la centrale operativa del Servizio 118 ubicata in sede ma di imminente trasferimento presso la ASL territoriale e, dunque, non rientrante negli standard aziendali per la determinazione del numero di strutture complesse. La tabella che segue descrive l'articolazione organizzativa aziendale delle strutture complesse (in nero) e delle Strutture Semplici a valenza dipartimentale (in blu) al 31.12.2022.

Tabella n.3.1.1 – Articolazione dipartimentale

DIPARTIMENTI	STRUTTURE COMPLESSE		Direzione Ospedaliera	Direzione Universitaria
	STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE			
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 1			U
	Ostetricia e Ginecologia 2			U
	Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale		H	
	Pediatría			U
	Neuropsichiatria Infantile		H	
	Nido e Sten		H	
	Chirurgia Pediatrica		H	
	Chirurgia Pediatrica			U
	Fisiopatologia della Riproduzione Procreazione Medico-Assistita (PMA)			U
	Sale parto e percorso nascite		H	
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
	Geriatría e Ortogeriatría		H	
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

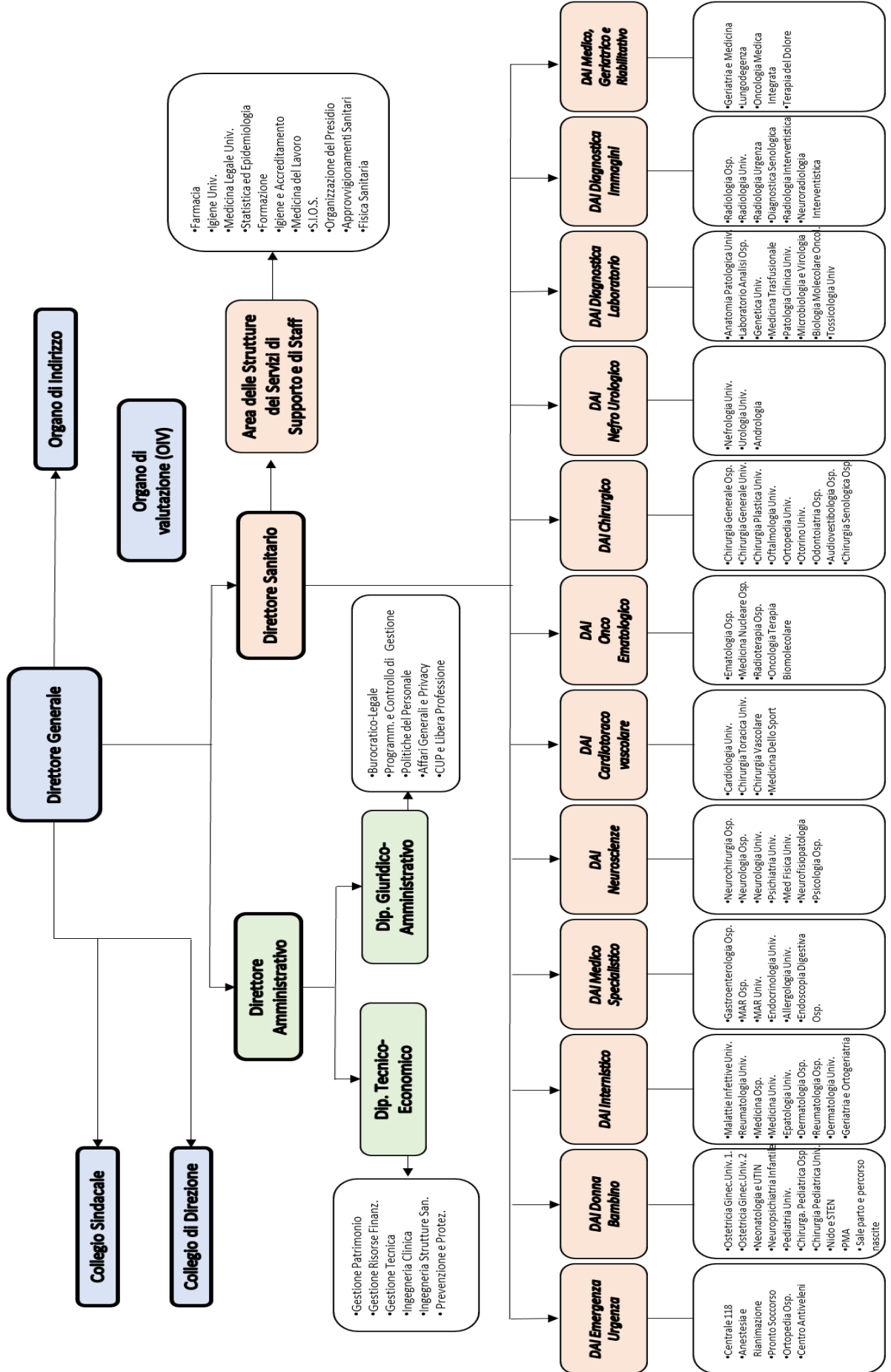
	Oftalmologia		U
	Ortopedia e Traumatologia		U
	Otorinolaringoiatria		U
	Odontoiatria	H	
	Chirurgia Oncologica	H	
	Audiovestibologia	H	
	Chirurgia Senologica	H	
Nefro-Urologico	Nefrologia e Dialisi (abilitata al trapianto di rene)		U
	Urologia e Trapianti		U
	Andrologia e Chirurgia ricostruttiva Genitali 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	
	Patologia Clinica		U
	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	Geriatrics e Medicina	H	
	Oncologia	H	
	Lungodegenza	H	
	Oncologia Medica Integrata	H	
	Oculistica integrata al Territorio	H	
	Terapia del dolore e delle attività chirurgiche	H	

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

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

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



3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

3.2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

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

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

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

È stata effettuata una sintetica fotografia del raggiunto livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile, che costituisce la base di partenza (baseline) per la programmazione ed un suo futuro sviluppo.

Si riportano i dati inerenti allo smart working relativamente al periodo:

- marzo/dicembre dell'anno 2020:

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

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

- 1° gennaio - 14 ottobre e per i fragili al 31 dicembre dell'anno 2021:

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

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

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

3.2.2 Modalità attuative del lavoro agile durante la fase ordinaria

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

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

- Flessibilità dei modelli organizzativi;
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- Responsabilizzazione sui risultati;
- Benessere del lavoratore;
- Utilità per l'amministrazione;
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive;
- Equilibrio in una logica *win-win*: l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "*Work-life balance*".

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

3.2.3 Soggetti, procedura e svolgimento della prestazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Responsabile della transizione al digitale (RTD), che è a conoscenza degli sviluppi digitali dell'amministrazione, può intervenire sulle attività "smartabili", sui processi formativi di apprendimento dei nuovi strumenti digitali e sull'ammodernamento dei servizi digitali offerti ai dipendenti. La centralità del RTD è evidenziata anche nel Piano triennale per l'informatica per la PA 2020-2022 che affida alla rete dei RTD il compito di definire un maturity model per il lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni. Sarà quindi data attuazione a tale modello, al fine di individuare i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari.

3.2.4 Strumenti tecnologici in dotazione al dipendente

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

3.2.5 Percorsi formativi

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

3.2.6 Programma di sviluppo del lavoro agile

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

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

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2023	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2025	Fonte
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA					
	Adeguare l'organizzazione dell'Ente rispetto all'introduzione del lavoro agile	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working	<i>Effettuare una prima mappatura</i>	<i>Revisione della mappatura iniziale</i>	<i>Revisione della mappatura iniziale</i>	<i>Dirigenti strutture</i>
		Mappatura delle esigenze (formazione, hardware, software, rete informatica) e quantificazione dei costi	<i>Effettuare una prima mappatura</i>	<i>Revisione della mappatura iniziale</i>	<i>Revisione della mappatura iniziale</i>	<i>SIA, Ufficio Formazione, Manut. e Impianti, Agref</i>
		Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi e/o per progetti, processi	<i>Progettazione</i>	<i>Implementazione</i>	<i>Implementazione</i>	<i>Controllo di Gestione</i>
		Presenza di un help desk informatico dedicato al lavoro agile	<i>Progettazione di un sistema di rilevazione</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Rendicontazione</i>	<i>SIA</i>
SALUTE PROFESSIONALE						

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

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO TARGET 2023	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO TARGET 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO TARGET 2025	FONTE
	investimenti e di ricavi e costi per il lavoro agile nel bilancio preventivo	competenze direzionali, organizzative e digitali funzionali al lavoro agile		necessario per l'organizzazione di corsi di formazione	necessario per l'organizzazione di corsi di formazione	Area Gestione Finanz.
		€ Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile	Verifica necessità acquisto postazioni di lavoro mobili	Acquisto postazioni di lavoro mobili in funzione del budget assegnato	Acquisto postazioni di lavoro mobili in funzione del budget assegnato	SIA Area Patrimonio
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	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/posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori	=====	A consuntivo	A consuntivo	Affari Generali
		% dipendenti in lavoro agile soddisfatti	=====	A consuntivo	A consuntivo	Affari Generali
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE	ECONOMICITÀ					
	Riduzione dei costi	Riduzione di costi per lavoro straordinario, utenze, contributo aziendale servizio mensa, materiale consumo, ecc...;	=====	A consuntivo	A consuntivo	Area Risorse Finanziarie
	EFFICIENZA					
	Riduzione delle giornate di assenza	Giornate di assenza	=====	Limitate alle ferie e malattie	Limitate alle ferie e malattie	Area 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						

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

3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L’attuale disciplina, a seguito della riforma “Madia”, invita ad uscire da una logica di stretto governo dei flussi così come da un approccio esclusivamente incrementale, per attestarsi su una visione più razionale, entrando in un campo più largo, volto, comunque, a trovare una conciliazione tra le due esigenze ancora predominanti, la prima delle quali insiste sul contesto economico e la seconda su quello sociale; una amministrazione, cioè, che da un lato costi meno e dall’altro sia in grado di erogare servizi migliori.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.1 Formazione del personale

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

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

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

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

- Centralità della persona;
- 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 2023.

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

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

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

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

4 Sezione 4: Monitoraggio

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

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














Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Policlinico Foggia

ospedaliero-universitario



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio	Valutazione Rischio	Basso	Medio	Alto	Totale Processo
A - GESTIONE RISORSE UMANE	 Medio	6	11	0	17
B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	 Medio	4	23	10	37
C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	 Medio	0	1	0	1
D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	 Medio	0	2	0	2
E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	 Medio	4	8	2	14
F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	 Medio	8	7	1	16
G - INCARICHI E NOMINE	 Medio	0	2	0	2
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	 Medio	1	5	0	6
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	 Medio	16	9	0	25
M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	 Medio	2	8	1	11
N - DECESSI INTRA AZIENDALI	 Medio	0	1	0	1
TOTALE AREE 11	TOTALE	41	77	14	132



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio	Valutazione Rischio	Sottoarea	Valutazione Rischio
A - GESTIONE RISORSE UMANE	Medio 😞 6	<u>A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE</u>	Medio 😞 5
		<u>A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO</u>	Medio 😞 8
		<u>A.A11 - BORSE DI STUDIO</u>	Medio 😞 12
		<u>A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI</u>	Medio 😞 7
		<u>A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE</u>	Medio 😞 6
		<u>A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE</u>	Medio 😞 9
		<u>A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI</u>	Basso 😊 0
		<u>A.A6 - BENEFICI EX LEGE</u>	Medio 😞 5
		<u>A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI</u>	Basso 😊 0
		<u>A.A8 - ECM</u>	Medio 😞 11
		<u>A.A9 - FORMAZIONE NORMATA</u>	Medio 😞 7
B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Medio 😞 11	<u>B.B1 - PROCEDURA APPALTO</u>	Medio 😞 10
		<u>B.B10 - FABBISOGNI</u>	Medio 😞 7
		<u>B.B11 - CONVENZIONI</u>	Medio 😞 8
		<u>B.B2 - CAPITOLATI</u>	Alto 😡 20
		<u>B.B3 - BANDI</u>	Medio 😞 10
		<u>B.B4 - COMMISSIONI</u>	Medio 😞 12
		<u>B.B5 - REQUISITI</u>	Medio 😞 10
		<u>B.B6 - CONTRATTI</u>	Medio 😞 12
		<u>B.B7 - TRASPARENZA</u>	Medio 😞 5
		<u>B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO</u>	Alto 😡 16
		<u>B.B9 - ORDINI</u>	Medio 😞 13
C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Medio 😞 11	<u>A.A8 - ECM</u>	Medio 😞 11



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio	Valutazione Rischio	Sottoarea	Valutazione Rischio
D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO	Medio 😊 11	<u>G.G1 - INCARICHI E NOMINE</u>	Medio 😊 11
E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Medio 😊 9	<u>E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO</u>	Medio 😊 12
		<u>E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI</u>	Medio 😊 7
		<u>E.E12 - CASSA</u>	Basso 😊 3
		<u>E.E2 - PROGRAMMAZIONE</u>	Medio 😊 8
		<u>E.E3 - MANUTENZIONI</u>	Alto 😡 15
		<u>E.E4 - BENI e RISORSE</u>	Medio 😊 9
		<u>E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE</u>	Basso 😊 2
		<u>E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA</u>	Medio 😊 11
		<u>E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI</u>	Medio 😊 13
F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Medio 😊 7	<u>F.F1 - RISCHI E MISURE</u>	Basso 😊 3
		<u>F.F2 - ASTENSIONI</u>	Medio 😊 9
		<u>F.F3 - SORVEGLIANZA SANITARIA</u>	Medio 😊 9
		<u>F.F4 - RIFIUTI SPECIALI</u>	Medio 😊 9
		<u>F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI</u>	Medio 😊 5
G - INCARICHI E NOMINE	Medio 😊 11	<u>G.G1 - INCARICHI E NOMINE</u>	Medio 😊 11
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Medio 😊 5	<u>H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI</u>	Medio 😊 10
		<u>H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI</u>	Medio 😊 10
		<u>H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI</u>	Basso 😊 0
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Medio 😊 6	<u>I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE</u>	Medio 😊 7
		<u>I.I2 - PRESTAZIONI E CUP</u>	Basso 😊 2
		<u>I.I3 - TICKET</u>	Medio 😊 6
		<u>I.I4 - ALPI</u>	Medio 😊 10
M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Medio 😊 8	<u>M.M1 - PIANI TERAPEUTICI</u>	Medio 😊 9
		<u>M.M2 - GESTIONE SPESA</u>	Medio 😊 12




Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025


Area di rischio	Valutazione Rischio	Sottoarea	Valutazione Rischio
M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Medio 😞 8	<u>M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO</u>	Medio 😞 7
		<u>M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI</u>	Medio 😞 7
		<u>M.M5 - SEGNALAZIONI</u>	Medio 😞 8
		<u>M.M6 - SOMMINISTRAZIONE</u>	Medio 😞 5
		<u>M.M7 - SPERIMENTAZIONI</u>	Medio 😞 5
		<u>M.M8 - SPONSORIZZAZIONI</u>	Medio 😞 8
N - DECESSI INTRA AZIENDALI	Medio 😞 9	<u>N.N1 - DECESSI</u>	Medio 😞 9

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025


Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

Sottoarea	<u>A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE</u>		
Processo	A.A1.4.ORG013 - Procedure di reclutamento del personale - Procedure per progressione di carriera - Procedure di conferimento incarichi (dirigenziali, di posizione, di coordinamento)		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.01 - Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutar	Misura effettiva specifica obbligatoria 052 - Trasparenza amministrativa nei procedimenti concorsuali	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni eseguite su AT e Albo pretorio online rispetto al totale delle procedure di reclutamento (Perc.)
	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Controlli interni previsti dai regolamenti	Indicatori di monitoraggio della misura: Acquisizione delle attestazioni di insussistenza conflitto interessi e di incompatibilità in sede contrattuale (S/N)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli a campione sui requisiti di accesso (Perc.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica della insussistenza della condizione ostativa per soggetti in quiescenza (S/N)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica della sussistenza di precedenti penali al momento della formazione di Commissioni di concorso (S/N)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica della sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici (S/N)

Sottoarea	<u>A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO</u>		
Processo	A.A10.16.ORG050 - Attività didattico-formativa		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	Responsabile	Santantonio Teresa Antonia
Storico fattori di rischio			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.07 - Discrezionalità e favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 254 - Seduta pubblica in sede di prove orali	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza verifiche collegiali sulla preparazione studenti (S/N)


Processo	A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	Responsabile	CANTATORE Francescopaolo
Storico fattori di rischio			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.07 - Collusione e favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 215 - Previsione della presenza di più docenti in commissione per esami	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione misura della co-presenza docenti in Commissione (S/N)


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE


Sottoarea	<u>A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO</u>	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.15 - Omessa verifica di eventuali incompatibilità per attività sponsorizzate	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti	Indicatori di monitoraggio della misura:

Processo	A.A10.24.ORG009 - Autorizzazione personale partecipazione eventi, corso o master per formazione specialistica/specifica (agg. facoltativo e obbligatorio) sia di tipo sanitario che tecnico-professionale e amministrativo con oneri;	
Valutazione Rischio	Medio 	11
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.14 - Formazione e sensibilizzazione	Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N 2022:Si)
	Misura effettiva specifica ulteriore 255 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza banca dati interna per controlli (S/N)

Sottoarea	<u>A.A11 - BORSE DI STUDIO</u>	
Processo	A.A11.26.OORG012 - Procedimento di assegnazione di borse di studio	
Valutazione Rischio	Medio 	12
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio		


RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.06 - Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari	Misura effettiva specifica obbligatoria 013 - Regolamento per conferimento e autorizzazione incarichi	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento (S/N 2022:Si)
	Misura effettiva specifica ulteriore 243 - Attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione sistema di gestione delle segnalazioni illeciti (S/N 2022:Si)

Sottoarea	<u>A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI</u>	
Processo	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	
Valutazione Rischio	Basso 	2
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio		


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

Sottoarea	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche	Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarichi (Perc. 2022:100,00%)
	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero verbali all'anno in materia di privacy audit (Num. 2022:100,00)


Processo	A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-ufficio di competenza	
Valutazione Rischio	Medio  9	
Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	Responsabile CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.04 - Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità	Misura effettiva specifica ulteriore 211 - Intensificazione dei controlli a campione	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero controlli interni a campione (Num.)
RA.15 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento incarichi extra-aziendali (S/N 2022:Si)

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

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


Sottoarea	A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE
-----------	---------------------------------------


Processo	H.H2.220.ORG014 - Rapporti e informative sindacali	
Valutazione Rischio	Basso  3	
Struttura	ORG014 - SS RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI	Responsabile CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio		


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


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

Sottoarea	<u>A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE</u>		
Processo	A.A3.9.ORG013 - Corresponsione mensile emolumenti stipendiali, emolumenti accessori, competenze arretrate, cessione del quinto dello stipendio, rilascio certificati di stipendio		
Valutazione Rischio	Medio		8
Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RA.07 - Collusione	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N)	

Sottoarea	<u>A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE</u>		
Processo	A.A4.12.ORG013 - Attestazione della presenza in servizio		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RA.07 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva specifica ulteriore 225 - Nell'ambito delle risorse disponibili, informatizzazione del servizio di gestione del personale con controlli incrociati automatizzati	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza sistema rilevazione presenze informatizzato (S/N)	


Sottoarea	<u>A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI</u>		
Processo	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati	Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Codice di Comportamento: Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo.	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N)	

Sottoarea	<u>A.A6 - BENEFICI EX LEGE</u>		
Processo	A.A6.16.ORG013 - Riconoscimento di benefici non economici connessi a permessi, congedi e aspettative dal servizio (L.104 etc.)		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio			


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE


Sottoarea	<u>A.A6 - BENEFICI EX LEGE</u>	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.10 - Illegittimo rilascio di autorizzazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000).	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N)

Sottoarea	<u>A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI</u>	
Processo	A.A7.18.ORG009 - Elaborazione Piano Formativo Aziendale	
Valutazione Rischio	Basso  0	
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.14 - Piano aziendale - regolamentazione della formazione	Misura effettiva trasversale obbligatoria 385 - Aggiornamento Piano formativo aziendale e Formazione del personale	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale sul tema della legalità, codice di comportamento e sull'istituto del whistleblowing (Num.) Indicatori di monitoraggio della misura: Inserimento nel PFA di percorsi formativi al personale in materia di etica, legalità e codice di comportamento (S/N) Indicatori di monitoraggio della misura: Rilevazione fabbisogni formativi dalle strutture aziendali (S/N)

Sottoarea	<u>A.A8 - ECM</u>	
Processo	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS);	
Valutazione Rischio	Medio  11	
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio		


RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RC.06 - Abuso della discrezionalità	Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità?	Indicatori di monitoraggio della misura: Utilizzo portale Agenas (S/N 2022:Si)

Sottoarea	<u>A.A9 - FORMAZIONE NORMATA</u>	
Processo	A.A9.32.ORG075 - Attività didattico-formativa	
Valutazione Rischio	Basso  1	
Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	Responsabile SOLLITTO Francesco
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RA.07 - Favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 249 - Costituzione di commissioni secondo criteri precisi e vincolanti	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza calendario per tirocini e frequenza (S/N)




Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio **A - GESTIONE RISORSE UMANE**

Sottoarea	A.A9 - FORMAZIONE NORMATA		
Processo	A.A9.22.ORG009 - Formazione per Enti pubblici e privati: a) Convenzione per corsi D.Lgs.81/2008; b) Convenzione per Corsi BLS — BLS•D		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RA.14 - Lobbying	Misura effettiva specifica ulteriore 211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000).	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale intensificazione controlli interni (Perc. 2022:100,00%)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025


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

Sottoarea	B.B1 - PROCEDURA APPALTO		
Processo	B.B1.66.ORG075 - Rapporti con le aziende del farmaco		
Valutazione Rischio	Medio		10
Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	Responsabile	SOLLITTO Francesco
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.10 - Elusione delle regole per la corretta concorrenza	Misura effettiva specifica ulteriore 282 - Accordi illeciti con aziende del farmaco.	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione Codice dei Contratti (S/N)	
Processo	16PRO.B.B20.ORG018 - Individuazione procedura di gara		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.03 - Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente piu' vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa	Misura effettiva specifica ulteriore 282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza chiedend	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale gare con il criterio OEV rispetto al prezzo più basso (Perc.)	
Processo	B.B1.29.ORG017 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento. Procedure di scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ex Codice contratti pubblici relativi a lavori e f		
Valutazione Rischio	Alto		15
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.23 - Violazione delle norme in materia di gare ed affidamenti pubblici	Misura effettiva specifica ulteriore 816 - Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza della motivazione nella determina a contrarre circa la scelta dello strumento di affidamento (S/N 2022:Si)	
Sottoarea	B.B10 - FABBISOGNI		
Processo	16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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


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

Processo	B.B10.110.ORG011 - Misure di sicurezza informatica adeguate per la protezione dei dati personali		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			

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

Processo	B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto		
Valutazione Rischio	Alto		20
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ	Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Aggiornamenti annuali programmazione per acquisti di servizi e forniture (sopra la soglia 40k)	Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione programmazione degli acquisti sul sito web istituzionale (S/N 2022:Si)


Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI		
Processo	B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.07 - Elusione delle regole di individuazione delle associazioni di volontariato, al fine di agevolare un particolare soggetto	Misura effettiva specifica ulteriore 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.	Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione atti relativi alle Convenzioni (S/N 2022:Si)


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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


Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.13 - Collusione	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse. Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni conflitti rilevate (Perc. 2022:100,00%)

Processo	B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.10 - Omissioni pubblicazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni dati (Perc. 2022:100,00%)
RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente	Misura effettiva specifica ulteriore 285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento interno (S/N 2022:Si)

Processo	H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE	Responsabile	MASTROPIERI SIMONETTA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Attività professionale che riguarda l'intero iter amministrativo-legale dei procedimenti. Formazione degli atti e compimento delle attività fino alla chiusura e archiviazione del fascicolo.		


RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RH.02 - Incarichi legali esterni e CTP a stessi soggetti	Misura effettiva specifica obbligatoria MI.22669 - Creazione di elenchi legali e consulenti esterni mediante avviso pubblico e pubblicazione elenco sul sito web istituzionale	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza short list (S/N 2022:Si)
RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati	Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo interno (S/N 2022:Si)

Sottoarea	B.B2 - CAPITOLATI		
Processo	B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)		
Valutazione Rischio	Alto		20
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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


Sottoarea	B.B2 - CAPITOLATI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.	Misura effettiva specifica ulteriore 823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura pre-informazione (S/N 2022:Si)

Processo	B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione	
Valutazione Rischio	Alto	 20
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.02 - Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)	Misura effettiva specifica ulteriore 290 - Definizione di requisiti proporzionati al valore e all'oggetto della gara	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2022:Si)

Processo	B.B2.33.ORG017 - Requisiti di aggiudicazione	
Valutazione Rischio	Alto	 20
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		


RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.63 - Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito.	Misura effettiva specifica ulteriore 282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza criteri obiettivi (S/N 2022:Si)


Processo	B.B2.34.ORG017 - Valutazione delle offerte	
Valutazione Rischio	Alto	 20
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	<u>B.B2 - CAPITOLATI</u>	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte	Misura effettiva specifica ulteriore 842 - Scelta dei componenti delle commissioni	Indicatori di monitoraggio della misura: Scelta commissari di gara da Albo ANAC (S/N)
	Misura effettiva specifica ulteriore 867 - Formalizzazione e pubblicazione da parte dei funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale acquisizione attestazioni da tutto il personale coinvolto (Perc. 2022:100,00%)

Sottoarea	<u>B.B3 - BANDI</u>	
Processo	B.B3.36.ORG017 - Revoca dei bandi	
Valutazione Rischio	Medio  10	
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.12 - Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara	Misura effettiva specifica ulteriore 854 - Controlli interni in caso di revoche di procedure di gara.	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero procedure revocate (Num. 2022:0,00)


Sottoarea	<u>B.B4 - COMMISSIONI</u>	
Processo	B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara	
Valutazione Rischio	Alto  15	
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 840 - Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione atti Commissioni (Perc.)
	Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazione insussistenza conflitti acquisiti rispetto al totale (Perc. 2022:100,00%)

Processo	B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici	
Valutazione Rischio	Medio  10	
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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


Sottoarea	B.B4 - COMMISSIONI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 843 - Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari e consulenti, anche prevedendo la rendicontazione periodica al RPC, almeno per contratti di importo rilevante, atti a far emergere l'eventuale frequente ricorrenza dei medesimi nomi	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2022:Si)

Processo	M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività	
Valutazione Rischio	Medio  11	
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica obbligatoria 125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento Sponsorizzazioni (S/N 2022:Si)
	Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti (Perc. 2022:100,00%)
RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.	Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti	Indicatori di monitoraggio della misura: Misura di controllo tramite check-list (S/N 2022:Si)

Sottoarea	B.B5 - REQUISITI	
Processo	B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.	
Valutazione Rischio	Medio  10	
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 285 - Attività di controllo di procedimenti, atti, altre informazioni da parte di almeno due dipendenti secondo rotazione casuale	Indicatori di monitoraggio della misura: Controlli requisiti ex art. 80-83 Dlgs 50/16. Controlli antimafia ai sensi dell'art. 85 d.lgs.n159/11 (S/N 2022:Si)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale presenza della clausola anti-pantouflage nei bandi e negli atti di gara rispetto al totale delle procedure (Perc. 2022: 100,00%)


Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI	
Processo	B.B6.19.ORG011 - Attestazioni e collaudi	
Valutazione Rischio	Medio  10	
Struttura	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		




Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI


Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 882 - Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione.	Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica insussistenza conflitto interessi (S/N 2022:Si)

Processo	16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno	
Valutazione Rischio	Medio  12	
Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	Responsabile BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	

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

Processo	16PRO.B.B110.ORG074 - Definizione dei fabbisogni	
Valutazione Rischio	Medio  12	
Struttura	ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA	Responsabile DE SANTIS MASSIMO
Storico fattori di rischio		


RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ	Misura effettiva specifica ulteriore 801 - Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo dei fabbisogni (S/N 2022:Si)

Processo	16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi	
Valutazione Rischio	Medio  12	
Struttura	ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA	Responsabile DE SANTIS MASSIMO
Storico fattori di rischio		


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.53 - Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	Misura effettiva specifica ulteriore 812 - Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione nella nomina del RP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazione insussistenza conflitti del RUP acquisite sul totale delle procedure (Perc. 2022:100,00%)
RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale acquisizione attestazioni insussistenza conflitti sul totale dei collaudi effettuati (Perc. 2022:100,00%)

Processo	16PRO.B.B4.ORG018 - Nomina componenti di Commissione di gara		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		




RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 850 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti, alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'art. 51 c.p.c., e di quanto previsto dall'art. 77 del D.lgs 50/2016 e s.m.i.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale dichiarazioni acquisite sul totale delle procedure di gara concluse (Perc.)

Processo	16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE		
Valutazione Rischio	Medio		10
Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.	Misura effettiva specifica ulteriore 304 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N)
RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli sui requisiti dell'OE ai sensi degli artt. 80-83 del D.lgs 50/2016 e s.m.i.	Tempi e modi di attuazione: Dopo l'espletamento della procedura di gara, ai fini dell'aggiudicazione definitiva, viene effettuata la verifica ex art.80 D.lgs 50/2016 e s.m.i. oltre ai controlli antimafia, carichi pendenti, casellario giudizi e fallimentare. Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli requisiti secondo norma sul totale degli affidamenti (Perc.)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025


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

Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.	Misura effettiva specifica ulteriore 881 - Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni obbligatorie per professionisti incaricati (Perc.)	
Processo	16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte	Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	Indicatori di monitoraggio della misura: Utilizzo di check list di controllo (S/N)	
RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.	Misura effettiva specifica ulteriore 827 - Direttive/linee guida interne, oggetto di pubblicazione, che disciplinino la procedura da seguire, improntata ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza check-list di auto-controllo (S/N)	
Processo	B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Responsabile	ESPOSITO Elisabetta
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.15 - Omissione di programmazione degli acquisti	Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Controllo della Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza programmazione (S/N)	
Processo	B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali		
Valutazione Rischio	Alto		20
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.04 - Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa	Misura effettiva specifica ulteriore 823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di pubblicazione avviso (S/N 2022:Si)	


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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


Sottoarea	<u>B.B6 - CONTRATTI</u>	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.56 - Elusione delle regole di affidamento degli appalti	Misura effettiva specifica ulteriore 877 - Effettuazione di un report periodico (ad esempio semestrale), da parte dell'ufficio contratti, al fine di rendicontare agli uffici di controllo interno di gestione le procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggiore rilievo	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale massima di proroghe sul totale delle procedure (Perc.)

Processo	B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti	
Valutazione Rischio	Medio  10	
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.57 - Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione.	Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale massima di procedure per le quali è pervenuta una sola offerta (Perc.) Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza check-list auto-controllo (S/N 2022:Si)

Processo	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	
Valutazione Rischio	Medio  11	
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.14 - Proposta di nominativo pilotata	Misura effettiva specifica ulteriore 564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni previste dalla norma (Perc. 2022:100,00%)
RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi (Num. 2022: 100,00)


Sottoarea	<u>B.B7 - TRASPARENZA</u>	
Processo	16PRO.B.B6.ORG001 - Trasparenza amministrativa e Regolamentazione	
Valutazione Rischio	Alto  15	
Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Responsabile ESPOSITO Elisabetta
Storico fattori di rischio		




Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI


Sottoarea B.B7 - TRASPARENZA		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.17 - Omissione di pubblicazione o di Regolamentazione aziendale	Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - Trasparenza amministrativa ai sensi del DLgs 33/13 e smi	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni obbligatorie (Perc.)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 017 - Attestazioni Incompatibilità e Inconferibilità	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione attestazioni (Perc.)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 029 - Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale aziendale in materia di trasparenza e corruzione (Num.)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 127 - Adozione di Regolamenti aziendali	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero dei Regolamenti aziendali adottati (Num. 2022:2,00)

Processo	B.B7.ORG015 - Applicazione del PTPCT		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO	Responsabile	DI GIOVINE GIUSEPPE
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
Descrizione processo e relative fasi	Manuale delle procedure contabili		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.	Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	Tempi e modi di attuazione: Misura già attuata Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione misure previste dal PTPCT (S/N 2022:Si)

Processo	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			


RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche	Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici (Perc. 2022:100,00%)
	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero verbali all'anno in materia di privacy audit (Num. 2022:100,00)

Processo	B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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


Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.	Misura effettiva specifica ulteriore 835 - Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, predefinizione e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione atti sul web (Perc.)

Processo	M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico	
Valutazione Rischio	Medio  5	
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite (Perc. 2022: 100,00%)

Sottoarea	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO	
Processo	B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto	
Valutazione Rischio	Alto  20	
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		


RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.05 - Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni	Misura effettiva specifica ulteriore 875 - Controlli interni e pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza controlli interni (Perc. 2022: 50,00%)

Processo	B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori	
Valutazione Rischio	Medio  11	
Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	Responsabile BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	


RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.70 - Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	Misura effettiva specifica ulteriore 804 - Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze	Indicatori di monitoraggio della misura: Monitoraggio periodico dei tempi programmati (SAL) (S/N)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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



Sottoarea	<u>B.B9 - ORDINI</u>		
Processo	B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.76 - Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti.	Misura effettiva specifica ulteriore 820 - Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza clausole standard (S/N 2022:Si)	



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025			
Area di rischio C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO			
Sottoarea	A.A8 - ECM		
Processo	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS);		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RC.06 - Abuso della discrezionalità	Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità?	Indicatori di monitoraggio della misura: Utilizzo portale Agenas (S/N 2022:Si)	


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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


Sottoarea	G.G1 - INCARICHI E NOMINE		
Processo	G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI	Responsabile	TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	il processo inizia con note protocollate tra i due enti. Si perfeziona la convenzione con disciplinare di convenzione sottoscritto dai rappresentanti degli enti e si prende atto del suddetto disciplinare sottoscritto con deliberazione del direttore generale.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		Indicatori:	
Processo	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.14 - Proposta di nominativo pilotata	Misura effettiva specifica ulteriore 564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni previste dalla norma (Perc. 2022:100,00%)	
RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi (Num. 2022: 100,00)	


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	<u>E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO</u>		
Processo	E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RE.05 - Effettuare registrazioni e rilevazioni non corrette/non veritiere	Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di inventariazione (S/N)	

Sottoarea	<u>E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI</u>		
Processo	16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Responsabile	ESPOSITO Elisabetta
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RE.05 - Omissione di procedure contabili	Misura effettiva specifica ulteriore 504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza PAC (S/N 2022:Si)	


Processo	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche	Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici (Perc. 2022:100,00%)	
	Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero verbali all'anno in materia di privacy audit (Num. 2022:100,00)	


Processo	E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento		
Valutazione Rischio	Medio		7
Struttura	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO	Responsabile	DI GIOVINE GIUSEPPE
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
Descrizione processo e relative fasi	Manuale delle procedure amministrativo - contabili		


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Sottoarea E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.03 - Corresponsioni non dovute per mancanza di tutti gli elementi necessari relativi ai controlli e alla liquidazione, secondo gli assetti organizzativi e le competenze previste	Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili e Disposizioni di servizio	<p>Tempi e modi di attuazione: Misura attuata</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale campione minimo di controlli su mandati emessi nel trimestre (Perc. 2022:1,00%)</p>
		<p>Tempi e modi di attuazione: Misura attuata</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N)</p>
RE.06 - Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente	Misura effettiva specifica ulteriore 502 - Verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati	<p>Tempi e modi di attuazione: Misura attuata</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2022:Si)</p>

Sottoarea E.E12 - CASSA		
Processo E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale		
Valutazione Rischio	Basso  3	
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.05 - Effettuare rilevazioni non corrette/non veritiere	Misura effettiva trasversale ulteriore 461 - Controllo di regolarità contabile e Regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza Regolamento Cassa economale (S/N 2022:Si)

Sottoarea E.E2 - PROGRAMMAZIONE		
Processo E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare		
Valutazione Rischio	Medio  8	
Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	Responsabile BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte	Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione dati relativi alla programmazione (Perc.)

Sottoarea E.E3 - MANUTENZIONI		
Processo E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi, di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50		
Valutazione Rischio	Alto  15	
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.01 - Assenza di programmazione	Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Programmazione e Misure di trasparenza	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza programmazione biennale (S/N 2022:Si)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025


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

Sottoarea	<u>E.E4 - BENI e RISORSE</u>		
Processo	E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili		
Valutazione Rischio	Alto		15
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RE.07 - Omissione inventariazione o irregolarità	Misura effettiva specifica ulteriore 504 - Verifiche periodiche ed Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misure PAC (S/N 2022:Si)
Processo	16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte	Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione informazioni richieste dal dlgs 33/13 (Perc.)
Sottoarea	<u>E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE</u>		
Processo	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati	Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Codice di Comportamento: Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo.		Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N)
Processo	E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance		
Valutazione Rischio	Basso		3
Struttura	ORG005 - SC CONTROLLO DI GESTIONE	Responsabile	QUARTUCCI COSTANTINO
Storico fattori di rischio			


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Sottoarea	<u>E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE</u>	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.05 - Alterazione degli indicatori di risultato al fine di consentire un'attribuzione indebita dei compensi legati al raggiungimento degli obiettivi	Misura effettiva specifica ulteriore 215 - Previsione della presenza di più soggetti e strutture competenti e relazione annuale su criticità eventualmente riscontrate nella gestione dei progetti di performance	Tempi e modi di attuazione: Misura già applicata Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza attività in forma collegiale (S/N 2022:Si)
	Misura effettiva trasversale ulteriore 452 - Informatizzazione dei processi e aggiornamento SMVP	Indicatori di monitoraggio della misura: Aggiornamento sistema SMIVAP (S/N 2022:Si)
	Misura effettiva trasversale ulteriore 456 - Validazione dell' Organismo di valutazione Pubblicazione su Amministrazione Trasparente della validazione OIV della Relazione sulla performance	Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione validazione OIV sulla relazione Performance (S/N 2022:Si)

Sottoarea	<u>E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA</u>	
Processo	E.E7.77.ORG015 - Registros contabili	
Valutazione Rischio	Medio 	8
Struttura	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO	Responsabile DI GIOVINE GIUSEPPE
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	
Descrizione processo e relative fasi	MANUALE DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE-CONTABILI	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.05 - Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere	Misura effettiva specifica ulteriore 504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) e Manuale Procedure amministrativo-contabili	Tempi e modi di attuazione: Misura attuata Indicatori di monitoraggio della misura: Manuale delle procedure amministrativo-contabili (S/N 2022:Si)


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

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RE.02 - Discrezionalità nell'effettuazione dei solleciti e del rispetto dei termini per il recupero crediti	Misura effettiva trasversale obbligatoria 381 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Indicatori di monitoraggio della misura: Controllo periodico sullo scadenziario (S/N 2022:Si)






Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Sottoarea	<u>E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI</u>		
Processo	E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile	STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino	Misura effettiva specifica ulteriore 660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale max rettifiche magazzino (Perc.)
			Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza sistema informatizzato (S/N)
			Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica mensile inventario magazzino (S/N)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	E.E10.01.ORG012 - Procedimenti amministrativi		
Valutazione Rischio	Medio		10
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione monitoraggio tempi procedurali	Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - Mappatura e Monitoraggio procedimenti	Indicatori di monitoraggio della misura: N° Procedimenti Amministrativi Conclusi con Ritardo (Num. 2022:0,00) Indicatori di monitoraggio della misura: N° Procedimenti Amministrativi Conclusi entro i Termini (Num. 2022:100,00) Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale procedimenti amministrativi mappati per competenza (Perc. 2022:100,00%) Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione procedimenti in Amministrazione Trasparente (art. 35 del D.Lgs 33/13) (S/N 2022:Si)	
Processo	F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE	Responsabile	MASTROPIERI SIMONETTA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	F.F1.05.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Alto		15
Struttura	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	F.F1.05.ORG012 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Medio		10
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile	STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA	Responsabile	DE SANTIS MASSIMO
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	Responsabile	NOTARANGELO Maria Loreta
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	
Processo	F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	Responsabile	BORRELLI LUIGI
Storico fattori di rischio	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico		
Valutazione Rischio	Basso		1
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.02 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità	Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	Indicatori di monitoraggio della misura: Clausola di osservanza del Codice comportamentale alla sottoscrizione del contratto di assunzione (S/N 2022:Si)	
	Misura effettiva specifica obbligatoria 029 - Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale personale formato in materia di gestione documentale informatizzata (Perc.)	
	Misura effettiva specifica ulteriore 531 - Standardizzazione dei processi	Indicatori di monitoraggio della misura: Aggiornamento manuale di gestione documentale (S/N 2022:Si)	
Processo	F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale Il livello RPCT		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - MG01 ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni obbligatorie in amministrazione trasparente sul totale degli adempimenti di tutte le strutture (Perc.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuali atti pubblicati in formato open - rielaborabile (Perc.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza pubblicazioni ulteriori in amministrazione trasparente (S/N)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione registro accessi sul sito web (S/N)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 005 - MG02 CODICE DI COMPORTAMENTO	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero di ricorsi/reclami ricevuti da Garante o ANAC (Num.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Numero procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti) (Num.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Numero procedimenti disciplinari avviati con riferimento ai reati contro la PA (Num.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Numero procedimenti per violazione del Codice di Comportamento (al 31/12) (Num.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Numero ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici (Num.)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza casi assenza ingiustificata dei dipendenti (S/N)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 009 - MG15 ROTAZIONE DEL PERSONALE	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione della misura della rotazione o misura equivalente (segregazioni funzioni) da parte dei Dirigenti (S/N)
		Indicatori di monitoraggio della misura: Numero rotazioni straordinarie applicate al personale (Num.)
	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - MG06 MONITORAGGIO CONFLITTI DI INTERESSI	Indicatori di monitoraggio della misura: Rilevazione di effettiva sussistenza di conflitto di interessi tramite controlli o su segnalazione (S/N)
Misura effettiva specifica obbligatoria 016 - MG08 INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'	Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione in AT delle attestazioni su incompatibilità e inconfiribilità (S/N)	
Misura effettiva specifica obbligatoria 021 - MG10 FORMAZIONE DI COMMISSIONI-ASSEGNAZIONI UFFICIO	Indicatori di monitoraggio della misura: Acquisizione d'ufficio delle attestazioni di insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle Commissioni (S/N)	
Misura effettiva specifica obbligatoria 024 - MG12 WHISTLEBLOWING	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero segnalazioni pervenute anche tramite l'istituto del whistleblowing (Num.)	
Misura effettiva specifica obbligatoria 029 - MG14 FORMAZIONE DEL PERSONALE	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero di iniziative di formazione e sensibilizzazione del personale (Num.)	
Misura effettiva specifica obbligatoria 031 - MG16 SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTI CON SOCIETA' CIVILE	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero eventi per sensibilizzazione della cittadinanza (giornata della trasparenza) (Num.)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

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

Processo	F.F1.92.ORG010 - Sorveglianza sanitaria		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE	Responsabile	DE SANTIS MASSIMO
Storico fattori di rischio			




RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RF.06 - Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Controlli e regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Controlli periodici sulle attività espletate da società esterna incaricata (S/N 2022:Si)

Processo	ORG010.F.F1 - Monitoraggio periodico trasversale		
Valutazione Rischio			
Struttura	ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE	Responsabile	DE SANTIS MASSIMO
Storico fattori di rischio			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RF.05 - Omissione dei controlli di merito	Misura effettiva trasversale obbligatoria 383 - Monitoraggio indicatori	Indicatori di monitoraggio della misura:


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	<u>F.F2 - ASTENSIONI</u>		
Processo	F.F2.94.ORG010 - Prevenzione e gestione di conflitti (utenza esterna e dipendenti)		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE	Responsabile	DE SANTIS MASSIMO
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.02 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza casi astensione per conflitto di interesse (S/N 2022:Si)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2022:Si)	
Sottoarea	<u>F.F3 - SORVEGLIANZA SANITARIA</u>		
Processo	F.F3.96.ORG010 - Gestione cartelle sanitarie e di rischio		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE	Responsabile	DE SANTIS MASSIMO
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.09 - Omissione misure di riservatezza per cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori	Misura effettiva specifica ulteriore 533 - Controlli periodici sull'applicazione delle misure di sicurezza	Indicatori di monitoraggio della misura: Controlli periodici sull'applicazione delle misure di sicurezza fisiche per l'accesso alle cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori (S/N 2022:Si)	
Sottoarea	<u>F.F4 - RIFIUTI SPECIALI</u>		
Processo	F.F4.99.ORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	Responsabile	MEZZADRI Franco Angelo
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.06 - Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero attestazioni ricevute di conflitto interessi (Num.)	
	Misura effettiva specifica ulteriore 215 - Attività di sorveglianza	Indicatori di monitoraggio della misura: Monitoraggio e sorveglianza periodica (S/N)	


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI		
Processo	F.F5.101.ORG002 - Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, definizione delle strategie e dei protocolli delle attività di disinfezione disinfestazione e sterilizzazione		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	Responsabile	MEZZADRI Franco Angelo
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RF.05 - Omissione dei controlli di merito e proceduralizzazione	Misura effettiva specifica ulteriore 532 - Definizione di procedure	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza di nuove tecnologie per monitoraggio sistemi sanificazione (S/ N)	




Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio G - INCARICHI E NOMINE

Sottoarea	G.G1 - INCARICHI E NOMINE		
Processo	G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI	Responsabile	TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	il processo inizia con note protocollate tra i due enti. Si perfeziona la convenzione con disciplinare di convenzione sottoscritto dai rappresentanti degli enti e si prende atto del suddetto disciplinare sottoscritto con deliberazione del direttore generale.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		Indicatori:	
Processo	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE	Responsabile	CANCELLARO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.14 - Proposta di nominativo pilotata	Misura effettiva specifica ulteriore 564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni previste dalla norma (Perc. 2022:100,00%)	
RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi (Num. 2022: 100,00)	



Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Sottoarea	<u>H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI</u>		
Processo	H.H1.108.ORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione		
Valutazione Rischio	Medio		10
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente	Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Regolamentazione e Codice di Comportamento	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione Regolamento e Codice di Comportamento (S/N 2022:Si)	
Sottoarea	<u>H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI</u>		
Processo	B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.10 - Omissioni pubblicazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni dati (Perc. 2022:100,00%)	
RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente	Misura effettiva specifica ulteriore 285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento interno (S/N 2022:Si)	
Processo	H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE	Responsabile	MASTROPIERI SIMONETTA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	Attività professionale che riguarda l'intero iter amministrativo-legale dei procedimenti. Formazione degli atti e compimento delle attività fino alla chiusura e archiviazione del fascicolo.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RH.02 - Incarichi legali esterni e CTP a stessi soggetti	Misura effettiva specifica obbligatoria MI.22669 - Creazione di elenchi legali e consulenti esterni mediante avviso pubblico e pubblicazione elenco sul sito web istituzionale	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza short list (S/N 2022:Si)	
RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati	Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo interno (S/N 2022:Si)	




Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI		
Processo	H.H2.111.ORG012 - Gestione risarcimento danni		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Controlli e trasparenza	Indicatori di monitoraggio della misura: Monitoraggio e verifica efficacia regolamentazione aziendale (S/N 2022:Si) Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione dati risarcimenti ultimi 5 anni (Perc. 2022: 100,00%) Indicatori di monitoraggio della misura: Verifiche interne congruenza importi richiesti con importi liquidati (S/N 2022:Si)	
Processo	H.H2.112.ORG006 - Recupero crediti		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE	Responsabile	MASTROPIERI SIMONETTA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RH.05 - Crediti non recuperati per favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli recupero crediti (Perc.)	
Sottoarea	H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI		
Processo	H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE	Responsabile	MASTROPIERI SIMONETTA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RH.02 - Rispetto delle Linee guida ANAC n. 12 Affidamento dei servizi legali - delibera ANAC n. 907 del 24 ottobre 2018	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza regolamento (S/N 2022:Si)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025


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


Sottoarea			
I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE			
Processo			
I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI			
Valutazione Rischio			
Medio  7			
Struttura			
ORG003 - SSD CUP E ALPI		Responsabile TONTI TIZIANA	
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi			
L'Azienda gestisce l'ALPI della dirigenza secondo il regolamento aziendale deliberato con atto n°492/2017 redatto in ottemperanze al regolamento Regolamento Regionale n° 2 del 2016 e alle disposizioni normative nazionali. Con lo stesso regolamento aziendale sono state predisposte e adottate le tariffe.			
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE	
ALTRI DATI			
RI.06 - Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale		Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Codice di Comportamento e controlli ALPI	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di comportamento (S/N) Indicatori di monitoraggio della misura: Verifiche incrociate dei dati relativi alla timbratura causalizzata come libera professione e gli orari delle prenotazioni libero professionali (S/N)	
RI.11 - Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale		Misura effettiva specifica ulteriore 607 - Adozione di un sistema informatizzato dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione della prenotazione (S/N)	
Processo			
I.I1.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia			
Valutazione Rischio			
Medio  8			
Struttura			
ORG003 - SSD CUP E ALPI		Responsabile TONTI TIZIANA	
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi			
La struttura in ottemperanza al regolamento aziendale utilizza una modulistica. Il dirigente medico che richiede l'autorizzazione allo svolgimento dell'ALPI compila la suddetta modulistica e riceve il nulla osta da parte della Direzione .			
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE	
ALTRI DATI			
RI.05 - Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata		Misura effettiva specifica ulteriore 601 - Negoziazione dei volumi di attività' in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli sui volumi attività ALPI (Perc. 2022:100,00%)	
Processo			
I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi			
Valutazione Rischio			
Medio  7			
Struttura			
ORG003 - SSD CUP E ALPI		Responsabile TONTI TIZIANA	
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi			
La struttura si occupa di tutta la fatturazione attiva utilizzando i sistemi informatici aziendali. Si occupa dell'invio dei flussi informativi riguardanti la specialistica ambulatoriale alla Regione e al MEF compreso i dati per il 730 precompilato.			
RISCHIO		MISURA DI PREVENZIONE	
ALTRI DATI			
RI.01 - Omissione debiti informativi regionali e nazionali		Misura effettiva specifica ulteriore 600 - Controlli flussi informativiecessari allo svolgimento dell'ALPI (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rete)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale prenotazione tramite CUP (Perc.)	


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025


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

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

Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	
Processo	B.B7.77.ORG066 - Prestazioni sanitarie	
Valutazione Rischio	Basso	 0
Struttura	ORG066 - NEUROFISIOPATOLOGIA	Responsabile LECCE BRUNELLO
Storico fattori di rischio		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione delle prestazioni attraverso il CUP aziendale	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza procedure interne (S/N)





Processo	I.I2.077.ORG027 - Prestazioni sanitarie	
Valutazione Rischio	Basso	 1
Struttura	ORG027 - CHIRURGIA PEDIATRICA D.O.	Responsabile NOBILI MARIA
Storico fattori di rischio		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravita? della patologia	Indicatori di monitoraggio della misura: Obbligo prenotazione tramite CUP aziendale (S/N)

Processo	I.I2.111.ORG081 - Prestazioni sanitarie	
Valutazione Rischio	Basso	 4
Struttura	ORG081 - SC Mar Universitaria	Responsabile FOSCHINO BARBARO Maria Pia
Storico fattori di rischio		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza controlli interni (S/N)

Processo	I.I2.122.ORG031 - Prestazioni sanitarie e formazione	
Valutazione Rischio	Basso	 1
Struttura	ORG031 - GASTROENTEROLOGIA D.O.	Responsabile Sacco Rodolfo
Storico fattori di rischio		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale	Indicatori di monitoraggio della misura: Prenotazione prestazioni primo livello tramite CUP Aziendale (S/N)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	I.I2.143.ORG080 - Prestazioni sanitarie e formazione		
Valutazione Rischio	Basso		1
Struttura	ORG080 - SC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Responsabile	CAPORALETTI Paola
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Procedure e regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza controlli interni (S/N)	
Processo	I.I2.154.ORG079 - Prestazioni sanitarie e gestione magazzino		
Valutazione Rischio	Basso		1
Struttura	ORG079 - SSD DIAGNOSTICA SENOLOGICA	Responsabile	AGROSI' LOREDANA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Procedure e regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Controlli interni periodici (S/N)	
Processo	I.I2.33.ORG056 - Prestazioni sanitarie		
Valutazione Rischio	Basso		1
Struttura	ORG056 - REUMATOLOGIA OSPEDALIERA	Responsabile	BUCCI ROMANO NICOLA GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza e favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza di controlli interni (S/N)	
Processo	I.I2.44.ORG022 - Prestazioni radiologiche		
Valutazione Rischio	Basso		1
Struttura	ORG022 - RADIOLOGIA D'URGENZA	Responsabile	GUERRA EGIDIO
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza controlli interni (S/N)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	I.I2.49.ORG076 - Prestazioni sanitarie e formazione		
Valutazione Rischio	Basso		1
Struttura	ORG076 - PEDIATRIA UNIVERSITARIA	Responsabile	Campanozzi Angelo
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Favoritismi e collusione	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza controlli interni (S/N)	
Processo	I.I2.55.ORG075 - Attività diagnostico-assistenziale		
Valutazione Rischio	Basso		3
Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	Responsabile	SOLLITTO Francesco
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Gestione collegiale liste di attesa	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza prenotazione tramite CUP (S/N)	
Processo	I.I2.62.ORG023 - Prestazioni sanitarie		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG023 - MEDICINA NUCLEARE U.O.C.	Responsabile	MODONI SERGIO GIUSEPPE
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e supervisione del Dirigente Medico	Indicatori di monitoraggio della misura: Supervisione del Dirigente Medico (S/N)	
Processo	I.I2.67.ORG078 - Prestazioni sanitarie e ALPI		
Valutazione Rischio	Basso		1
Struttura	ORG078 - S.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA A DIREZIONE UNIVERSITARIA	Responsabile	SANTAMATO Andrea
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e favoritismi	Misura effettiva trasversale ulteriore 452 - Informatizzazione dei processi; questa consente per tutte le attività dell'amministrazione la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase.	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione processi (S/N)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	I.I2.78.ORG055 - Prestazioni sanitarie e diagnostica strumentale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG055 - Stroke Unit e NEUROSONOLOGIA	Responsabile	CIAMPANELLI DOMENICO
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.09 - Trattamento piu' favorevole dei pazienti trattati in libera professione	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza procedure per controlli interni (S/N)	
Processo	I.I2.79.ORG082 - Attività diagnostico-assistenziale		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	Responsabile	CANTATORE Francescopaolo
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale	Indicatori di monitoraggio della misura: Prenotazione prestazioni ambulatoriali tramite CUP aziendale (S/N)	
Processo	I.I2.87.ORG077 - Prestazioni sanitarie e formazione		
Valutazione Rischio	Basso		3
Struttura	ORG077 - SC OSPEDALIERA NEUROLOGIA	Responsabile	MUNDI CIRO LUIGI
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e Favoritismi	Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravita? della patologia	Indicatori di monitoraggio della misura: Prenotazione prestazioni ambulatoriali tramite CUP aziendale (S/N)	
Processo	I.I2.88.ORG026 - Prenotazione delle prestazioni		
Valutazione Rischio	Basso		2
Struttura	ORG026 - UO ENDOCRINOLOGIA D.U.	Responsabile	LAMACCHIA Olga
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Informatizzazione delle liste di attesa	Indicatori di monitoraggio della misura: Prenotazione visite attraverso il CUP aziendale (S/N)	

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

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

Sottoarea	<u>I.I2 - PRESTAZIONI E CUP</u>		
Processo	16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale		
Valutazione Rischio	Medio		6
Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	Responsabile	MEZZADRI Franco Angelo
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa	Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Informatizzazione agende di prenotazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Monitoraggio disdette e controlli tra pazienti visitati e fatturati in ALPI (S/N)	
	Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Codice di Comportamento	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione liste di attesa (S/N)	
		Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione Codice (S/N)	
Processo	I.I2.123.ORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP)		
Valutazione Rischio	Medio		10
Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI	Responsabile	TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	la struttura gestisce il CUP aziendale utilizzando un apposito software. Le prenotazioni possono essere effettuate nella massima trasparenza attraverso più canali: sportelli, on line sul sito web aziendale, tramite Call Center e sul CUP integratore della Regione Puglia.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa	Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Informatizzazione delle liste di attesa	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione liste di attesa (S/N)	
Processo	I.I2.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI	Responsabile	TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	La struttura si occupa delle prenotazioni dell'attività ambulatoriale dal punto di vista amministrativo che va dalla gestione della prenotazione all'eventuale incasso del ticket.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.11 - Irregolarità sui volumi attività erogata	Misura effettiva specifica ulteriore 606 - Verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo volumi (S/N)	


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025


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


Sottoarea	<u>I.I3 - TICKET</u>		
Processo	I.I3.127.ORG003 - Attività di controllo e sorveglianza pagamento ticket e versamenti in Tesoreria		
Valutazione Rischio	Medio		6
Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI	Responsabile	TONTI TIZIANA
Storico fattori di rischio			
Descrizione processo e relative fasi	la struttura si occupa degli incassi del ticket relativo alla specialistica ambulatoriale presso gli sportelli CUP o on line attraverso la piattaforma Pago PA ottemperando a tutte le disposizioni normative vigenti.		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.10 - Omissione recupero crediti	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche	Tempi e modi di attuazione: Procedure documentate - Verifica periodica degli incassi - Comunicazione dei crediti non riscossi all'ufficio recupero crediti Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli (Perc.)	
Sottoarea	<u>I.I4 - ALPI</u>		
Processo	I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG030 - MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO	Responsabile	Vendemiale Gianluigi
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni	Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Informatizzazione delle liste di attesa	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza procedura informatizzata (S/N)	
RI.08 - Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza controlli intramoenia (S/N)	
Processo	I.I4.130.ORG013 - Corresponsione mensile compensi della libera professione		
Valutazione Rischio	Medio		8
Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	Responsabile	CARDINALE LUCREZIA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RI.04 - Assenza di trasparenza nella gestione e liquidazione dell'attività ALPI volta a favorire taluni professionisti	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Intensificazione dei controlli interni	Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica e controllo congruità tra le tariffe applicate e le prestazioni autorizzate (S/N) Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica e controllo tra prestazioni erogate e importi fatturati (S/N)	


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio **M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA**

Sottoarea	<u>M.M1 - PIANI TERAPEUTICI</u>		
Processo	M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile	STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RM.02 - Scarsa tracciabilità del ciclo di utilizzo dei farmaci	Misura effettiva specifica ulteriore 662 - Sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N)	

Sottoarea	<u>M.M2 - GESTIONE SPESA</u>		
Processo	M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica		
Valutazione Rischio	Medio		12
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile	STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale	Misura effettiva specifica ulteriore 662 - Sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza regolamento interno (S/N)	

Sottoarea	<u>M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO</u>		
Processo	M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto		
Valutazione Rischio	Medio		7
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile	STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RM.04 - Omissioni e/o irregolarità	Misura effettiva specifica ulteriore 212 - Razionalizzazione organizzativa dei controlli	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N)	


Sottoarea	<u>M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI</u>		
Processo	E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini		
Valutazione Rischio	Medio		13
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile	STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio			




Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA


Sottoarea	<u>M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI</u>	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino	Misura effettiva specifica ulteriore 660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale max rettifiche magazzino (Perc.) Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza sistema informatizzato (S/N) Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica mensile inventario magazzino (S/N)

Sottoarea	<u>M.M5 - SEGNALAZIONI</u>	
Processo	M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci	
Valutazione Rischio	Medio  8	
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RM.04 - Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo qualitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria	Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N)

Sottoarea	<u>M.M6 - SOMMINISTRAZIONE</u>	
Processo	M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale	
Valutazione Rischio	Basso  3	
Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	Responsabile Santantonio Teresa Antonia
Storico fattori di rischio		


RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RM.04 - Irregolarità o favoritismi	Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Applicazione e Monitoraggio	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N)


Processo	M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia	
Valutazione Rischio	Medio  7	
Struttura	ORG016 - SC FARMACIA	Responsabile STEA ROSANNA
Storico fattori di rischio	Mancanza / inadeguatezza di controlli Mancanza di trasparenza	


RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RM.02 - Scarsa tracciabilità	Misura effettiva specifica ulteriore 661 - Informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione ciclo di terapia (S/N)


Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio **M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA**

Sottoarea	<u>M.M7 - SPERIMENTAZIONI</u>		
Processo	M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico		
Valutazione Rischio	Medio		5
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite (Perc. 2022: 100,00%)	

Sottoarea	<u>M.M8 - SPONSORIZZAZIONI</u>		
Processo	M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative		
Valutazione Rischio	Alto		14
Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	Responsabile	Santantonio Teresa Antonia
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RM.03 - Discrezionalità e Collusione	Misura effettiva trasversale ulteriore 457 - Verifica da parte degli organi di controllo interno e Regolamentazione	Indicatori di monitoraggio della misura: Presente regolamento su sponsorizzazioni (S/N)	

Processo	M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco		
Valutazione Rischio	Basso		0
Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	Responsabile	CANTATORE Francescopaolo
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione	Misura effettiva specifica ulteriore 665 - Codice di Comportamento: Applicazione e Monitoraggio	Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio del Codice di comportamento (S/N)	


Processo	M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività		
Valutazione Rischio	Medio		11
Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	Responsabile	SILVESTRIS LAURA
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Misura effettiva specifica obbligatoria 125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni	Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento Sponsorizzazioni (S/N 2022:Si)	
	Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi	Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti (Perc. 2022:100,00%)	

**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025****Area di rischio M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI -
INFORMAZIONE SCIENTIFICA**

Sottoarea	<u>M.M8 - SPONSORIZZAZIONI</u>	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.	Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti	Indicatori di monitoraggio della misura: Misura di controllo tramite check-list (S/N 2022:Si)

Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2023 - 2025

Area di rischio **N - DECESSI INTRA AZIENDALI**

Sottoarea	<u>N.N1 - DECESSI</u>		
Processo	N.N1.151.ORG002 - Gestione dei decessi e delle strutture mortuarie		
Valutazione Rischio	Medio		9
Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	Responsabile	MEZZADRI Franco Angelo
Storico fattori di rischio			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
RN.02 - Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili	Misura effettiva specifica ulteriore 692 - Regolamento interno e rotazione del personale	Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza regolamento (S/N)	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
A - GESTIONE RISORSE UMANE	A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE	A.A1.4.ORG013 - Procedure di reclutamento del personale - Procedure per progressione di carriera - Procedure di conferimento incarichi (dirigenziali, di posizione, di coordinamento)	7
	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO	A.A10.16.ORG050 - Attività didattico-formativa	9
		A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa	9
		A.A10.24.ORG009 - Autorizzazione personale partecipazione eventi, corso o master per formazione specialistica/specifica (agg. facoltativo e obbligatorio) sia di tipo sanitario che tecnico-professionale e amministrativo con oneri;	9
	A.A11 - BORSE DI STUDIO	A.A11.26.OORG012 - Procedimento di assegnazione di borse di studio	10
	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI	A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-ufficio di competenza	11
		A.A2.7.ORG002 - Rilascio di autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione o concessione	12
		16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	12
	A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE	H.H2.220.ORG014 - Rapporti e informative sindacali	13
		A.A3.9.ORG013 - Corresponsione mensile emolumenti stipendiali, emolumenti accessori, competenze arretrate, cessione del quinto dello stipendio, rilascio certificati di stipendio	14
	A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE	A.A4.12.ORG013 - Attestazione della presenza in servizio	14
	A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni	15
	A.A6 - BENEFICI EX LEGE	A.A6.16.ORG013 - Riconoscimento di benefici non economici connessi a permessi, congedi e aspettative dal servizio (L.104 etc.)	15
A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI	A.A7.18.ORG009 - Elaborazione Piano Formativo Aziendale	15	
A.A8 - ECM	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accredimento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS);	16	
A.A9 - FORMAZIONE NORMATA	A.A9.32.ORG075 - Attività didattico-formativa	16	
	A.A9.22.ORG009 - Formazione per Enti pubblici e privati: a) Convenzione per corsi D.Lgs.81/2008; b) Convenzione per Corsi BLS — BLS-D	17	
B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	B.B1 - PROCEDURA APPALTO	B.B1.66.ORG075 - Rapporti con le aziende del farmaco	17
		B.B1.29.ORG017 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento. Procedure di scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ex Codice contratti pubblici relativi a lavori e f	17
		16PRO.B.B20.ORG018 - Individuazione procedura di gara	19



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	B.B10 - FABBISOGNI	<u>16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni</u>	20
		<u>B.B10.110.ORG011 - Misure di sicurezza informatica adeguate per la protezione dei dati personali</u>	20
		<u>B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto</u>	20
	B.B11 - CONVENZIONI	<u>B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato</u>	21
		<u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>	22
		<u>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</u>	23
	B.B2 - CAPITOLATI	<u>B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)</u>	25
		<u>B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione</u>	26
		<u>B.B2.33.ORG017 - Requisiti di aggiudicazione</u>	26
		<u>B.B2.34.ORG017 - Valutazione delle offerte</u>	27
	B.B3 - BANDI	<u>B.B3.36.ORG017 - Revoca dei bandi</u>	27
	B.B4 - COMMISSIONI	<u>B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara</u>	28
		<u>B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici</u>	28
		<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	29
	B.B5 - REQUISITI	<u>B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.</u>	31
	B.B6 - CONTRATTI	<u>B.B6.19.ORG011 - Attestazioni e collaudi</u>	32
		<u>16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno</u>	33
		<u>16PRO.B.B110.ORG074 - Definizione dei fabbisogni</u>	33
		<u>16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi</u>	34
		<u>16PRO.B.B4.ORG018 - Nomina componenti di Commissione di gara</u>	35
		<u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>	35
		<u>16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva</u>	36
		<u>B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari</u>	37
<u>B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali</u>		37	
<u>B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti</u>		38	
<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	38		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	B.B7 - TRASPARENZA	16PRO.B.B6.ORG001 - Trasparenza amministrativa e Regolamentazione	39
		B.B7.ORG015 - Applicazione del PTPCT	40
		B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie	43
		M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico	43
		16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	43
	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO	B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto	44
		B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori	45
	B.B9 - ORDINI	B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni	45
	C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	A.A8 - ECM	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditamento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS);
D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	46
E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO	E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche	47
	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI	16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili	47
		E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento	48
		16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	49
	E.E12 - CASSA	E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale	50
	E.E2 - PROGRAMMAZIONE	E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare	50
E.E3 - MANUTENZIONI	E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi, di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50	51	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	E.E4 - BENI e RISORSE	<u>E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili</u>	51
		<u>16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili</u>	52
	E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE	<u>A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni</u>	52
		<u>E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance</u>	52
	E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA	<u>E.E7.77.ORG015 - RegISTRAZIONI contabili</u>	53
		<u>E.E7.78.ORG015 - Procedure solleciti crediti insoluti</u>	54
	E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI	<u>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</u>	55
	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	F.F1 - RISCHI E MISURE	<u>E.E10.01.ORG012 - Procedimenti amministrativi</u>
<u>F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale</u>			57
<u>F.F1.05.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale</u>			58
<u>F.F1.05.ORG012 - Monitoraggio periodico trasversale</u>			59
<u>F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale</u>			60
<u>F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale</u>			61
<u>F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale</u>			61
<u>F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale</u>			61
<u>F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale</u>			62
<u>F.F1.92.ORG010 - Sorveglianza sanitaria</u>			63
<u>116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico</u>		64	
<u>F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale Il livello RPCT</u>		66	
<u>ORG010.F.F1 - Monitoraggio periodico trasversale</u>		70	
F.F2 - ASTENSIONI		<u>F.F2.94.ORG010 - Prevenzione e gestione di conflitti (utenza esterna e dipendenti)</u>	70
F.F3 - SORVEGLIANZA SANITARIA		<u>F.F3.96.ORG010 - Gestione cartelle sanitarie e di rischio</u>	71
F.F4 - RIFIUTI SPECIALI		<u>F.F4.99.ORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri</u>	71
F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI	<u>F.F5.101.ORG002 - Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, definizione delle strategie e dei protocolli delle attività di disinfezione disinfestazione e sterilizzazione</u>	72	
G - INCARICHI E NOMINE	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	72

**Stato attuazione misure al 31/12/2022**

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI	<u>H.H1.108.ORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione</u>	73



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	Sottoarea	Processo		
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI	B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi	74	
		H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti	74	
		H.H2.111.ORG012 - Gestione risarcimento danni	77	
		H.H2.112.ORG006 - Recupero crediti	78	
	H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI	H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali	78	
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI	80	
		I.I1.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia	81	
		I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi	82	
	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	B.B7.77.ORG066 - Prestazioni sanitarie	83
			I.I2.077.ORG027 - Prestazioni sanitarie	83
			I.I2.111.ORG081 - Prestazioni sanitarie	84
			I.I2.122.ORG031 - Prestazioni sanitarie e formazione	84
			I.I2.143.ORG080 - Prestazioni sanitarie e formazione	84
			I.I2.154.ORG079 - Prestazioni sanitarie e gestione magazzino	84
			I.I2.33.ORG056 - Prestazioni sanitarie	85
			I.I2.44.ORG022 - Prestazioni radiologiche	85
			I.I2.49.ORG076 - Prestazioni sanitarie e formazione	85
			I.I2.55.ORG075 - Attività diagnostico-assistenziale	86
			I.I2.62.ORG023 - Prestazioni sanitarie	86
			I.I2.67.ORG078 - Prestazioni sanitarie e ALPI	86
			I.I2.78.ORG055 - Prestazioni sanitarie e diagnostica strumentale	86
			I.I2.79.ORG082 - Attività diagnostico-assistenziale	87
			I.I2.87.ORG077 - Prestazioni sanitarie e formazione	87
			I.I2.88.ORG026 - Prenotazione delle prestazioni	87
			I.I2.123.ORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP)	88
			I.I2.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale	91
			16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale	91

**Stato attuazione misure al 31/12/2022**

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	I.I3 - TICKET	I.I3.127.ORG003 - Attività di controllo e sorveglianza pagamento ticket e versamenti in Tesoreria	91



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	Sottoarea	Processo	
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	I.I4 - ALPI	<u>I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni</u>	92
		<u>I.I4.130.ORG013 - Corresponsione mensile compensi della libera professione</u>	93
M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	M.M1 - PIANI TERAPEUTICI	<u>M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici</u>	93
	M.M2 - GESTIONE SPESA	<u>M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica</u>	94
	M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO	<u>M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto</u>	95
	M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI	<u>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</u>	96
	M.M5 - SEGNALAZIONI	<u>M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci</u>	97
	M.M6 - SOMMINISTRAZIONE	<u>M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale</u>	98
		<u>M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia</u>	98
	M.M7 - SPERIMENTAZIONI	<u>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</u>	99
M.M8 - SPONSORIZZAZIONI	<u>M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative</u>	100	
	<u>M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco</u>	100	
	<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	101	
N - DECESSI INTRA AZIENDALI	N.N1 - DECESSI	<u>N.N1.151.ORG002 - Gestione dei decessi e delle strutture mortuarie</u>	103



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE
Processo	<u>A.A1.4.ORG013 - Procedure di reclutamento del personale - Procedure per progressione di carriera - Procedure di conferimento incarichi (dirigenziali, di posizione, di coordinamento)</u>	Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI
Rischio corruttivo effettivo	RA.01 - Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutar		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 052 - Trasparenza amministrativa nei procedimenti concorsuali	In applicazione delle disposizioni vigenti in materia l'AOU di Foggia espleta il concorso pubblico con modalità che ne garantiscano la imparzialità, l'economicità e la celerità di espletamento, ricorrendo, ove necessario, all'ausilio di sistemi automatizzati diretti anche a realizzare forme di preselezione. Le procedure vengono avviate tramite procedure ad evidenza pubblica (delibera del Direttore Generale, Avviso, pubblicazione avviso sul BURP e per estratto su gazzetta ufficiale). Il bando viene pubblicato anche nella sezione "bandi di concorso" sul sito aziendale. A seconda delle procedure selettive i componenti delle Commissioni vengono indicati in ossequio alle disposizioni normative in materia. Per i bandi interni viene redatto apposito avviso pubblicato anch'esso sul sito aziendale nella sezione bandi di concorso e nominata la commissione. Espletata la procedura viene recepito il lavoro della Commissione con delibera ed individuata la graduatoria dei vincitori con i relativi punteggi. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazioni eseguite su AT e Albo pretorio online rispetto al totale delle procedure di reclutamento	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Controlli interni previsti dai regolamenti	Idoneità della misura la misura è efficace	Indicatore	Ottenuto	Atteso
		Acquisizione delle attestazioni di insussistenza conflitto interessi e di incompatibilità in sede contrattuale	SI	
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale controlli a campione sui requisiti di accesso	50,00%	
		Verifica della insussistenza della condizione ostativa per soggetti in quiescenza	SI	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Verifica della sussistenza di precedenti penali al momento della formazione di Commissioni di concorso

SI

Verifica della sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici

SI

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO
Processo	<u>A.A10.16.ORG050 - Attività didattico-formativa</u>	Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Discrezionalità e favoritismi		

Indicatore **Ottenuto** **Atteso**

Misura effettiva specifica ulteriore
254 - Seduta pubblica in sede di prove orali

Avanzamento misura di prevenzione
Presenza verifiche collegiali sulla preparazione studenti

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO
Processo	<u>A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa</u>	Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Collusione e favoritismi		

Indicatore **Ottenuto** **Atteso**

Misura effettiva specifica ulteriore
215 - Previsione della presenza di più docenti in commissione per esami

Applicazione misura della co-presenza docenti in Commissione
Avanzamento misura di prevenzione

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO
Processo	<u>A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa</u>	Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA
Rischio corruttivo effettivo	RA.15 - Omessa verifica di eventuali incompatibilità per attività sponsorizzate		

Indicatore **Ottenuto** **Atteso**

Misura effettiva specifica ulteriore
245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti

Avanzamento misura di prevenzione



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO
Processo	<u>A.A10.24.ORG009 - Autorizzazione personale partecipazione eventi, corso o master per formazione specialistica/specifica (agg. facoltativo e obbligatorio) sia di tipo sanitario che tecnico-professionale e amministrativo con oneri:</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RA.14 - Formazione e sensibilizzazione		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	La rilevanza dello strumento nella prevenzione della corruzione e contrasto ai fenomeni corruttivi è supportata da questa Struttura da una efficace attività di comunicazione nonchè, annualmente, a mezzo di:	Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento	SI	SI
	- analisi e ricognizione dei bisogni di Formazione, indirizzata ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori e Responsabili delle Strutture Sanitarie, Tecniche ed Amministrative, ai Dirigenti del Servizio Infermieristico, ai Preposti, resa pubblica sul sito web dell'Azienda. - comunicazione del Piano Formativo Aziendale, corredato di parere favorevole del Comitato Scientifico ECM e della Commissione paritetica sull'Attività di Formazione, al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario dell'Azienda, per ogni eventuale e necessaria adozione di atti o comportamenti consequenziali. - pubblicazione delle attività formative sul sito web aziendale	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Ad oggi non sono state rilevate criticità nei processi delle attività di Formazione, nè mai ricevute segnalazioni di illeciti da parte di dipendenti o cittadini. Livello di rischio stimato come BASSO.			
	Idoneità della misura			
Misura effettiva specifica ulteriore 255 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
	All'interno dell'AOU di Foggia esiste una banca dati specifica per realizzare controlli incrociati sulla corretta applicazione del regolamento aziendale sulla formazione e sulla partecipazione ad eventi e convegni. Confermo	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Idoneità della misura	Presenza banca dati interna per controlli	SI	
	Motivazione scostamenti			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A11 - BORSE DI STUDIO
Processo	<u>A.A11.26.OORG012 - Procedimento di assegnazione di borse di studio</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RA.06 - Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 013 - Regolamento per conferimento e autorizzazione incarichi	Il procedimento prevede l'indizione di procedura selettiva tramite avviso pubblico previa adozione di deliberazione del Direttore Generale. La Commissione viene presieduta dal Direttore Sanitario o dal Direttore del Dipartimento o Direttore della Struttura interessata, dal Responsabile Scientifico del progetto e da un terzo componente con qualifica dirigenziale, in esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 500 del 24/09/19, avente ad oggetto " Regolamento per il conferimento delle borse di studio presso la AOU di Foggia. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Adozione Regolamento	SI	SI
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 243 - Attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi	Con riferimento all'implementazione di una procedura a norma per la rilevazione delle segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti (whistleblowing) si è provveduto all'attivazione del servizio tramite la piattaforma WhistleblowingPA, progetto di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali (indirizzo https://aouospedaliriunitidifoggia.whistleblowing.it). Si ritiene che il livello di rischio sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Adozione sistema di gestione delle segnalazioni illeciti	SI	SI
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI
Processo	<u>A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-officio di competenza</u>	Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI
Rischio corruttivo effettivo	RA.15 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Regolamentazione	In materia di incompatibilità per incarichi extra istituzionali è stato adottato apposito regolamento. Il personale richiedente deve presentare apposite istanze o comunicazione per il conferimento dell'incarico unitamente alla dichiarazione dell'insussistenza di conflitti di interessi. Non sono state rilevate criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Adozione Regolamento incarichi extra-aziendali	SI	SI
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Idoneità della misura la misura è efficace			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI		
Processo	<u>A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-ufficio di competenza</u>	Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI		
Rischio corruttivo effettivo	RA.04 - Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
211 - Intensificazione dei controlli a campione	Nel corso del primo semestre non sono state rilevate criticità.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
	Idoneità della misura	Numero controlli interni a campione	100,00		
	la misura è efficace				
Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI		
Processo	<u>A.A2.7.ORG002 - Rilascio di autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione o concessione</u>	Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Collusione				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale	Le autorizzazioni vengono rilasciate a seconda delle competenze dai vari dirigenti presenti nella Direzione Sanitaria. Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale.	Avanzamento misura di prevenzione Controlli in co-presenza			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI
Processo	<u>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento sono estesi a tutti i collaboratori e consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici nonchè nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'AOU di Foggia. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'AOU di Foggia inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice di comportamento. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarichi	100,00%	100,00%
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	In conformità al Regolamento generale sulla protezione dei dati, sono stati intensificati i controlli interni attraverso l'espletamento di Privacy Audit presso le strutture aziendali con il supporto di ditta esterna specializzata. I verbali di audit sono sempre controfirmati in modalità congiunta in presenza dei soggetti destinatari delle attività di controllo periodico e notificati alla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa dell'AOU di Foggia. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Numero verbali all'anno in materia di privacy audit	100,00	100,00



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE
Processo	<u>H.H2.220.ORG014 - Rapporti e informative sindacali</u>	Struttura	ORG014 - SS RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI
Rischio corruttivo effettivo	RA.10 - Contrattazione su materie non disciplinabili dalla contrattazione aziendale o non rispettosa delle risorse destinate alla contrattazione stessa (fondi aziendali)		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Applicazione normativa e Controlli periodici	La materia è vincolata dall'applicazione delle disposizioni normative e contrattuali in materia. Si rileva che periodicamente vengono effettuati a cura del Collegio Sindacale e del competente settore ministeriale preposto ai controlli sulle risorse destinate alla contrattazione integrativa aziendale. Sono presenti procedure informatizzate collegate alle paghe da cui si rilevano mensilmente i costi sostenuti nell'ambito delle suddette risorse, tali da evitare possibili sforamenti. Inoltre le relative relazioni sono annualmente validate dal Collegio Sindacale. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo	SI	
	Idoneità della misura la misura è efficace			

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE
Processo	<u>A.A3.9.ORG013 - Corresponsione mensile emolumenti stipendiali, emolumenti accessori, competenze arretrate, cessione del quinto dello stipendio, rilascio certificati di stipendio</u>	Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Collusione		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti	Mensilmente vengono effettuati a campione controlli sull'esatta attribuzione degli emolumenti corrisposti al personale. Vengono elaborati dei prospetti generali riepilogativi visti dal Dirigente se corretti ovvero da rivedere in caso contrario. Nell'anno in corso si è proceduto al controllo con le modalità previste dalla normativa in materia di certificabilità dei bilanci. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo	SI	
	Idoneità della misura la misura è efficace			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE		
Processo	<u>A.A4.12.ORG013 - Attestazione della presenza in servizio</u>	Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI		
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Omissione dei controlli di merito				
Misura effettiva specifica ulteriore 225 - Nell'ambito delle risorse disponibili, informatizzazione del servizio di gestione del personale con controlli incrociati automatizzati	Esito monitoraggio I controlli sono effettuati a campione. Sono in fase di valutazione ulteriori forme di controllo. Ad oggi non si registrano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.		Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Presenza sistema rilevazione presenze informatizzato	Ottenuto 100,00% SI	Atteso
Idoneità della misura	La misura è efficace				
Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI		
Processo	<u>A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni</u>	Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI		
Rischio corruttivo effettivo	RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati				
Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Codice di Comportamento: Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo.	Esito monitoraggio Il Codice di comportamento aziendale è regolarmente applicato e monitorato. Non si rilevano criticità		Indicatore Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento Avanzamento misura di prevenzione	Ottenuto SI 100,00%	Atteso
Idoneità della misura	La misura è efficace				
Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A6 - BENEFICI EX LEGE		
Processo	<u>A.A6.16.ORG013 - Riconoscimento di benefici non economici connessi a permessi, congedi e aspettative dal servizio (L.104 etc.)</u>	Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI		
Rischio corruttivo effettivo	RA.10 - Illegittimo rilascio di autorizzazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore 211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000).	Esito monitoraggio La concessione di benefici non economici o permessi segue un iter procedimentale regolamentato. Fermo restando che il dipendente è tenuto ad astenersi in caso di conflitto di interessi per norma generale, i casi evidenti vengono già rilevati dal dirigente del settore, sono state date disposizioni al personale sull'argomento. Non sono rilevate criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.		Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Presenza misura di controllo	Ottenuto 100,00% SI	Atteso
Idoneità della misura	La misura è efficace				



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI
Processo	<u>A.A7.18.ORG009 - Elaborazione Piano Formativo Aziendale</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RA.14 - Piano aziendale - regolamentazione della formazione		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva trasversale obbligatoria 385 - Aggiornamento Piano formativo aziendale e Formazione del personale	<p>La Struttura provvede annualmente all'analisi e ricognizione dei bisogni formativi, inviandone richiesta ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori e Responsabili delle strutture sanitarie, tecniche ed amministrative, ai Dirigenti del servizio infermieristico, ai Preposti (posizioni organizzative, coordinatorie infermiere, ostetrico e tecnico) e ai referenti della formazione, resa pubblica sul sito internet istituzionale.</p> <p>Il Piano Formativo Aziendale, previa approvazione del Comitato Scientifico ECM Aziendale, è comunicato al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario, per ogni eventuale adozione di atti o comportamenti consequenziali.</p> <p>Di tutte le attività formative è data ampia pubblicazione sul portale internet istituzionale.</p> <p>Nessuna criticità rilevata.</p>	<p>Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale sul tema della legalità, codice di comportamento e sull'istituto del whistleblowing</p> <p>Avanzamento misura di prevenzione</p> <p>Inserimento nel PFA di percorsi formativi al personale in materia di etica, legalità e codice di comportamento</p> <p>Rilevazione fabbisogni formativi dalle strutture aziendali</p>	100,00%	

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A8 - ECM
Processo	<u>A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS);</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RC.06 - Abuso della discrezionalità		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità?	<p>La Struttura di formazione aziendale, nella qualità di Provider n.52 della Regione Puglia, è abilitata ad accreditare attività formative ECM attraverso la piattaforma AGENAS la quale garantisce affidabilità, integrità e controlli di tipo automatico. Il rischio che il processo possa presentare malfunzionamenti e determinare comportamenti corruttivi e/o di abuso da parte del personale incaricato è basso in quanto il sistema è basato sulla proceduralizzazione delle attività e tracciabilità delle operazioni.</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione</p> <p>Utilizzo portale Agenas</p>	100,00%	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A9 - FORMAZIONE NORMATA			
Processo	A.A9.32.ORG075 - Attività didattico-formativa	Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE			
Rischio corruttivo effettivo	RA.07 - Favoritismi					
Misura effettiva specifica ulteriore	249 - Costituzione di commissioni secondo criteri precisi e vincolanti			Indicatore	Ottenuto	Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione		
				Presenza calendario per tirocini e frequenza		
Area di rischio	A - GESTIONE RISORSE UMANE	Sottoarea	A.A9 - FORMAZIONE NORMATA			
Processo	A.A9.22.ORG009 - Formazione per Enti pubblici e privati: a) Convenzione per corsi D.Lgs.81/2008; b) Convenzione per Corsi BLS — BLS-D	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE			
Rischio corruttivo effettivo	RA.14 - Lobbying					
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio			Indicatore	Ottenuto	Atteso
211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000).	Vengono acquisite prima di ogni attività formativa le dichiarazioni di insussistenza di conflitto di interessi. E' auspicabile l'attivazione di un percorso ad hoc per l'intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000). Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.			Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
				Percentuale intensificazione controlli interni	100,00%	100,00%
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B1 - PROCEDURA APPALTO			
Processo	B.B1.66.ORG075 - Rapporti con le aziende del farmaco	Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE			
Rischio corruttivo effettivo	RB.10 - Elusione delle regole per la corretta concorrenza					
Misura effettiva specifica ulteriore	282 - Accordi illeciti con aziende del farmaco.			Indicatore	Ottenuto	Atteso
				Applicazione Codice dei Contratti		
				Avanzamento misura di prevenzione		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B1 - PROCEDURA APPALTO
Processo	<u>B.B1.29.ORG017 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento. Procedure di scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ex Codice contratti pubblici relativi a lavori e f</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO

Rischio corruttivo effettivo	RB.23 - Violazione delle norme in materia di gare ed affidamenti pubblici			
	<p>Esito monitoraggio</p> <p>Le fasi del procedimento sono regolate dal Codice degli appalti e dalla normativa di attuazione. Per la progettazione di bandi e capitolati che riguardano l'acquisto di beni e servizi sanitari, la struttura si avvale della collaborazione della Direzione Sanitaria e del Servizio di Ingegneria Clinica. Per l'acquisto di beni e servizi non sanitari l'audit coinvolge i Responsabili del Procedimento (RUP) e i Direttori dell'esecuzione dei contratti (DEC) dei contratti in scadenza i quali valutano l'efficacia e le criticità riscontrate nella gestione del contratto, il grado di soddisfacimento dell'utenza e le proposte di miglioramento.</p> <p>Con la nuova disciplina dei contratti ai sensi del Dlgs 50/19 saranno rispettati i seguenti criteri sulle procedure sotto-soglia:</p> <p>1) per affidamenti di importo pari o superiore a 40.000 euro e inferiore a 150.000 euro per i lavori, o alle soglie di cui all'art. 35 per le forniture e i servizi, è previsto l'affidamento diretto, previa valutazione di tre preventivi ove esistenti per i lavori, e, per i servizi e forniture, di almeno cinque operatori economici individuati sulla base di indagini di mercato o tramite elenchi di operatori economici, nel rispetto di un criterio di rotazione degli inviti;</p> <p>2) per affidamenti di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a 350.000 euro si applicherà la procedura negoziata previa consultazione di almeno 10 operatori economici nel rispetto di un criterio di rotazione degli inviti, individuati sulla base di indagini di mercato o tramite elenchi di operatori economici;</p> <p>3) per affidamenti di lavori di importo pari o superiore a 350.000 euro e inferiore a 1.000.000 di euro si applicherà la procedura negoziata previa consultazione di almeno 15 operatori economici nel rispetto di un criterio di rotazione degli inviti, individuati sulla base di indagini di mercato o tramite elenchi di operatori economici;</p> <p>4) per affidamenti di lavori di importo pari o superiore a 1.000.000 di euro e fino alle soglie di cui all'articolo 35, si procede mediante ricorso alle procedure di cui all'articolo 60, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 97, comma 8.</p> <p>Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia medio in virtù</p>	Indicatore	Ottenuto	Atteso
		Avanzamento misura di prevenzione	50,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore				
816 - Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione.				



Stato attuazione misure al 31/12/2022

delle misure di controllo in essere.

Presenza della motivazione nella
determina a contrarre circa la scelta
dello strumento di affidamento

SI

SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B1 - PROCEDURA APPALTO
Processo	<u>16PRO.B.B20.ORG018 - Individuazione procedura di gara</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.03 - Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente piu? vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa		
Misura effettiva specifica ulteriore 282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza chiedend	Esito monitoraggio Per aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza, si procede in applicazione della normativa in materia di appalti pubblici. In particolare, per le gare sotto soglia, si applica il principio del massimo ribasso o dell'esclusione automatica dell'offerta anomala. Per i sopra soglia si predilige il criterio del massimo ribasso	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Percentuale gare con il criterio OEV rispetto al prezzo più basso	Ottenuto 100,00% 30,00%
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B10 - FABBISOGNI
Processo	<u>16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni</u>	Struttura	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
Rischio corruttivo effettivo	RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ		
Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture.	Esito monitoraggio Assente nel I semestre	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Presenza misura di programmazione	Ottenuto 0,00%
Misura effettiva specifica ulteriore 805 - In fase di individuazione del quadro dei fabbisogni, predeterminazione dei criteri per individuarne le priorità.	Esito monitoraggio Assente nel I semestre	Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Presenza misura	Ottenuto Atteso
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B10 - FABBISOGNI
Processo	<u>B.B10.110.ORG011 - Misure di sicurezza informatica adeguate per la protezione dei dati personali</u>	Struttura	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
Rischio corruttivo effettivo	RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.		
Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione		Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Numero audit interni su security e privacy	Ottenuto Atteso



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B10 - FABBISOGNI
Processo	<u>B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Aggiornamenti annuali programmazione per acquisti di servizi e forniture (sopra la soglia 40k)	L'art. 21, comma 6 del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. dispone che gli acquisti di beni e servizi di importo stimato uguale o superiore a 40.000,00 euro vengano effettuati sulla base di una programmazione biennale in coerenza con il bilancio dell'Azienda. Nel corso dell'anno 2021 è stato adottato il Programma triennale dei lavori pubblici (2021-2023) e biennale degli acquisti di servizi e forniture (2021-2022) giusta deliberazione del Direttore Generale n. 619 del 30 ottobre 2020.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Pubblicazione programmazione degli acquisti sul sito web istituzionale	SI	SI

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI
Processo	<u>B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.13 - Collusione		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse. Adeguate iniziative di formazione/informazione	Sono effettuati regolari controlli sull'anagrafica dell'Associazione, sulla coerenza tra gli obiettivi dell'Associazione con quelli propri della mission aziendale. Con deliberazione del Direttore Generale n. 537 del 04/10/2019, è stato adottato specifico Regolamento di accesso e presenza delle Associazioni di volontariato e senza scopo di lucro nella AOU di Foggia. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Idoneità della misura La misura risulta idonea per via delle vari fasi dei controlli richiesti	Percentuale attestazioni conflitti rilevate	100,00%	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI		
Processo	<u>B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY		
Rischio corruttivo effettivo	RB.07 - Elusione delle regole di individuazione delle associazioni di volontariato, al fine di agevolare un particolare soggetto				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.	Tutte le convenzioni riguardanti le attività delle associazioni di volontariato sono approvate con Deliberazione del Direttore Generale, pertanto rese pubbliche. La convenzione viene disciplinata con apposito regolamento tra le parti. Ogni contratto di Convenzione viene sottoscritto dal Rappresentante Legale pro tempore dell'Azienda. Non è previsto il rinnovo tacito.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
	Idoneità della misura	Publicazione atti relativi alle Convenzioni	SI	SI	
	Le misure adottate risultano idonee in quanto sviluppate in varie fasi concatenate tra loro.				

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI		
Processo	<u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY		
Rischio corruttivo effettivo	RB.10 - Omissioni pubblicazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.	Tutti gli atti riguardanti le convenzioni e contratti assicurativi sono resi pubblici. Non sono state rilevate criticità nel corso dell'anno. Con riferimento all'utilizzo del marchio aziendale e concessione del patrocinio dell'AOU di Foggia, è stato adottato specifico Regolamento giusta deliberazione del Direttore Generale n. 545 del 10/10/19. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Percentuale pubblicazioni dati	100,00%	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI
Processo	<u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno	Tutti gli iter procedurali sono gestiti secondo il principio di segregazione di funzione. Altresì è stato adottato uno specifico regolamento con riferimento al procedimento di gestione interna dei sinistri ed individuazione di percorsi e dei soggetti coinvolti nell'iter istruttorio.	Adozione Regolamento interno	SI	SI
	Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI
Processo	<u>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</u>	Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE
Rischio corruttivo effettivo	RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	La Struttura Legale svolge attività inerente sia alla prevenzione delle controversie attraverso i pareri legali, sia alla gestione diretta e indiretta del contenzioso con i dipendenti in materia lavoristica nonché in materia di appalti e di responsabilità per colpa medica. Si occupa inoltre anche delle procedure esecutive, relative a opposizioni e pignoramenti presso terzi.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	A fini di prevenzione del contenzioso vengono altresì poste in essere attività di consulenza e riunioni per agevolare la composizione degli interessi delle parti con riguardo all'interesse aziendale, in particolare per questioni inerenti le competenze dell'Area Tecnica, l'Area del Personale e l'Area patrimonio; Nell'ottica della diminuzione degli eventi sanitari avversi che producono contenzioso giudiziario e relativi costi, al fine di garantire la trasparenza e la corretta valutazione degli atti istruttori relativi ai sinistri e la congruità delle somme liquidate a titolo risarcitorio ai pazienti danneggiati, la Struttura Legale partecipa al progetto del Risk Management con una valutazione interdisciplinare in fase istruttoria dei sinistri di malpractice con il compito specifico della individuazione e della definizione, in collaborazione con la Direzione sanitaria, delle procedure di riduzione del rischio clinico.	Presenza misura di controllo interno	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B11 - CONVENZIONI
Processo	<u>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</u>	Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE
Rischio corruttivo effettivo	RH.02 - Incarichi legali esterni e CTP a stessi soggetti		

Esito monitoraggio

a) nella gestione del settore del conferimento di incarichi a legali esterni, connesso sia alle problematiche assicurative sia a quelle giudiziarie, civile e penali, la Struttura Legale al fine di ridurre il rischio di conflitti di interessi e di garantire criteri di legalità e trasparenza, nonché di evitare e prevenire l'insorgenza di fenomeni corruttivi, ha adottato misure che favoriscono la rotazione dei professionisti secondo criteri di competenza e considerato il rapporto fiduciario che comunque deve caratterizzare il conferimento dell'incarico su mandato della Direzione Generale;

b) è stato redatto un avviso pubblico di partecipazione con la costituzione, la pubblicazione e l'aggiornamento costante di un albo aperto degli avvocati esterni, di recente aggiornato e rinnovato con delibera n.597 del 29.11.2022. A seguito dell'avvenuto conferimento si procede alla verifica della corrispondenza tra prestazione resa e gli onorari richiesti che devono adeguarsi ai tariffari secondo quanto previsto dal D.M. n. 55 del 10.03.2014 aggiornato dal D.M. n. 37/2018;

c) è utilizzato il nuovo sistema gestionale aziendale "GPI LOGIN" fino a gennaio pv in modo funzionale alla Struttura Legale per il pagamento delle fatture elettroniche relative alle spese legali dei procedimenti giudiziari.

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione

Ottenuto

100,00%

Atteso

Misura effettiva specifica obbligatoria
 MI.22669 - Creazione di elenchi legali e consulenti esterni mediante avviso pubblico e pubblicazione elenco sul sito web istituzionale

Idoneità della misura

La accurata gestione del contenzioso anche diretta, in particolare dei procedimenti amministrativi e di lavoro, comporta notevoli risparmi di spesa, atteso che si tratta dei contenziosi con parcelle più elevate difesi direttamente dal personale della struttura e/o con l'ausilio dello stesso personale. Vengono affidate all'esterno invece procedure altamente specialistiche, oppure economicamente meno rilevanti (anche se apparentemente più numerose), ma che comportano notevole dispendio di tempo che verrebbe sottratto alle procedure interne se gestite direttamente; procedure interne di molto incrementatesi con i processi di informatizzazione degli uffici e con il trasferimento di tutto lo stragiudiziale da colpa medica e danni diversi. Alla stregua di tanto i numeri dei conferimenti non sono un indicatore esplicativo se non correttamente interpretato.

Motivazione scostamenti

Eventuali possibili scostamenti sono legati al fattore di assoluta imprevedibilità del numero di ricorsi che vengono di volta in volta notificati e dalle procedure amministrative portate avanti dalle aree di riferimento in un



Stato attuazione misure al 31/12/2022

particolare momento storico a seconda delle esigenze contingenti della Amministrazione.

Presenza short list

SI

SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B2 - CAPITOLATI		
Processo	<u>B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
	La predisposizione della documentazione di gara viene fatta seguendo le norme del vigente Codice dei Contratti.		Avanzamento misura di prevenzione	50,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.	I capitolati tecnici vengono proposti dalla Farmacia (se l'acquisto riguarda farmaci e dispositivi medici), dal Servizio di Ingegneria Clinica (se l'acquisto riguarda attrezzature sanitarie), dal Servizio Informativo Aziendale (se l'acquisto riguarda software e hardware), dai RUP o da consulenti esterni (se l'acquisto riguarda beni non sanitari). Se necessario, prima della pubblicazione del bando di gara, si procede con una consultazione preliminare di mercato al fine di verificare se le caratteristiche tecniche dei prodotti da acquistare sono state definite correttamente e se la base d'asta è stata calcolata correttamente. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia MEDIO.		Presenza misura pre-informazione	SI	SI
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B2 - CAPITOLATI		
Processo	<u>B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.02 - Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
	I requisiti vengono definiti in relazione al valore dell'appalto e alle specifiche peculiarità dell'oggetto di gara. Possono essere previsti, oltre a quelli di legge, ulteriori requisiti definiti non in maniera astratta ma sempre in relazione al valore dell'appalto e all'oggetto di gara. Altresì è prevista la sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto di gara. Durante l'anno non si sono registrate criticità. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso.		Avanzamento misura di prevenzione	80,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 290 - Definizione di requisiti proporzionati al valore e all'oggetto della gara			Presenza misura di controllo		SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B2 - CAPITOLATI		
Processo	B.B2.33.ORG017 - Requisiti di aggiudicazione	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.63 - Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito.				
Misura effettiva specifica ulteriore 282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza	Esito monitoraggio Al fine di garantire e sviluppare una concorrenza effettiva tra i vari operatori economici, la stazione appaltante aggiudica gli appalti comparando le diverse offerte e scegliendo la più vantaggiosa sulla base di criteri obiettivi. Nell'elaborazione della strategia di gara vengono sempre garantiti i principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento degli operatori economici. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia Medio in virtù delle scarse misure di controllo in essere, assenza di regolamenti e direttive e dalla inadeguatezza numerica del personale in servizio.	Indicatore		Ottenuto	Atteso
		Avanzamento misura di prevenzione		60,00%	
		Presenza criteri obiettivi		SI	SI
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B2 - CAPITOLATI		
Processo	B.B2.34.ORG017 - Valutazione delle offerte	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte				
Misura effettiva specifica ulteriore 867 - Formalizzazione e pubblicazione da parte dei funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria	Esito monitoraggio Alle commissioni giudicatrici viene raccomandato il rispetto dei criteri individuati nella documentazione di gara nonché il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento che favoriscono la concorrenza e la libera partecipazione delle imprese alle procedure di gara. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Indicatore		Ottenuto	Atteso
		Avanzamento misura di prevenzione		100,00%	
		Percentuale acquisizione attestazioni da tutto il personale coinvolto		100,00%	100,00%
Misura effettiva specifica ulteriore 842 - Scelta dei componenti delle commissioni	Esito monitoraggio Quanto all'obbligo di scegliere i commissari tra gli esperti iscritti all'albo istituito presso l'ANAC di cui all'art. 78 del Codice dei Contratti viene precisato che è confermata la sospensione fino a Giugno 2023 e pertanto resta fermo l'obbligo di individuare i commissari secondo regole di competenza e trasparenza, preventivamente individuate.	Indicatore		Ottenuto	Atteso
		Avanzamento misura di prevenzione		50,00%	
		Scelta commissari di gara da Albo ANAC			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B3 - BANDI		
Processo	B.B3.36.ORG017 - Revoca dei bandi	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.12 - Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
854 - Controlli interni in caso di revoche di procedure di gara.	In caso di paventato annullamento e/o di revoca della gara si procede con la consultazione del responsabile della Struttura Legale. Nel corso dell'anno si sono verificati casi di revoca di contratti in autotutela i cui atti sono stati prontamente pubblicati sul sito internet istituzionale. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Numero procedure revocate	0,00	0,00	
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B4 - COMMISSIONI		
Processo	B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
840 - Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti.	La trasparenza e la pubblicità delle nomine delle commissioni di aggiudicazione e di eventuali consulenti è garantita attraverso la pubblicazione del provvedimento di nomina sull'albo pretorio dell'Azienda nonché sul portale EmPulia utilizzato per gestione di tutte le procedure di gara che vengono svolte in modo telematico. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia INTERMEDIO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Percentuale pubblicazione atti Commissioni	100,00%		
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;	Viene sempre richiesto il rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Percentuale attestazione insussistenza conflitti acquisiti rispetto al totale	100,00%	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B4 - COMMISSIONI		
Processo	<u>B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.				
Misura effettiva specifica ulteriore			Indicatore	Ottenuto	Atteso
843 - Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari e consulenti, anche prevedendo la rendicontazione periodica al RPC, almeno per contratti di importo rilevante, atti a far emergere l'eventuale frequente ricorrenza dei medesimi nomi	Esito monitoraggio	In genere, per quanto possibile e soprattutto per i contratti di importo rilevante, prima di procedere alla nomina della commissione di aggiudicazione vengono esaminati con attenzione i provvedimenti di nomina precedenti per evitare il ripetersi degli stessi nominativi.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
			Presenza misura di controllo	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B4 - COMMISSIONI
Processo	<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		

Misura effettiva specifica obbligatoria
125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni

Esito monitoraggio

L'AOU di Foggia con DDG n. 462 del 14.6.2018 ha adottato il Regolamento di disciplina e gestione delle sponsorizzazioni ex art. 19 del D. Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016 e s.m.i., art. 43 della legge n. 449/97, art. 30, comma 8, lett. c) della legge n. 488/99, comma 108, lett. e) della legge 228 del 24 dicembre 2012, che disciplinano le attività di sponsorizzazione da parte di Terzi prefiggendosi lo scopo di indicare gli atti e le condizioni necessarie per assicurare all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, trasparenza ed in osservanza del principio di esclusione di conflitti di interessi tra l'attività pubblica e quella privata in considerazione del fatto che le iniziative di sponsorizzazione devono tendere a favorire l'innovazione dell'organizzazione realizzando una migliore qualità dei servizi istituzionali erogati quali a titolo esemplificativo:

- rendere più confortevole l'ambiente sanitario, attraverso l'ammodernamento degli arredi e degli spazi destinati all'assistenza;
- realizzare progetti di umanizzazione;
- facilitare l'accesso alle strutture sanitarie ed alle prestazioni;
- finanziare corsi di formazione per l'aggiornamento del personale;
- contribuire alla realizzazione di eventi formativi;
- finanziare campagne di comunicazione, prevenzione ed informazione rivolte ai cittadini;
- finanziare l'acquisizione di nuove tecnologie informatiche o di nuove attrezzature sanitarie.

Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.

Misura effettiva specifica ulteriore
849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi

Esito monitoraggio

Per ogni progetto sponsorizzato sono acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi come da regolamento interno aziendale. Ad oggi non si registrano criticità.

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Adozione Regolamento Sponsorizzazioni	SI	SI
Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti	100,00%	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B4 - COMMISSIONI
Processo	<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti	Il Regolamento adottato dall'AOU di Foggia sulle sponsorizzazioni prevede già dei limiti di partecipazione alle attività di sponsorizzazione per ciascun dipendente. La struttura, a tal fine, verifica la corretta applicazione delle disposizioni contenute nel regolamento stesso effettuando i controlli opportuni anche attraverso check list dei dipendenti e degli eventi ai quali partecipano. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Misura di controllo tramite check-list	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B5 - REQUISITI
Processo	<u>B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.		

Esito monitoraggio

Approvvigionamento beni e servizi: attività inerenti l'acquisto di apparecchiature sanitarie, arredi, pc e forniture varie. Dette procedure hanno un rischio intrinseco alto ma che con l'utilizzo di apposite piattaforme e procedure indicate anche dall'Anac viene mitigato e pertanto risulta essere medio-basso. Le procedure di gara vengono svolte su piattaforme telematiche (Empulia/Mepa/Consip). La piattaforma Empulia individuata dalla Regione Puglia, consente di invitare tutte le Imprese iscritte alla stessa nelle categorie merceologiche d'interesse e di effettuare tutta la procedura on-line senza nessun rischio di manomissione della documentazione.

- Approvvigionamento farmaci: attività inerenti l'acquisto di farmaci. Dette procedure, per lo più svolte dal soggetto Aggregatore della Regione Puglia, hanno un rischio intrinseco alto ma con l'utilizzo di apposite piattaforme e procedure indicate anche dall'Anac il rischio viene mitigato e pertanto risulta essere medio-basso.

Per le procedure di gara espletate direttamente dall'Azienda, senza l'intervento del Soggetto Aggregatore si fa ricorso alla piattaforma telematica (Empulia) individuata dalla Regione Puglia che consente di invitare tutte le Imprese iscritte alla stessa nelle categorie merceologiche d'interesse e di effettuare tutta la procedura on-line senza nessun rischio di manomissione della documentazione.

- Gestione di sistemi informativi e la fornitura di software: le imprese vengono selezionate mediante apposite procedure dal Codice dei Contratti e le stesse sono soggette al continuo controllo / monitoraggio da parte del personale preposto a tale attività.

Come previsto dal vigente Piano triennale per la prevenzione della corruzione, il personale rimasto in servizio nell'Area non effettua da tempo la formazione necessaria per l'adeguamento alle normative di settore.

Ai fini del rispetto della normativa sulla trasparenza, quest'Area procede a pubblicare tutta la documentazione inerente le procedure di gara sul Portale dell'Azienda nell'apposita Sezione.

Infine, la rotazione del personale fra gli uffici, considerata la carenza dello stesso, viene effettuata quando possibile.

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione

Controlli requisiti ex art. 80-83 Dlgs 50/16. Controlli antimafia ai sensi dell'art.85 d.lgs.n159/11

Percentuale presenza della clausola anti-pantouflage nei bandi e negli atti di gara rispetto al totale delle procedure

Ottenuto

50,00%

Atteso

SI

100,00%

Misura effettiva specifica ulteriore

285 - Attività di controllo di procedimenti, atti, altre informazioni da parte di almeno due dipendenti secondo rotazione casuale



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>B.B6.19.ORG011 - Attestazioni e collaudi</u>	Struttura	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI		
Rischio corruttivo effettivo	RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.				
Misura effettiva specifica ulteriore			Indicatore	Ottenuto	Atteso
882 - Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione.			Avanzamento misura di prevenzione		
			Verifica insussistenza conflitto interessi		SI
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
801 - Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei.	L'analisi del fabbisogno parte dalle richieste e segnalazioni dei Direttori di Struttura, valutate dalla Struttura d'intesa con la Direzione strategica. Detta procedura viene infine definita attraverso la determina a contrarre che individua la procedura ritenuta più congrua in base ai fabbisogni evidenziati e che rispecchi i criteri di efficienza, efficacia ed economicità.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
			Presenza procedura per rilevazione fabbisogni	SI	
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RB.52 - Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione.				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
811 - Formalizzazione dell'avvenuto coinvolgimento delle strutture richiedenti nella fase di programmazione, in modo da assicurare una maggiore trasparenza e tracciabilità dell'avvenuta condivisione delle scelte di approvvigionamento	L'attività ordinaria viene programma nel Piano triennale dei lavori pubblici approvato con apposita deliberazione. Per le attività straordinarie/urgenti si procede attraverso l'analisi del fabbisogno rappresentato dal Direttore della Struttura interessata, dalla valutazione di tipo tecnico della Struttura Gestione Tecnica, dal conferimento dell'incarico per l'attività straordinaria alla ditta che gestisce l'appalto dei lavori, previa autorizzazione della Direzione amministrativa. Per l'anno 2020 è stata effettuata la richiesta di budgeting che individua preliminarmente la disponibilità economica delle voci di spesa da destinare a dette attività.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
			Formalizzazione coinvolgimento strutture nella fase della programmazione	SI	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	16PRO.B.B110.ORG074 - Definizione dei fabbisogni	Struttura	ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 801 - Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei.	Le attività di manutenzione è stata assolta in parte con contratti di manutenzione stipulati con le case costruttrici mentre la restante parte è stata eseguita con interventi ad hoc con case costruttrici ovvero previo confronto di offerte. L'AOU di foggia ha adottato nell'anno 2022 apposito regolamento per l'acquisto di apparecchiature che prevede anche una specifica procedura. Laddove si trattava di somme di un certo interesse l'intervento veniva condiviso con la Direzione strategica. Il fabbisogno viene deliberato annualmente sulla base delle richieste interne valutate dal settore di competenza di concerto con la Direzione strategica. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo dei fabbisogni	SI	SI

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi	Struttura	ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;	I controlli vengono espletati su tutti i commissari acquisendo dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale acquisizione attestazioni insussistenza conflitti sul totale dei collaudi effettuati	100,00%	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi</u>	Struttura	ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.53 - Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore	Il rispetto del controllo e dell'assenza di conflitto di interessi viene assicurato dalla contestuale presenza di più soggetti addetti alla conclusione del procedimento (responsabile amministrativo, direttore dei lavori/direttore esecuzione del contratto, coordinatore per la sicurezza, collaudatore e responsabile del procedimento). Il Responsabile del procedimento coincide, per prassi, con il Dirigente responsabile della Struttura il quale in caso di conflitto di interesse delega tale ruolo ad altra figura da egli stesso individuato. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
812 - Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione nella nomina del RP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso.		Percentuale attestazione insussistenza conflitti del RUP acquisite sul totale delle procedure	100,00%	100,00%

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>16PRO.B.B4.ORG018 - Nomina componenti di Commissione di gara</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore	Nel caso di indizione gara e nomina di commissari di gara si procede alla preliminare acquisizione della dichiarazione da parte dell'interessato dell'assenza di cause di incompatibilità e conflitto di interessi. La nomina dei commissari avviene previa richiesta di disponibilità presso le altre aziende sanitarie regionali di professionalità e competenze con l'oggetto della gara. La formalizzazione della nomina avviene previa condivisione con la Direzione Strategica tramite atto dirigenziale.	Percentuale	100,00%	
850 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti, alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'art. 51 c.p.c., e di quanto previsto dall'art. 77 del D.lgs 50/2016 e s.m.i.		Percentuale dichiarazioni acquisite sul totale delle procedure di gara concluse	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
881 - Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo.	Per quanto riguarda l'incarico di collaudo a tecnici professionisti di solito viene effettuata una procedura ristretta o aperta. Il controllo avviene attraverso la verifica del possesso dei requisiti richiesti dal bando stesso (iscrizione albo, capacità professionali, ecc..). Per i collaudatori professionisti è prevista la pubblicazione dell'incarico, curricula, compensi, dichiarazioni di assenza conflitto di interessi in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale e l'invio dati a PERLAPA.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
			Percentuale pubblicazioni obbligatorie per professionisti incaricati	100,00%	
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
304 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia			Avanzamento misura di prevenzione		
			Presenza misura di controllo		
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.				
Misura effettiva specifica ulteriore			Indicatore	Ottenuto	Atteso
288 - Controlli sui requisiti dell'OE ai sensi degli artt. 80-83 del D.lgs 50/2016 e s.m.i.			Avanzamento misura di prevenzione		
			Percentuale controlli requisiti secondo norma sul totale degli affidamenti		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
827 - Direttive/linee guida interne, oggetto di pubblicazione, che disciplinino la procedura da seguire, improntata ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre	Sono adottate procedure interne standardizzate in ossequio alle disposizioni normative in materia. Nell'anno in corso sono state adottate check-list interne di auto-controllo delle procedure degli appalti pubblici, servizi e forniture. Tutti i dati sulle procedure vengono pubblicati sul portale aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente".	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza check-list di auto-controllo	SI	

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte		

Misura effettiva specifica ulteriore	Idoneità della misura	Indicatore	Ottenuto	Atteso
865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	Idoneità della misura	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Utilizzo di check list di controllo		

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari</u>	Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Rischio corruttivo effettivo	RB.15 - Omissione di programmazione degli acquisti		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
802 - Controllo della Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture.	In applicazione delle previsioni di cui all'art. 21 D. Lgs. n. 50/2016 l'AOU di Foggia adotta il Programma Biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio. Per il biennio in corso è stata adottata la rimodulazione di detto programma con DDG n.242 del 29 ottobre 2021 avente ad oggetto "Adozione programma triennale dei lavori pubblici (anni 2022–2024) e biennale degli acquisti di servizi e forniture (2022–2023). Art. 21 D. Lgs. N. 50/2016 e D. M. Infrastrutture e Trasporti n. 14 del 16/01/2018."	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza programmazione	SI	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.04 - Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore		Ottenuto	Atteso
823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.	Se necessario, si ricorre alla pubblicazione di avvisi in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche. Nel corso del semestre sono state pubblicate poche indagini di mercato nell'albo pretorio online del sito internet istituzionale. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia MEDIO.	Avanzamento misura di prevenzione		100,00%	
		Presenza misura di pubblicazione avviso		SI	SI
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.56 - Elusione delle regole di affidamento degli appalti				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore		Ottenuto	Atteso
877 - Effettuazione di un report periodico (ad esempio semestrale), da parte dell'ufficio contratti, al fine di rendicontare agli uffici di controllo interno di gestione le procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggiore rilievo	Assente monitoraggio nel I semestre	Avanzamento misura di prevenzione			
		Percentuale massima di proroghe sul totale delle procedure			
Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI		
Processo	<u>B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.57 - Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione.				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore		Ottenuto	Atteso
865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	Gli uffici effettuano regolarmente la verifica dei requisiti di partecipazione e delle dichiarazioni prodotte dalle imprese in sede di gara che precedono la stipula del contratto. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione		100,00%	
		Percentuale massima di procedure per le quali è pervenuta una sola offerta		10,00%	
		Presenza check-list auto-controllo		SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		

Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	L'Ufficio provvede alla richiesta dell'attestazione di insussistenza di conflitto di interessi per ogni conferimento di incarico. Ad oggi non si registrano criticità.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi	100,00	100,00

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B6 - CONTRATTI
Processo	<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RB.14 - Proposta di nominativo pilotata		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	L'Ufficio provvede alla pubblicazione e trasmissione periodica delle informazioni, ai sensi del D.Lgs 33/13 e L. 190/12.ù Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazioni previste dalla norma	100,00%	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA		
Processo	16PRO.B.B6.ORG001 - Trasparenza amministrativa e Regolamentazione	Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
Rischio corruttivo effettivo	RB.17 - Omissione di pubblicazione o di Regolamentazione aziendale				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - Trasparenza amministrativa ai sensi del DLgs 33/13 e smi	La trasparenza amministrativa è garantita da controlli periodici del RPCT. Ciascuna Struttura, per competenza, provvede alla pubblicazione dei dati richiesti dal DLgs 33/13 e s.m.i. L'OIV provvede periodicamente all'attestazione degli assolvimenti in materia di trasparenza, rilevando eventuali criticità da sanare.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
			Percentuale pubblicazioni obbligatorie		
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 017 - Attestazioni Incompatibilità e Inconferibilità	Le attestazioni di incompatibilità e inconferibilità ai sensi del DLgs 39/13 sono periodicamente acquisite dal Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Sanitario con pubblicazione successiva in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale. Per l'anno 2021 sono state acquisite anche le attestazioni di inconferibilità e incompatibilità dei dirigenti delle strutture a valenza dipartimentale e complessa dell'area amministrativa, tecnica e professionale.		Avanzamento misura di prevenzione		
			Percentuale pubblicazione attestazioni		
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 127 - Adozione di Regolamenti aziendali	I principali regolamenti adottati tramite deliberazione del Direttore Generale risultano i seguenti: - DCS 315 del 21.05.2021 - Regolamento Aziendale Recupero Crediti - DCS 334 del 28.05.2021 - Aggiornamento Regolamento Aziendale delle Azioni di Contrasto al Fumo - DDG 121 del 05.08.2021 - Regolamento di Pubblica Tutela dell'AOU Policlinico di Foggia - DDG 226 del 27.10.2021 - Aggiornamento Regolamento del DICUNT		Avanzamento misura di prevenzione		
			Numero dei Regolamenti aziendali adottati	2,00	2,00
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 029 - Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari	Le attività formative destinate al personale aziendale sono programmate annualmente dall'Ufficio competente.		Avanzamento misura di prevenzione		
			Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale aziendale in materia di trasparenza e corruzione	1,00	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA
Processo	B.B7.ORG015 - Applicazione del PTPCT	Struttura	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	<p>Relativamente al periodo semestrale in considerazione, questa Direzione attesta quanto segue:</p> <ol style="list-style-type: none"> il comportamento generale dei dipendenti dell'Area è stato improntato al rispetto del codice di comportamento del dipendente pubblico e alle previsioni regolamentari dell'Azienda; non sono stati conferiti incarichi esterni. E, invero, per le finalità di cui al Percorso Attuativo Certificabilità dell'Ente, attualmente opera presso questa struttura la società KPMG, una delle aggiudicatrici della procedura di gara di rilevanza comunitaria, bandita dalla Regione Puglia in relazione alla Deliberazione n. 1011/2017 di approvazione delle misure di affiancamento degli Enti del SSN in relazione al Percorso Attuativo Certificabilità (cfr. D.I. Ministero Salute-MEF, 1 marzo 2013). La società di consulenza vede in questa Direzione d'Area solo uno dei soggetti beneficiari delle attività di affiancamento senza, che, tuttavia, l'Azienda sia committente del servizio in fase di svolgimento; specifica attenzione è stata posta nell'istruttoria e nell'emanazione dei provvedimenti finali che afferivano alle attività di rischio (cfr. macroprocessi intitolati alla "attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari", alle "procedure solleciti crediti insoluti", alle "registrazioni contabili"), così come previsto dal Piano in rassegna; è stato effettuato il controllo di regolarità amministrativa e contabile, nella fase preventiva della formazione di ciascun atto, anche endoprocedimentale, di competenza di questa Direzione, così come risultano espletati i controlli successivi, occorsi e/o richiesti dalla Direzione amministrativa, dal Collegio dei Revisori dei Conti, dall'OIV; non si sono verificati conflitti di interesse durante l'attività svolta; inoltre i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa hanno stipulato contratti o che sono stati interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, sono stati improntati al pieno rispetto di quanto previsto dal Piano in parola; si è provveduto a comunicare correttamente con le altre Direzioni e le Strutture dell'Azienda; altresì, risultano pubblicati sul sito aziendale i provvedimenti amministrativi relativi ai servizi facenti capo all'Area scrivente; è stata rispettata la corretta assunzione delle procedure di incasso e di pagamento; solleciti di pagamento sono stati emessi entro i termini civilistici di prescrizione; la gestione della comunicazione e della corrispondenza ha rispettato 	Applicazione misure previste dal PTPCT	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

quanto disposto dal Piano in questione;

10. sono attualmente in corso di definizione le attività necessarie al fine di garantire il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza di cui al D.Lgs. 33/2013. L'Area si è prodigata in modo sollecito in materia di registrazioni di bilancio e di rilevazioni, nella comunicazione con la Regione Puglia, in quella con i fornitori, ai quali è stata offerta assistenza specifica in materia di monitoraggio dello stato dei pagamenti. Altresì, attenzione è stata posta relativamente al ciclo attivo.

Tutto quanto considerato, relativamente al monitoraggio richiesto si attesta la corretta esecuzione dei regolamenti, dei protocolli e dei procedimenti disciplinati dal Piano. Ciò è tanto più vero se si considera che questa Direzione ha provveduto con costanza ad aggiornare, a mezzo di circolari interne, il personale dell'Area in materia di interventi legislativi di settore (a titolo di mero esempio, si considerino le previsioni ultimamente occorse in materia di verifiche ex art. 48bis DPR 602/1973, all'esenzione di pagamento dei contributi ANAC in caso di indizione gare/procedure di affidamento, alla sospensione dei termini di notifica dei provvedimenti esecutivi, etc.).

Stima rischio finale : MEDIO

Avanzamento misura di prevenzione

100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA
Processo	<u>B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
835 - Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, predefinita e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/ o le informazioni complementari.	Le procedure di gara vengono espletate prevalentemente sul portale telematico EmPulia e quindi è garantita l'accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari. Tutte le informazioni relative ai contratti sono pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazione atti sul web	100,00%	

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA
Processo	<u>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		

Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	I componenti del Comitato Etico vengono scelti sulla base dei criteri stabiliti nel Decreto Ministero della Salute del 12 maggio 2006, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 194 del 22.08.06, il quale stabilisce i requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali. Con Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 sono state apportate sostanziali modificazioni all'istituzione, organizzazione e funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali, scelti sulla base di specifiche figure professionali individuate nel citato decreto i cui curricula e la sussistenza dei requisiti vengono effettuati dalla Regione Puglia e, ai fini della trasparenza, validati o meno tramite Delibera di Giunta Regionale. Nel caso della nomina del comitato Etico Area 1 di interesse dell'AOU di Foggia la nomina dei componenti del Comitato Etico è avvenuta con DGR n. 601 del 29/04/2022. Sono regolarmente acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi da ciascun componente del CE. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite	100,00%	100,00%



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B7 - TRASPARENZA
Processo	<u>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento sono estesi a tutti i collaboratori e consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici nonchè nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'AOU di Foggia. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'AOU di Foggia inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice di comportamento. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici	100,00%	100,00%
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	In conformità al Regolamento generale sulla protezione dei dati, sono stati intensificati i controlli interni attraverso l'espletamento di Privacy Audit presso le strutture aziendali con il supporto di ditta esterna specializzata. I verbali di audit sono sempre controfirmati in modalità congiunta in presenza dei soggetti destinatari delle attività di controllo periodico e notificati alla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa dell'AOU di Foggia. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Numero verbali all'anno in materia di privacy audit	100,00	100,00



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO
Processo	<u>B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RB.05 - Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 875 - Controlli interni e pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.	Gli uffici, al ricevimento beni, procedono alla verifica della corrispondenza tra le quantità riportate nel documento di trasporto e le quantità fisiche ricevute, nonchè dell'integrità dei beni stessi. Altresì sono effettuati i seguenti controlli: - Verifica della conformità dei beni ricevuti, in termini di caratteristiche e quantità, tra documento di trasporto e quanto richiesto nell'ordine di acquisto. Si è invece riscontrata una inadeguata verifica della conformità dei servizi prestati rispetto a quelli oggetti del contratto nonchè del relativo controllo contabile sul contratto. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo non sia Basso in virtù del fatto che in assenza di formalizzazioni si possa procedere a variazione e incrementi contrattuali di fatto, attesa la liquidazione a pie di lista di quanto fatturato dal fornitore.	Avanzamento misura di prevenzione	50,00%	
		Presenza controlli interni	25,00%	50,00%

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO
Processo	<u>B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RB.70 - Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 804 - Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze	Il controllo periodico e il monitoraggio dei tempi programmati viene effettuato attraverso sistemi di controllo interno in ordine alle future scadenze contrattuali con riunioni periodiche sullo stato dell'arte. E' auspicabile l'individuazione di una figura interna da dedicare al monitoraggio del rispetto dei tempi programmati che curi anche eventuali informative agli interessati.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Monitoraggio periodico dei tempi programmati (SAL)	SI	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	Sottoarea	B.B9 - ORDINI		
Processo	B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RB.76 - Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti.				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore		Ottenuto	Atteso
820 - Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici.	Sono sempre assicurati in collaborazione con le strutture aziendali interessate (Servizio Ingegneria Clinica, Servizio Informativo Aziendale, Area Risorse Finanziarie) iter standardizzati con riguardo alle garanzie a corredo dell'offerta, alla tracciabilità dei pagamenti nonché ai termini di pagamento agli operatori economici. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione		80,00%	
		Presenza clausole standard		SI	SI
Area di rischio	C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Sottoarea	A.A8 - ECM		
Processo	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS);	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE		
Rischio corruttivo effettivo	RC.06 - Abuso della discrezionalità				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore		Ottenuto	Atteso
222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità?	La Struttura di formazione aziendale, nella qualità di Provider n.52 della Regione Puglia, è abilitata ad accreditare attività formative ECM attraverso la piattaforma AGENAS la quale garantisce affidabilità, integrità e controlli di tipo automatico. Il rischio che il processo possa presentare malfunzionamenti e determinare comportamenti corruttivi e/o di abuso da parte del personale incaricato è basso in quanto il sistema è basato sulla proceduralizzazione delle attività e tracciabilità delle operazioni.	Avanzamento misura di prevenzione		100,00%	
		Utilizzo portale Agenas		SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Sottoarea	G.G1 - INCARICHI E NOMINE
Processo	<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		

Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	L'Ufficio provvede alla richiesta dell'attestazione di insussistenza di conflitto di interessi per ogni conferimento di incarico. Ad oggi non si registrano criticità.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi	100,00	100,00

Area di rischio	D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Sottoarea	G.G1 - INCARICHI E NOMINE
Processo	<u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RB.14 - Proposta di nominativo pilotata		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	L'Ufficio provvede alla pubblicazione e trasmissione periodica delle informazioni, ai sensi del D.Lgs 33/13 e L. 190/12.ù Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazioni previste dalla norma	100,00%	100,00%

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO
Processo	<u>E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche</u>	Struttura	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
Rischio corruttivo effettivo	RE.05 - Effettuare registrazioni e rilevazioni non corrette/non veritiere		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio	E' attiva una procedura di inventariazione informatizzata delle postazioni di lavoro e apparati di rete attraverso un sistema denominato Active Directory integrato con tecnologia Microsoft System Center. Si auspica una procedura di riconciliazione fisico-virtuale al fine di una simmetria informativa coerente tra l'Area del Patrimonio e l'Ufficio SIA. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	80,00%	
		Presenza misura di inventariazione		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI
Processo	16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili	Struttura	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Rischio corruttivo effettivo	RE.05 - Omissione di procedure contabili		

Esito monitoraggio

Nell'ambito del Percorso Attuativo di Certificabilità, l'AOU di Foggia ha adottato le seguenti principali deliberazioni:

- 1) Deliberazione del Direttore Generale n. 213 del 26 aprile 2019 avente ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità degli enti del SSR - Aggiornamento del modello di rilevazione ministeriale del PAC"
- 2) Deliberazione del Direttore Generale n. 563 del 18 ottobre 2019 avente ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità degli enti del SSR - Aggiornamento del modello di rilevazione ministeriale del PAC- Riprogrammazione attività"
- 3) Deliberazione del Direttore Generale n. 601 del 6 novembre 2019 avente ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità degli enti del SSR - Aggiornamento del modello di rilevazione ministeriale del PAC- Riprogrammazione attività - Integrazione".
Il Percorso Attuativo della Certificabilità è terminato il 30 settembre 2020 e su richiesta della Sezione Raccordo al Sistema Regionale, Servizio Controlli Agenzie, Organismi e Società partecipate e Certificazione Aziende Sanitarie della Regione Puglia, si è provveduto ad indicare, nel Modello di Rilevazione Ministeriale, l'esito finale dell'intero Percorso.
- 4) con DDG 174 del 25.03.2021 l'AOU ha adottato il "Percorso Attuativo della Certificabilità degli enti del SSR - Modello di Rilevazione Ministeriale del PAC esito finale dell'intero Percorso"

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione

Presenza PAC

Ottenuto

SI

Atteso

SI

Misura effettiva specifica ulteriore
504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI
Processo	<u>E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento</u>	Struttura	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO
Rischio corruttivo effettivo	RE.03 - Corresponsioni non dovute per mancanza di tutti gli elementi necessari relativi ai controlli e alla liquidazione, secondo gli assetti organizzativi e le competenze previste		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili e Disposizioni di servizio	L'ufficio provvede alla liquidazione delle fatture solo previa attestazione di regolare fornitura/esecuzione beni lavori e servizi altresì utilizzando un sistema informatizzato dove i sistemi sono integrati e vincolanti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Sono effettuati controlli d'ufficio relativi alla presenza di presupposti e documentazione necessari ai pagamenti (verifica trimestrale a campione minimo del 1% dei mandati emessi nel trimestre).	Percentuale campione minimo di controlli su mandati emessi nel trimestre	1,00%	1,00%
	Il personale si attiene al Manuale delle procedure amministrativo-contabili aggiornato e approvato a mezzo di DCS n. 3735/2020. Il rischio è stimato come MEDIO in considerazione delle misure di mitigazione applicate.	Presenza misura di controllo	SI	
	Idoneità della misura			

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI
Processo	<u>E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento</u>	Struttura	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO
Rischio corruttivo effettivo	RE.06 - Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 502 - Verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati	L'ufficio effettua controlli periodici sulle liquidazioni effettuate altresì vincolando i pagamenti in base all'ordine di arrivo delle fatture e delle relative attestazioni di fornitura/esecuzione vincolanti del servizio.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Il rischio è stimato come MEDIO in considerazione delle misure di mitigazione applicate, particolarmente legate all'allineamento del personale al manuale delle procedure amministrativo-contabili (aggiornato e approvato a mezzo di DCS n. 3735/2020) e alle disposizioni progressive, tempestivamente comunicate da questa Direzione.	Presenza misura di controllo	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI	
Processo	<u>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	
Rischio corruttivo effettivo	RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche			
Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
	Gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento sono estesi a tutti i collaboratori e consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici nonchè nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'AOU di Foggia. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'AOU di Foggia inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice di comportamento. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
	In conformità al Regolamento generale sulla protezione dei dati, sono stati intensificati i controlli interni attraverso l'espletamento di Privacy Audit presso le strutture aziendali con il supporto di ditta esterna specializzata. I verbali di audit sono sempre controfirmati in modalità congiunta in presenza dei soggetti destinatari delle attività di controllo periodico e notificati alla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa dell'AOU di Foggia. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva trasversale ulteriore 461 - Controllo di regolarità contabile e Regolamentazione	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
	Il controllo contabile sui rendiconti della Cassa Economale è operato regolarmente dall'ufficio competente. L'AOU di Foggia ha provveduto ad adottare un Regolamento aziendale sull'utilizzo della Cassa Economale approvata con Deliberazione del Direttore Generale n.225 del 30.06.2016.Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza Regolamento Cassa economale	SI	SI
Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E12 - CASSA	
Processo	<u>E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	
Rischio corruttivo effettivo	RE.05 - Effettuare rilevazioni non corrette/non veritiere			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E2 - PROGRAMMAZIONE		
Processo	<u>E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio	La gestione dei beni immobili aziendali riguarda la sola manutenzione ordinaria e straordinaria. Non sono contemplate condizioni di acquisto o locazioni di beni immobili di proprietà dell'AOU di Foggia non destinati ad attività sanitarie poiché detta tipologia di beni è stata trasferita interamente alla Regione per effetto del procedimento di cartolarizzazione.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
			Percentuale pubblicazione dati relativi alla programmazione	100,00%	
Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E3 - MANUTENZIONI		
Processo	<u>E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi, di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RE.01 - Assenza di programmazione				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Programmazione e Misure di trasparenza	E' attualmente in corso la predisposizione della programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi 2020-2021, di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i. La programmazione è definita in accordo con le altre Strutture competenti dalle quali è rilevato il fabbisogno. La documentazione relativa alla programmazione biennale è sempre disponibile sul sito internet istituzionale, in apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
			Presenza programmazione biennale	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E4 - BENI e RISORSE		
Processo	E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO		
Rischio corruttivo effettivo	RE.07 - Omissione inventariazione o irregolarità				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
504 - Verifiche periodiche ed Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	L'inventariazione dei beni di consumo è effettuato periodicamente con rendicontazione al 31/12 delle giacenze del magazzino economale. Il processo di inventariazione del bene inizia con la classificazione del bene in famiglie, categorie e classi, successivamente viene affissa al bene l'etichetta identificativa e il bene è consegnato alla struttura destinataria, infine si provvede ad inserire nel Sistema Informativo i dati tecnici, anagrafici ed organizzativi del bene. Il sistema Informativo genera automaticamente la scheda inventariale del bene che contiene i seguenti i seguenti dati economici ed amministrativi. Gli uffici verificano che le donazioni e i comodati d'uso di attrezzature elettromedicali non comportino l'utilizzo di materiale di consumo da acquistare dalle imprese che concedono i beni. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Presenza misure PAC	SI		SI
Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E4 - BENI e RISORSE		
Processo	16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA		
Rischio corruttivo effettivo	RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio	Nella gestione dei beni immobili non si registrano condizioni di acquisto o locazione se non limitati ad attività sanitaria o ad uso pubblico per la sanità. L'inventario degli immobili di proprietà dell'AOU di Foggia viene aggiornato e pubblicato annualmente sul portale MEF e sul portale istituzionale aziendale della Trasparenza.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Percentuale pubblicazione informazioni richieste dal dlgs 33/13	100,00%		
Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE		
Processo	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni	Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI		
Rischio corruttivo effettivo	RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati				
Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
002 - Codice di Comportamento: Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo.	Il Codice di comportamento aziendale è regolarmente applicato e monitorato. Non si rilevano criticità	Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento	SI		
	Idoneità della misura La misura è efficace	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE		
Processo	E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance		Struttura	ORG005 - SC CONTROLLO DI GESTIONE	
Rischio corruttivo effettivo	RE.05 - Alterazione degli indicatori di risultato al fine di consentire un'attribuzione indebita dei compensi legati al raggiungimento degli obiettivi				
	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
Misura effettiva specifica ulteriore 215 - Previsione della presenza di più soggetti e strutture competenti e relazione annuale su criticità eventualmente riscontrate nella gestione dei progetti di performance	La maggior parte degli obiettivi strategici sono determinati dalla Direzione Strategica, mediante approvazione del Piano delle Performance, sostituito dal PIAO, ed in considerazione degli obiettivi di mandato della Direzione Generale e dagli obiettivi determinati dalla Regione Puglia per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali; in seguito sono assegnati e condivisi in sede di procedura di Budget con i Direttori di Dipartimento e di Struttura; detti obiettivi vengono monitorati e periodicamente, con cadenza trimestrale, i risultati vengono trasmessi alle strutture destinatarie. Inoltre, è monitorata la spesa farmaceutica e dei dispositivi medici e, con cadenza bimestrale, il risultato viene trasmesso alle strutture; alla Direzione Strategica detto monitoraggio, oltre a quello dell'andamento della produzione confrontato con gli anni precedenti, è trasmesso mensilmente. E' stato adottato il PIAO 2022_2024. Sussiste il criterio della segregazione delle funzioni, nel rispetto del Sistema di Misurazione della Performance adottato dall'Azienda, con il coinvolgimento di vari soggetti e strutture, tra cui in fase finale l'OIV (Organismo indipendente di Valutazione). Si ritiene che il livello di esposizione al rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure di mitigazione del rischio applicate. Negli ultimi 12 mesi non sono state rilevate segnalazioni di illeciti da parte del personale dipendente o da esterni.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Presenza attività in forma collegiale	SI		SI
Misura effettiva trasversale ulteriore 456 - Validazione dell' Organismo di valutazione Pubblicazione su Amministrazione Trasparente della validazione OIV della Relazione sulla performance	Esito monitoraggio La Relazione alla Performance anno 2021 da parte dell'OIV è stata validata in data 12 settembre 2022 e pubblicata sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparenza- Performance - Relazione sulla Performance.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Pubblicazione validazione OIV sulla relazione Performance	SI		SI
Misura effettiva trasversale ulteriore 452 - Informatizzazione dei processi e aggiornamento SMVP	Esito monitoraggio Nel corso dell'anno tutto il personale ha partecipato alle attività di formazione ed utilizzo per l'avvio del nuovo Sistema informativo di Monitoraggio della Spesa del SSR (MOSS).	Aggiornamento sistema SMIVAP	SI		SI
		Avanzamento misura di prevenzione			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA
Processo	E.E7.77.ORG015 - RegISTRAZIONI contabili	Struttura	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO
Rischio corruttivo effettivo	RE.05 - Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere		

Esito monitoraggio

L'AOU di Foggia ha avviato il "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN nel corso del 2016 che è in fase di revisione in vista della certificazione del bilancio. La procedura è stata recepita all'interno dell'organizzazione aziendale e non si rilevano criticità.

Di seguito le misure di controllo attualmente applicate:

- Tracciabilità delle registrazioni
- Formazione di un archivio cartaceo per i documenti non fiscali ordinato progressivamente per anno
- Controlli periodici della documentazione probatoria.

Il Manuale delle procedure amministrativo-contabili, propedeutico al completamento del "Percorso" in rassegna, è stato aggiornato e approvato a mezzo di DCS n. 3735/2020.

A mezzo di DGR n. 2098/2020, avente per oggetto il "Servizio di accompagnamento agli Enti del S.S.R. Pugliese nell'ambito del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci previsto a norma del DM 1° marzo 2013. Estensione degli effetti dei contratti in corso", l'ente regionale ha approvato una relazione tecnica, dalla quale emerge una elevata performance di questa Azienda ad esito di una comparazione della situazione iniziale rispetto a quella esaminata alla fine dell'e.f. 2020 (cfr. p. 15 della relazione): date sette aree di bilancio, permangono talune criticità, del resto attualmente in via di allineamento, su due di esse. Per questa ragione, la Regione Puglia ha deliberato il prosieguo delle attività di affiancamento dell'individuata società di revisione contabile a questa Azienda.

Si ritiene che il livello di rischio sia ALTO.

Idoneità della misura

Motivazione scostamenti

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione

Ottenuto

100,00%

Atteso

Manuale delle procedure amministrativo-contabili

SI

SI

Misura effettiva specifica ulteriore
504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) e Manuale Procedure amministrativo-contabili



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA		
Processo	<u>E.E7.78.ORG015 - Procedure solleciti crediti insoluti</u>	Struttura	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO		
Rischio corruttivo effettivo	RE.02 - Discrezionalità nell'effettuazione dei solleciti e del rispetto dei termini per il recupero crediti				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
	La procedura relativa al sollecito crediti insoluti prevede le seguenti misure di controllo:		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	- Controllo periodico sullo scadenzario		Controllo periodico sullo scadenzario	SI	SI
	- Compilazione ed inoltro di sollecito di pagamento/Interlocazione con il soggetto debitore ed eventuale reperimento di soluzioni che favoriscano il rientro del debito riscontrato (all'occorrenza, rateizzazione. Esempio ne è il debito contratto con quest'Azienda da taluni dipendenti, i quali cessino dal servizio)				
	- Circolarizzazione dei crediti in sede di redazione del bilancio				
	Si ritiene che il livello di rischio sia MEDIO. In considerazione della standardizzazione della filiera procedurale mediante l'applicazione del regolamento aziendale di recupero dei crediti.				
Misura effettiva trasversale obbligatoria					
381 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili					



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	Sottoarea	E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI
Processo	<u>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino		

Esito monitoraggio

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione
 Percentuale max rettifiche magazzino
 Presenza sistema informatizzato
 Verifica mensile inventario magazzino

Ottenuto

100,00%

Atteso

Idoneità della misura

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

Motivazione scostamenti

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

Misura effettiva specifica ulteriore
 660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>E.E10.01.ORG012 - Procedimenti amministrativi</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione monitoraggio tempi procedurali		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		N° Procedimenti Amministrativi Conclusi con Ritardo	0,00	0,00
Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - Mappatura e Monitoraggio procedimenti	Esito monitoraggio I procedimenti amministrativi di competenza sono stati regolarmente mappati e pubblicati nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito aziendale entro i termini dettati dalla normativa vigente in materia.	N° Procedimenti Amministrativi Conclusi entro i Termini	100,00	100,00
		Percentuale procedimenti amministrativi mappati per competenza	100,00%	100,00%
		Publicazione procedimenti in Amministrazione Trasparente (art. 35 del D.Lgs 33/13)	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
	1. Numero procedure in affidamento diretto esterno (incarichi legali) dal 30/06 al 31/12: 4	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 30/06: zero			
	3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): zero			
	4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate: zero (0)			
	5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture: zero (0)			
	6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: n/a			
	7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: zero (0)			
	8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: zero (0)			
	9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale:NO			
	10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: SI			
	11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP): SI			
	12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: SI			
	13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: SI			
	14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: SI			
	15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: SI			
	16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: NO			
	17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: NO			
	18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI			
	19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI			
	20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: SI			
	Idoneità della misura			

Misura effettiva trasversale ulteriore
468 - Monitoraggio indicatori



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	<u>F.F1.05.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI		
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito				
Misura effettiva trasversale ulteriore			Indicatore	Ottenuto	Atteso
468 - Monitoraggio indicatori			Avanzamento misura di prevenzione		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>F.F1.05.ORG012 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01 al 31/12:	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12:			
	3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): 1 (uno)			
	4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate:			
	5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture:			
	6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: si			
	7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: 100%			
	8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: si			
	9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: si			
	10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: si			
	11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP): si			
	12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: si			
	13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: si			
	14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: si			
	15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: si			
	16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: 16			
	17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: 13			
	18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI			
	19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI			
	20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: Si			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	<u>F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI		
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito				
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori			Indicatore Avanzamento misura di prevenzione	Ottenuto 100,00%	Atteso
Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	<u>F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA		
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito				
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori			Indicatore Avanzamento misura di prevenzione	Ottenuto 100,00%	Atteso
Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	<u>F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA		
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito				
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori			Indicatore Avanzamento misura di prevenzione	Ottenuto 100,00%	Atteso



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
	1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01 al 31/12: 2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12: 3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): zero (0) 4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate: zero (0) 5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture: zero (0) 6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: n/a 7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: zero (0) 8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: zero (0) 9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: NO 10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: SI 11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP): n/a 12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: SI 13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: n/a 14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: SI 15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: SI 16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: NO 17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: NO 18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI 19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI 20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: SI	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori				



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori	1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01 al 31/12: 21 2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12:NO 3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): zero (0) 4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate: zero (0) 5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture: zero (0) 6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: SI 7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: zero (0) 8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: zero (0) 9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: NO 10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: SI 11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP):SI 12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: SI 13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: SI 14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: SI 15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: SI 16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: NO 17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: NO 18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI 19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI 20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: SI	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE		
Processo	<u>F.F1.92.ORG010 - Sorveglianza sanitaria</u>	Struttura	ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE		
Rischio corruttivo effettivo	RF.06 - Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore	<p>Nell'anno 2022 l'attività di monitoraggio, controllo e propositiva nei confronti dell'AOU di Foggia è stata affidata ad una ditta specializzata nel settore della prevenzione e protezione degli ambienti di lavoro e del personale dipendente che effettuava i controlli secondo protocolli standardizzati. E' auspicabile che detta collaborazione venga confermata con un adeguamento dell'organico presente per aumentare i controlli.</p> <p>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.</p>		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
214 - Controlli e regolamentazione			Controlli periodici sulle attività espletate da società esterna incaricata	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RF.02 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 531 - Standardizzazione dei processi	Con DDG n. 354 del 4 maggio 2018, è stato adottato il manuale di gestione del protocollo Informatico, dei flussi documentali e dell'archivio in ottemperanza al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2013 concernente le "Regole tecniche per il protocollo informatico", articolo 3, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, Codice dell'Amministrazione Digitale. Il manuale di gestione, disciplinato dall'art. 5, comma 1 del DPCM descrive il sistema di gestione anche ai fini della conservazione, dei documenti informatici e fornisce le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.	Aggiornamento manuale di gestione documentale	SI	SI
	Con determinazione del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio n. 2985 del 17 settembre 2019 è stato affidato il servizio di archiviazione, gestione della documentazione sanitaria ed amministrativa alla RTI Prodeo/CNI ed è stato effettuato un'aggiornamento delle procedure interne. In particolare sono state introdotte modifiche migliorative al gestionale in dotazione. Da Ottobre 2020 e poi da Febbraio 2021 è stato adottato il protocollo informatico per la pubblicazione delle Determine e Delibere Aziendali. Pertanto dal 2021 presso l'Azienda la pubblicazione di tutti gli atti avviene in modalità telematica e informatica, secondo i parametri dettati dalla transazione Digitale. E' in atto una fase di modifica della policy aziendale in materia di accesso al Protocollo Informatico con lo sviamento delle connesse responsabilità.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	Il Codice di comportamento è regolarmente applicato, è pubblicato nella sezione dedicata del portale istituzionale ed è reso noto dalla SC Personale a ciascun dipendente al momento dell'assunzione in servizio. Sull'aspetto della corretta applicazione del Protocollo informatico tutta l'organizzazione aziendale e quindi i dipendenti si sono adeguati alle nuove disposizioni in materia ed alle direttive ad esso connesse. Non si segnalano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Clausola di osservanza del Codice comportamentale alla sottoscrizione del contratto di assunzione	SI	SI
Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso



Stato attuazione misure al 31/12/2022

029 - Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi

E' auspicabile un'intensificazione delle attività di sensibilizzazione del personale dipendente anche attraverso la Struttura aziendale Formazione. Sono stati sollecitati alla struttura formazione istituzione di corsi in materia di formazione.
La richiesta di attività di formazione è stata più volte avanzata dalla SSD Affari Generali e Privacy, ma alla data odierna non risultano calendarizzati eventi formativi in materia di anticorruzione e privacy.

Avanzamento misura di prevenzione	100,00%
Percentuale personale formato in materia di gestione documentale informatizzata	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale II livello RPCT</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito		

Misura effettiva specifica obbligatoria
001 - MG01 ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA

Indicatore **Ottenuto** **Atteso**

- Avanzamento misura di prevenzione
- Percentuale pubblicazioni obbligatorie in amministrazione trasparente sul totale degli adempimenti di tutte le strutture
- Percentuali atti pubblicati in formato open - rielaborabile
- Presenza pubblicazioni ulteriori in amministrazione trasparente
- Pubblicazione registro accessi sul sito web

Indicatore **Ottenuto** **Atteso**

- Avanzamento misura di prevenzione
- Numero di ricorsi/reclami ricevuti da Garante o ANAC
- Numero procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti)
- Numero procedimenti disciplinari avviati con riferimento ai reati contro la PA
- Numero procedimenti per violazione del Codice di Comportamento (al 31/12)
- Numero ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici
- Presenza casi assenza ingiustificata dei dipendenti

Misura effettiva specifica obbligatoria
005 - MG02 CODICE DI COMPORTAMENTO

Indicatore **Ottenuto** **Atteso**

Misura effettiva trasversale ulteriore

Stato attuazione misure al 31/12/2022

<p>452 - MG03 INFORMATIZZAZIONE PROCESSI</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione Digitalizzazione e informatizzazione processi aziendali</p>	<p>Indicatore</p>	<p>Ottenuto</p>	<p>Atteso</p>
<p>Misura effettiva trasversale obbligatoria 382 - MG04 ACCESSO TELEMATICO A DATI</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione Pubblicazione obiettivi di accessibilità AgID</p>	<p>Indicatore</p>	<p>Ottenuto</p>	<p>Atteso</p>
<p>Misura effettiva trasversale obbligatoria 383 - MG05 MONITORAGGIO TERMINI PROCEDIMENTALI</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione Monitoraggio periodico dei tempi di conclusione dei procedimenti tramite rendicontazione semestrale dei Dirigenti per competenza</p>	<p>Indicatore</p>	<p>Ottenuto</p>	<p>Atteso</p>
<p>Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - MG06 MONITORAGGIO CONFLITTI DI INTERESSI</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione Rilevazione di effettiva sussistenza di conflitto di interessi tramite controlli o su segnalazione</p>	<p>Indicatore</p>	<p>Ottenuto</p>	<p>Atteso</p>
<p>Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - MG07 FORMAZIONE DECISIONI DEI PROCEDIMENTI</p>	<p>Applicazione del principio della segregazione delle funzioni</p>	<p>Indicatore</p>	<p>Ottenuto</p>	<p>Atteso</p>
<p>Misura effettiva specifica obbligatoria 016 - MG08 INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione Pubblicazione in AT delle attestazioni su incompatibilità e inconferibilità</p>	<p>Indicatore</p>	<p>Ottenuto</p>	<p>Atteso</p>
<p>Misura effettiva trasversale ulteriore 453 - MG09 INCARICHI EXTRA- ISTITUZIONALI</p>	<p>Avanzamento misura di prevenzione Pubblicazione in AT degli incarichi autorizzati a dipendenti e pubblicazione in Anagrafe prestazioni</p>	<p>Indicatore</p>	<p>Ottenuto</p>	<p>Atteso</p>
<p>Misura effettiva specifica obbligatoria</p>		<p>Indicatore</p>	<p>Ottenuto</p>	<p>Atteso</p>

Stato attuazione misure al 31/12/2022

021 - MG10 FORMAZIONE DI
COMMISSIONI-ASSEGNAZIONI UFFICIO

Acquisizione d'ufficio delle attestazioni
di insussistenza conflitto interessi da
parte dei componenti delle
Commissioni

Avanzamento misura di prevenzione

Indicatore

Ottenuto

Atteso

Misura effettiva specifica ulteriore
532 - MG11 PANTOUFLAGE-REVOLVING
DOORS

Avanzamento misura di prevenzione

Presenza clausola anti-pantouflage
nei bandi di gara

Presenza clausola anti-pantouflage
nei contratti di assunzione

Indicatore

Ottenuto

Atteso

Misura effettiva specifica obbligatoria
024 - MG12 WHISTLEBLOWING

Avanzamento misura di prevenzione

Numero segnalazioni pervenute
anche tramite l'istituto del
whistleblowing

Indicatore

Ottenuto

Atteso

Misura effettiva specifica obbligatoria
032 - MG13 PATTI DI INTEGRITA'

Avanzamento misura di prevenzione

Presenza del patto di integrità nei
bandi di gara ai fini della
partecipazione

Indicatore

Ottenuto

Atteso

Misura effettiva specifica obbligatoria
029 - MG14 FORMAZIONE DEL
PERSONALE

Avanzamento misura di prevenzione

Numero di iniziative di formazione e
sensibilizzazione del personale

Indicatore

Ottenuto

Atteso

Misura effettiva specifica obbligatoria
009 - MG15 ROTAZIONE DEL
PERSONALE

Applicazione della misura della
rotazione o misura equivalente
(segregazioni funzioni) da parte dei
Dirigenti

Avanzamento misura di prevenzione

Numero rotazioni straordinarie
applicate al personale

Indicatore

Ottenuto

Atteso

Misura effettiva specifica obbligatoria

Avanzamento misura di prevenzione



Stato attuazione misure al 31/12/2022

031 - MG16 SENSIBILIZZAZIONE E
RAPPORTI CON SOCIETA' CIVILE

Numero eventi per sensibilizzazione
della cittadinanza (giornata della
trasparenza)

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F1 - RISCHI E MISURE
Processo	<u>ORG010.F.F1 - Monitoraggio periodico trasversale</u>	Struttura	ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva trasversale obbligatoria 383 - Monitoraggio indicatori	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01 al 31/12: 2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12: 3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): 4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate: 5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture: 6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: 7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: 8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: 9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: 10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: 11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP): 12. Pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente, ai sensi del Dlgs 33/13: 13. Aggiornamento attestazione inconferibilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: 14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: 15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: 16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: 17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: 18. Riunioni interne annuali sull'applicazione del PTPCT: 	Avanzamento misura di prevenzione		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F2 - ASTENSIONI
Processo	<u>F.F2.94.ORG010 - Prevenzione e gestione di conflitti (utenza esterna e dipendenti)</u>	Struttura	ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RF.02 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Sussiste l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi già previsto nel Codice di Comportamento aziendale esteso anche a personale esterno. Il livello di rischio è stimato BASSO.	Presenza casi astensione per conflitto di interesse	SI	SI
		Presenza misura di controllo	SI	SI

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F3 - SORVEGLIANZA SANITARIA
Processo	<u>F.F3.96.ORG010 - Gestione cartelle sanitarie e di rischio</u>	Struttura	ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RF.09 - Omissione misure di riservatezza per cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
533 - Controlli periodici sull'applicazione delle misure di sicurezza	L'attività di controllo è stata effettuata con procedimento di verbalizzazione al quale è auspicabile sia presente apposita check list. Nel corso dell'anno 2022 non sono state rilevate particolari criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Controlli periodici sull'applicazione delle misure di sicurezza fisiche per l'accesso alle cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F4 - RIFIUTI SPECIALI		
Processo	<u>F.F4.99.ORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri</u>	Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RF.06 - Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti				
Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Esito monitoraggio La gestione dei rifiuti ospedalieri è affidata alla Direzione Sanitaria che effettua controlli periodici e a campione sul corretto conferimento dei rifiuti sulla base delle direttive impartite al personale interno dal Direttore Sanitario. Non si sono ravvisate ipotesi di conflitto di interesse e/o criticità. Sono contestuali ai controlli campionari il rinnovo delle informazioni riportate nelle direttive aziendali direttamente al personale operativamente coinvolto. Nel corso dell'anno non sono state rilevate criticità.	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione Numero attestazioni ricevute di conflitto interessi	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 215 - Attività di sorveglianza	Esito monitoraggio La gestione della documentazione sensibile è affidata ad una pluralità di soggetti specificatamente individuati tutti incardinati presso la Direzione Sanitaria.	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione Monitoraggio e sorveglianza periodica	Ottenuto	Atteso
Area di rischio	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO	Sottoarea	F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI		
Processo	<u>F.F5.101.ORG002 - Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, definizione delle strategie e dei protocolli delle attività di disinfezione disinfestazione e sterilizzazione</u>	Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RF.05 - Omissione dei controlli di merito e proceduralizzazione				
Misura effettiva specifica ulteriore 532 - Definizione di procedure	Esito monitoraggio Sono attivi strumenti di sorveglianza (rilevazione puntuale e indagine di prevalenza), strumenti di controllo (stesura di procedure, protocolli, implementazione locale di linee guida).	Indicatore	Avanzamento misura di prevenzione Presenza di nuove tecnologie per monitoraggio sistemi sanificazione	Ottenuto	Atteso



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	G - INCARICHI E NOMINE	Sottoarea	G.G1 - INCARICHI E NOMINE
Processo	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità		

Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	L'Ufficio provvede alla richiesta dell'attestazione di insussistenza di conflitto di interessi per ogni conferimento di incarico. Ad oggi non si registrano criticità.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi	100,00	100,00

Area di rischio	G - INCARICHI E NOMINE	Sottoarea	G.G1 - INCARICHI E NOMINE
Processo	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	Struttura	ORG009 - SSD FORMAZIONE
Rischio corruttivo effettivo	RB.14 - Proposta di nominativo pilotata		

Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	L'Ufficio provvede alla pubblicazione e trasmissione periodica delle informazioni, ai sensi del D.Lgs 33/13 e L. 190/12.ù Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale pubblicazioni previste dalla norma	100,00%	100,00%

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI
Processo	H.H1.108.ORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente		

Misura effettiva specifica obbligatoria	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
002 - Regolamentazione e Codice di Comportamento	I Processi sono gestiti con il nuovo regolamento dei Sinistri adottato DCS n. 314 del 06.07.2022 e rettificato con DCS n. 353 del 28.07.2022. I sinistri sono decisi in sede di Comitato Valutazione Sinistri, organismo istituito ad hoc con specifiche professionalità, che si esprimono sulle richieste risarcitorie in modo collegiale sulla base dell'istruttoria interna effettuata. Il codice di comportamento, adottato con deliberazione n. 397 del 8 luglio 2020, avente ad oggetto: "Adozione del Codice di Comportamento Aziendale ai sensi dell'art. 54 D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.", risulta pubblicato sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione dell'amministrazione trasparente. Il monitoraggio del Codice è regolarmente effettuato. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. Giova sottolineare che il Nuovo Regolamento individua la SC Burocratico Legale per la gestione completa dei procedimenti.	Applicazione Regolamento e Codice di Comportamento	SI	SI
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI		
Processo	<u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY		
Rischio corruttivo effettivo	RB.10 - Omissioni pubblicazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.	Tutti gli atti riguardanti le convenzioni e contratti assicurativi sono resi pubblici. Non sono state rilevate criticità nel corso dell'anno. Con riferimento all'utilizzo del marchio aziendale e concessione del patrocinio dell'AOU di Foggia, è stato adottato specifico Regolamento giusta deliberazione del Direttore Generale n. 545 del 10/10/19. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		
		Percentuale pubblicazioni dati	100,00%	100,00%	
Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI		
Processo	<u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY		
Rischio corruttivo effettivo	RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente				
Misura effettiva specifica ulteriore	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso	
285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno	Tutti gli iter procedurali sono gestiti secondo il principio di segregazione di funzione. Altresì è stato adottato uno specifico regolamento con riferimento al procedimento di gestione interna dei sinistri ed individuazione di percorsi e dei soggetti coinvolti nell'iter istruttorio. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.	Adozione Regolamento interno	SI	SI	
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI
Processo	<u>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</u>	Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE
Rischio corruttivo effettivo	RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione	<p>La Struttura Legale svolge attività inerente sia alla prevenzione delle controversie attraverso i pareri legali, sia alla gestione diretta e indiretta del contenzioso con i dipendenti in materia lavoristica nonché in materia di appalti e di responsabilità per colpa medica. Si occupa inoltre anche delle procedure esecutive, relative a opposizioni e pignoramenti presso terzi.</p> <p>A fini di prevenzione del contenzioso vengono altresì poste in essere attività di consulenza e riunioni per agevolare la composizione degli interessi delle parti con riguardo all'interesse aziendale, in particolare per questioni inerenti le competenze dell'Area Tecnica, l'Area del Personale e l'Area patrimonio; Nell'ottica della diminuzione degli eventi sanitari avversi che producono contenzioso giudiziario e relativi costi, al fine di garantire la trasparenza e la corretta valutazione degli atti istruttori relativi ai sinistri e la congruità delle somme liquidate a titolo risarcitorio ai pazienti danneggiati, la Struttura Legale partecipa al progetto del Risk Management con una valutazione interdisciplinare in fase istruttoria dei sinistri di malpractice con il compito specifico della individuazione e della definizione, in collaborazione con la Direzione sanitaria, delle procedure di riduzione del rischio clinico.</p>	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo interno	SI	SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI
Processo	<u>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</u>	Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE
Rischio corruttivo effettivo	RH.02 - Incarichi legali esterni e CTP a stessi soggetti		

Esito monitoraggio

a) nella gestione del settore del conferimento di incarichi a legali esterni, connesso sia alle problematiche assicurative sia a quelle giudiziarie, civile e penali, la Struttura Legale al fine di ridurre il rischio di conflitti di interessi e di garantire criteri di legalità e trasparenza, nonché di evitare e prevenire l'insorgenza di fenomeni corruttivi, ha adottato misure che favoriscono la rotazione dei professionisti secondo criteri di competenza e considerato il rapporto fiduciario che comunque deve caratterizzare il conferimento dell'incarico su mandato della Direzione Generale;

b) è stato redatto un avviso pubblico di partecipazione con la costituzione, la pubblicazione e l'aggiornamento costante di un albo aperto degli avvocati esterni, di recente aggiornato e rinnovato con delibera n.597 del 29.11.2022. A seguito dell'avvenuto conferimento si procede alla verifica della corrispondenza tra prestazione resa e gli onorari richiesti che devono adeguarsi ai tariffari secondo quanto previsto dal D.M. n. 55 del 10.03.2014 aggiornato dal D.M. n. 37/2018;

c) è utilizzato il nuovo sistema gestionale aziendale "GPI LOGIN" fino a gennaio pv in modo funzionale alla Struttura Legale per il pagamento delle fatture elettroniche relative alle spese legali dei procedimenti giudiziari.

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione

Ottenuto

100,00%

Atteso

Misura effettiva specifica obbligatoria
 MI.22669 - Creazione di elenchi legali e consulenti esterni mediante avviso pubblico e pubblicazione elenco sul sito web istituzionale

Idoneità della misura

La accurata gestione del contenzioso anche diretta, in particolare dei procedimenti amministrativi e di lavoro, comporta notevoli risparmi di spesa, atteso che si tratta dei contenziosi con parcelle più elevate difesi direttamente dal personale della struttura e/o con l'ausilio dello stesso personale. Vengono affidate all'esterno invece procedure altamente specialistiche, oppure economicamente meno rilevanti (anche se apparentemente più numerose), ma che comportano notevole dispendio di tempo che verrebbe sottratto alle procedure interne se gestite direttamente; procedure interne di molto incrementatesi con i processi di informatizzazione degli uffici e con il trasferimento di tutto lo stragiudiziale da colpa medica e danni diversi. Alla stregua di tanto i numeri dei conferimenti non sono un indicatore esplicativo se non correttamente interpretato.

Motivazione scostamenti

Eventuali possibili scostamenti sono legati al fattore di assoluta imprevedibilità del numero di ricorsi che vengono di volta in volta notificati e dalle procedure amministrative portate avanti dalle aree di riferimento in un



Stato attuazione misure al 31/12/2022

particolare momento storico a seconda delle esigenze contingenti della Amministrazione.

Presenza short list

SI

SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI		
Processo	H.H2.111.ORG012 - Gestione risarcimento danni	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY		
Rischio corruttivo effettivo	RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
	L'attività di risarcimento danni in autoassicurazione è gestita dalla Struttura con il supporto del Broker assicurativo e tutte le attività decisorie in merito al quantum debeatur e all'an sono decise in sede di Comitato valutazione Sinistri, in ossequio al principio della segregazione di funzioni. Tutti gli atti di transazione deliberati dal CVS vengono adottati con delibera per esigenze di trasparenza e, quelli, di importo superiore ai 5.000,00 euro vengono notificati alla Corte dei Conti. Sono stati regolarmente pubblicati, sotto forma aggregata, tutti i dati relativi ai risarcimenti relativi all'ultimo quinquennio ai sensi dell'art. 4 della legge n. 24 del 2017.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Non sono state rilevate criticità nell'anno in corso.		Monitoraggio e verifica efficacia regolamentazione aziendale	SI	SI
	Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.		Percentuale pubblicazione dati risarcimenti ultimi 5 anni	100,00%	100,00%
	Questa fase da luglio 2022 è stata affidata alla SC Burocratico Legale .		Verifiche interne congruenza importi richiesti con importi liquidati	SI	SI
Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Controlli e trasparenza					

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI		
Processo	H.H2.112.ORG006 - Recupero crediti	Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE		
Rischio corruttivo effettivo	RH.05 - Crediti non recuperati per favoritismi				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
	Per ciò che riguarda l'attività di recupero crediti, ed annessa valutazione, la stessa è espletata a rotazione dal personale della Struttura Burocratico Legale, e verificata dal Direttore di Struttura di concerto con area finanziaria. Il livello di rischio è stimabile come BASSO		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Idoneità della misura		Percentuale controlli recupero crediti	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale					

Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Sottoarea	H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI
Processo	H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali	Struttura	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE
Rischio corruttivo effettivo	RH.02 - Rispetto delle Linee guida ANAC n. 12 Affidamento dei servizi legali - delibera ANAC n. 907 del 24 ottobre 2018		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
	<p>Il rispetto dell'applicazione delle Linee Guida dell'A.N.A.C. inerente l'affidamento degli incarichi legali è garantito dalla applicazione del Regolamento per la gestione del contenzioso e degli incarichi legali approvato con Delibera del Direttore Generale.</p> <p>Il regolamento si applica agli incarichi legali conferiti per la difesa e la rappresentanza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Riuniti di Foggia in cause civili, penali, amministrative, contabili e tributarie.</p> <p>Idoneità della misura</p> <p>Fermo restando gli obiettivi specifici della Struttura Burocratico Legale che consistono nelle attività di rappresentanza della Amministrazione sia in sede giurisdizionale che in sede stragiudiziale, si relaziona quanto segue:</p> <p>Per quanto attiene le attività espletate nella Struttura Burocratico Legale i macro-processi organizzativi attualmente in essere sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Gestione diretta del contenzioso dell'Azienda mediante avvocatura interna; b) Gestione indiretta del contenzioso dell'Azienda mediante legale esterno incaricato; c) Proposte di eventuali atti di definizione transattiva dei contenziosi; d) Attività in sede di conciliazione per le controversie di lavoro; e) Partecipazione al Comitato Valutazione Sinistri aziendale e attività connesse; f) Consulenza legale giudiziale e stragiudiziale a favore della Direzione Strategica e alle Strutture aziendali; g) Attività di recupero crediti aziendali; h) Liquidazione spese legali conseguenti a provvedimenti giudiziari o adottati; i) Predisposizione regolamenti per l'attività legale (gestione contenzioso, patrocinio legale, ecc.); j) Gestione dei flussi informativi stragiudiziali e giudiziari e delle comunicazioni di competenza. <p>Per quanto attiene all'obiettivo relativo alla prevenzione del rischio di corruzione e azioni per prevenzione e contrasto all'illegalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sono stati predisposti e sono in uso a regime il "Regolamento per la gestione del contenzioso e degli incarichi legali esterni", il "Regolamento sul patrocinio legale" ; b) è garantita, la totale pubblicazione degli atti deliberativi e determinativi, sul sito istituzionale nella sezione "Albo Pretorio" al fine di garantire la completa 	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Regolamentazione				



Stato attuazione misure al 31/12/2022

accessibilità delle informazioni nel rispetto delle regole in materia di privacy;
 c) non si registrano casi di rilievo penale e per fattispecie di illegalità legate
 all'ambito della prevenzione della corruzione.

Presenza regolamento

SI

SI

Motivazione scostamenti

Viene rispettato il regolamento



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE			
Processo	I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI	Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI			
Rischio corruttivo effettivo	RI.06 - Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale			Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Codice di Comportamento e controlli ALPI	Esito monitoraggio E' regolarmente applicato il Codice di comportamento aziendale. Ad oggi non si rilevano criticità. Il livello di rischio è stimato BASSO.			Applicazione e monitoraggio Codice di comportamento	SI	
				Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
				Verifiche incrociate dei dati relativi alla timbratura causalizzata come libera professione e gli orari delle prenotazioni libero professionali	SI	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE			
Processo	I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI	Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI			
Rischio corruttivo effettivo	RI.11 - Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale			Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 607 - Adozione di un sistema informatizzato dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione	Esito monitoraggio La Struttura Gestione CUP e Libera professione si occupa della gestione dell'attività libero professionale intramoenia della Dirigenza Medica, curandone gli aspetti amministrativi dell'iter autorizzativo e la relativa attività di fatturazione. In ottemperanza alla Legge n°120/2007 e s.m.i. la Struttura ha attivato tutte le procedure amministrative e informatiche finalizzate alla prenotazione e pagamento centralizzato delle prestazioni rese in ALPI. Inoltre, in coerenza con l'intervenuta Legge Balduzzi, è assicurata la tracciabilità dei pagamenti in libera professione anche dei dirigenti medici che svolgono tale attività nella cd modalità allargata. Per tale ultima modalità ed in ottemperanza all'ultima Legge sopra citata si è provveduto a stipulare i contratti di convenzione tra l'Azienda ed i singoli professionisti che, in via residuale, continuano a svolgere l'ALPI presso il proprio studio privato. Si evidenzia che in ottemperanza alla nuove Linee Guida regionali in materia di Libera Professione la scrivente ha predisposto il nuovo regolamento aziendale sull'ALPI e le relative tariffe che è stato adottato con delibera n° 492 del 9/10/2017. Il livello di rischio è stimato MEDIO-BASSO.			Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
				Presenza informatizzazione della prenotazione	SI	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
Processo	<u>I.I1.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia</u>	Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI
Rischio corruttivo effettivo	RI.05 - Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata		

Esito monitoraggio

La Struttura Gestione CUP e Libera professione si occupa della gestione dell'attività libero professionale intramoenia della Dirigenza Medica, curandone gli aspetti amministrativi dell'iter autorizzativo e la relativa attività di fatturazione.

In ottemperanza alla Legge n°120/2007 e s.m.i. la Struttura ha attivato tutte le procedure amministrative e informatiche finalizzate alla prenotazione e pagamento centralizzato delle prestazioni rese in ALPI. Inoltre, in coerenza con l'intervenuta Legge Balduzzi, è assicurata la tracciabilità dei pagamenti in libera professione anche dei dirigenti medici che svolgono tale attività nella cd modalità allargata. Per tale ultima modalità ed in ottemperanza all'ultima Legge sopra citata si è provveduto a stipulare i contratti di convenzione tra l'Azienda ed i singoli professionisti che, in via residuale, continuano a svolgere l'ALPI presso il proprio studio privato. Si evidenzia che in ottemperanza alla nuove Linee Guida regionali in materia di Libera Professione la scrivente ha predisposto il nuovo regolamento aziendale sull'ALPI e le relative tariffe che è stato adottato con delibera n° 492 del 9/10/2017.

Il livello di rischio è stimato MEDIO.

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione

Percentuale controlli sui volumi attività ALPI

Ottenuto

100,00%

100,00%

Atteso

100,00%

Misura effettiva specifica ulteriore
601 - Negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
Processo	<u>I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi</u>	Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI
Rischio corruttivo effettivo	RI.08 - Ciclo informatizzato attivo e passivo		

Esito monitoraggio

Rientra nelle attività della struttura tutta la fatturazione attiva per conto dell'Azienda riguardante i proventi di tutte le attività aziendali sanitarie e non. In ottemperanza al D.M. n°55 del 3/4/2013 inerente l'obbligo della fatturazione elettronica nei confronti delle Pubbliche Amministrazioni, la scrivente struttura utilizza a pieno regime il software DigitGo fornito dalla Ditta GPI.

Il suddetto software viene utilizzato anche per la liquidazione delle fatture di competenza della Struttura nonché quelle rivenienti da prestazioni sanitarie richieste dall'Azienda ad altre strutture.

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione

Percentuale controlli effettuati

Ottenuto

100,00%

100,00%

Atteso

Misura effettiva specifica ulteriore
609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
Processo	<u>I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi</u>	Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI
Rischio corruttivo effettivo	RI.01 - Omissione debiti informativi regionali e nazionali		

Esito monitoraggio

FLUSSI INFORMATIVI

Con delibera n° 295 del 12/11/2012 la Struttura è stata incaricata delle attività previste dal Piano per la Sanità elettronica della Regione Puglia con funzioni generali di coordinamento, di controllo dei flussi sanitari aziendali, individuando la scrivente quale referente aziendale delle suddette attività.

Nel 2015 la scrivente è stata riconfermata dall'allora Direttore Generale quale Coordinatore unico aziendale per i debiti informativi con il compito di verificare che i referenti aziendali assolvano con puntualità all'invio alla Regione Puglia dei relativi flussi e di predisporre l'attestazione di adempimento da inviare, nei termini stabiliti, al Servizio Sistemi Informativi della Regione Puglia.

La Struttura si occupa direttamente dell'invio alla Regione Puglia dei flussi della specialistica ambulatoriale e del monitoraggio dei tempi di attesa dell'attività ambulatoriale istituzionale ed in libera professione, assicurando puntualmente l'adempimento.

Inoltre, così come previsto dalla legge n°326/2003, continua a garantire l'invio dei flussi informativi al MEF per la specialistica ambulatoriale, risultando tra le Aziende più assidue nel soddisfare i debiti informativi nei confronti del MEF.

L'attività dell'invio dei flussi informativi comporta la trasmissione dei relativi file secondo uno scadenziario specifico e la correzione dei dati di ritorno per il rinvio secondo la normativa regionale e nazionale.

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Percentuale prenotazione tramite CUP	100,00%	

Misura effettiva specifica ulteriore
600 - Controlli flussi informativi necessari allo svolgimento dell'ALPI (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rete)

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP
Processo	<u>B.B7.77.ORG066 - Prestazioni sanitarie</u>	Struttura	ORG066 - NEUROFISIOPATOLOGIA
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni		

Misura effettiva specifica ulteriore
604 - Obbligo di prenotazione delle prestazioni attraverso il CUP aziendale

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione		
Presenza procedure interne		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.077.ORG027 - Prestazioni sanitarie</u>	Struttura	ORG027 - CHIRURGIA PEDIATRICA D.O.		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraaziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Obbligo prenotazione tramite CUP aziendale	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.111.ORG081 - Prestazioni sanitarie</u>	Struttura	ORG081 - SC Mar Universitaria		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Presenza controlli interni	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.122.ORG031 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>	Struttura	ORG031 - GASTROENTEROLOGIA D.O.		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Prenotazione prestazioni primo livello tramite CUP Aziendale	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.143.ORG080 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>	Struttura	ORG080 - SC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Procedure e regolamentazione			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Presenza controlli interni	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.154.ORG079 - Prestazioni sanitarie e gestione magazzino</u>	Struttura	ORG079 - SSD DIAGNOSTICA SENOLOGICA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore 604 - Procedure e regolamentazione			Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Controlli interni periodici	Ottenuto	Atteso
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.33.ORG056 - Prestazioni sanitarie</u>	Struttura	ORG056 - REUMATOLOGIA OSPEDALIERA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza e favoritismi				
Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia			Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Presenza di controlli interni	Ottenuto	Atteso
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.44.ORG022 - Prestazioni radiologiche</u>	Struttura	ORG022 - RADIOLOGIA D'URGENZA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia			Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Presenza controlli interni	Ottenuto	Atteso
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.49.ORG076 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>	Struttura	ORG076 - PEDIATRIA UNIVERSITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Favoritismi e collusione				
Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia			Indicatore Avanzamento misura di prevenzione Presenza controlli interni	Ottenuto	Atteso



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.55.ORG075 - Attività diagnostico-assistenziale</u>	Struttura	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE		
Rischio corruttivo effettivo	RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Gestione collegiale liste di attesa			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Presenza prenotazione tramite CUP	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.62.ORG023 - Prestazioni sanitarie</u>	Struttura	ORG023 - MEDICINA NUCLEARE U.O.C.		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e favoritismi				
Misura effettiva specifica ulteriore	214 - Affidamento dei controlli e supervisione del Dirigente Medico			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Supervisione del Dirigente Medico	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.67.ORG078 - Prestazioni sanitarie e ALPI</u>	Struttura	ORG078 - S.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA A DIREZIONE UNIVERSITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e favoritismi				
Misura effettiva trasversale ulteriore	452 - Informatizzazione dei processi; questa consente per tutte le attività dell'amministrazione la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase.			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Presenza informatizzazione processi	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.78.ORG055 - Prestazioni sanitarie e diagnostica strumentale</u>	Struttura	ORG055 - Stroke Unit e NEUROSONOLOGIA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.09 - Trattamento piu' favorevole dei pazienti trattati in libera professione				
Misura effettiva specifica ulteriore	609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Presenza procedure per controlli interni	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.79.ORG082 - Attività diagnostico-assistenziale</u>	Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Prenotazione prestazioni ambulatoriali tramite CUP aziendale	
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP		
Processo	<u>I.I2.87.ORG077 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>	Struttura	ORG077 - SC OSPEDALIERA NEUROLOGIA		
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e Favoritismi				
Misura effettiva specifica ulteriore	604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravita? della patologia			Indicatore	Ottenuto Atteso
				Avanzamento misura di prevenzione	
				Prenotazione prestazioni ambulatoriali tramite CUP aziendale	



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP
Processo	<u>I.I2.88.ORG026 - Prenotazione delle prestazioni</u>	Struttura	ORG026 - UO ENDOCRINOLOGIA D.U.
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni		

Misura effettiva specifica ulteriore
603 - Informatizzazione delle liste di attesa

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Avanzamento misura di prevenzione		
Prenotazione visite attraverso il CUP aziendale		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP
Processo	<u>I.I2.123.ORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP)</u>	Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI
Rischio corruttivo effettivo	RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa		

Esito monitoraggio

Fa capo alla Struttura il C.U.P. che cura tutta l'organizzazione del sistema di prenotazione, fatturazione ed accesso alle prestazioni sanitarie. Il Centro Unificato di Prenotazione (CUP) informatizzato gestisce l'intera offerta delle prestazioni sanitarie (regime istituzionale ed intramoenia) con efficienza e trasparenza, in modo da facilitare l'accesso dei cittadini e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva per il governo delle liste di attesa. Le attività comprendono sia quelle di front office che di back office, queste ultime sono garantite dalle attuali risorse umane a disposizione della scrivente struttura seppur insufficienti che andrebbero implementate con almeno altre due unità. Il back office riguarda sia l'attività istituzionale che la libera professione e, pertanto, gli operatori addetti si occupano della gestione delle agende dei vari reparti e dei singoli dirigenti medici che comporta chiusura ed apertura degli ambulatori a seconda delle esigenze sia delle strutture che dei singoli dirigenti medici, riprogrammando le prenotazioni e contattando i singoli pazienti. L'attuale organizzazione del CUP di front office gestita dalla Ditta GPI con regolare gara aggiudicata, prevede l'apertura degli sportelli ticket presso gli OO.RR, il plesso D'Avanzo, e le casse ubicate presso il plesso dell'Ex Villa Serena e del plesso Lastraia di Lucera del lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 14.00. Sempre allo scopo di migliorare l'accessibilità alle prestazioni, sono stati installati presso i principali ingressi dell'Azienda n°3 casse automatiche (Fastbox) per l'accettazione delle impegnative di pazienti in possesso di un'esenzione e di una prenotazione. E' attiva un Call Center per le prenotazioni e le disdette di prestazioni ambulatoriali sia in istituzionale che in libera professione tutti i giorni dalle ore 8.00 alle 19.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 12.00. Tutte le telefonate vengono evase con tempi di attesa non oltre i 40 secondi. I pazienti che telefonano fuori dagli orari di apertura del Call Center, qualora abbiano lasciato un proprio recapito telefonico, vengono richiamati non appena possibile. Inoltre vi è anche un servizio di re-call della prenotazione tramite SMS qualche giorno prima dell'effettuazione dell'esame per poter permettere in tempi utili l'eventuale disdetta da parte dei pazienti. E' attiva anche la federazione fra CUP dell'intera Regione. Con la suddetta federazione sono prenotabili indistintamente tutte le prestazioni nelle diverse Aziende al fine di cercare di garantire ai pazienti la prestazione entro i tempi

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione

Ottenuto

100,00%

Atteso

Misura effettiva specifica ulteriore
603 - Informatizzazione delle liste di attesa

**Stato attuazione misure al 31/12/2022**

di attesa previsti dal Piano Nazionale.

Attualmente è possibile anche prenotare le prestazioni sanitarie on line utilizzando la piattaforma sul Portale Regionale della Salute ed è possibile anche pagare on line il relativo ticket attraverso la piattaforma PagoPA.

Dal 1° aprile 2016 è obbligatorio da parte dei medici prescrittori l'utilizzo della ricetta dematerializzata e, pertanto, il sistema CUP in uso si è dovuto integrare con il SIST per gestire la suddetta ricetta.

Per quanto riguarda la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale si procede costantemente, d'intesa con la struttura sanitaria interessata e con il R.U.L.A. alla revisione di alcune agende di prenotazione relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio e per le quali non si riesce a garantire l'erogazione nei tempi previsti dai Piani nazionali e regionali.

Inoltre, viene effettuato un controllo continuo delle agende per quanto riguarda le prenotazioni, gli accessi diretti e le prestazioni effettivamente erogate, al fine di sollecitare le strutture sanitarie ad un più congruo rapporto tra l'offerta e la domanda.

Il livello di rischio è stimato BASSO.

Presenza informatizzazione liste di attesa

SI



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP
Processo	<u>I.I2.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale</u>	Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI
Rischio corruttivo effettivo	RI.11 - Irregolarità sui volumi attività erogata		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 606 - Verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione	La scrivente ha attuato tutte le misure di contrasto per l'abbattimento del rischio di corruzione riguardante la libera professione in regime ambulatoriale, che sono rappresentate dall'obbligo per tutti i dirigenti medici di prenotazione e fatturazione centralizzata delle prestazioni in ALPI attraverso il CUP aziendale e/o provinciale, con gestione delle relative agende e delle tariffe, della verifica dei volumi delle prestazioni rese, sia in attività di istituzione che di ALPI, con l'obbligo della timbratura specifica in entrata e in uscita per la suddetta tipologia di attività. Il livello di rischio è stimato BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo volumi	SI	

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP
Processo	<u>16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale</u>	Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA
Rischio corruttivo effettivo	RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Informatizzazione agende di prenotazione	La quasi completa informatizzazione delle agende di prenotazione dell'attività specialistica ambulatoriale e la centralizzazione presso il Centro Unico Prenotazioni hanno impattato in misura notevole sul perseguimento della piena trasparenza nelle relazioni con l'utenza. Per ciò che concerne l'attività programmata di ricovero che sono state impartite esplicite direttive al personale sull'utilizzo delle procedure informatizzate tramite il sistema informativo regionale Edotto.	Avanzamento misura di prevenzione		
		Monitoraggio disdette e controlli tra pazienti visitati e fatturati in ALPI		
Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Codice di Comportamento	Il Codice di comportamento è regolarmente applicato e monitorato. Ad oggi non si registrano criticità.	Presenza informatizzazione liste di attesa		
		Indicatore	Ottenuto	Atteso
		Applicazione Codice		
		Avanzamento misura di prevenzione		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I3 - TICKET
Processo	<u>I.I3.127.ORG003 - Attività di controllo e sorveglianza pagamento ticket e versamenti in Tesoreria</u>	Struttura	ORG003 - SSD CUP E ALPI
Rischio corruttivo effettivo	RI.10 - Omissione recupero crediti		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche	La Struttura si occupa del recupero crediti per conto dell'Azienda relativo a diversi settori quali:	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	<ul style="list-style-type: none"> - il mancato ritiro dei referti medici; - le prestazioni effettuate in prericovero e non seguite dal ricovero; - il DRG dei pazienti stranieri che non è possibile inviare in mobilità; - i ricoveri a seguito di violenza altrui. - le prestazioni di Pronto Soccorso identificate con Codice Bianco; La Struttura, seppur con notevoli difficoltà dovute alla carenza di risorse umane a disposizione, effettua il recupero della penale equivalente al ticket nei confronti degli assistiti che non hanno disdetto entro le 48 ore la prenotazione della prestazione sanitaria, in ottemperanza alle disposizioni normative vigenti. Il livello di rischio è stimato BASSO.	Percentuale controlli	100,00%	

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I4 - ALPI
Processo	<u>I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni</u>	Struttura	ORG030 - MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO
Rischio corruttivo effettivo	RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Informatizzazione delle liste di attesa		Avanzamento misura di prevenzione		
		Presenza procedura informatizzata		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I4 - ALPI		
Processo	<u>I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni</u>	Struttura	ORG030 - MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO		
Rischio corruttivo effettivo	RI.08 - Svolgimento della libera professione in orario di servizio				
Misura effettiva specifica ulteriore	609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia		Indicatore	Ottenuto	Atteso
			Avanzamento misura di prevenzione		
			Presenza controlli intramoenia		
Area di rischio	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Sottoarea	I.I4 - ALPI		
Processo	<u>I.I4.130.ORG013 - Corresponsione mensile compensi della libera professione</u>	Struttura	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI		
Rischio corruttivo effettivo	RI.04 - Assenza di trasparenza nella gestione e liquidazione dell'attività ALPI volta a favorire taluni professionisti				
Misura effettiva specifica ulteriore	214 - Intensificazione dei controlli interni		Indicatore	Ottenuto	Atteso
	Esito monitoraggio		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	La presenza in servizio o in ALPI è registrata tramite codice dedicato automatizzato di rilevazione presenza. Sullo stesso vengono effettuati controlli interni dalla Struttura del Personale e non si rilevano criticità. E' auspicabile l'affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'AOU di Foggia ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale, fermo restando che detta attività dovrà essere svolta dal Dirigente responsabile dell'ALPI. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.		Verifica e controllo congruità tra le tariffe applicate e le prestazioni autorizzate		
	Idoneità della misura		Verifica e controllo tra prestazioni erogate e importi fatturati		
	La misura è efficace				



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M1 - PIANI TERAPEUTICI
Processo	<u>M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.02 - Scarsa tracciabilità del ciclo di utilizzo dei farmaci		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 662 - Sistemica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente	Controllo sistematico di tutti i Piani Terapeutici da parte del farmacista prima della dispensazione del farmaco. Trimestralmente reportistica per l'individuazione di eventuali anomalie. I Piani terapeutici previsti da normative nazionali e regionali o dall'Azienda sono tutti verificati al momento della richiesta dai farmacisti prima della consegna del farmaco. Il monitoraggio viene effettuato in maniera sistematica con reportistica periodica (trimestrale o annuale a seconda del prodotto). Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza misura di controllo		
	Idoneità della misura Controllo sistematico di tutti i Piani Terapeutici da parte del farmacista prima della dispensazione del farmaco. Trimestralmente reportistica per l'individuazione di eventuali anomalie. I Piani terapeutici previsti da normative nazionali e regionali o dall'Azienda sono tutti verificati al momento della richiesta dai farmacisti prima della consegna del farmaco. Il monitoraggio viene effettuato in maniera sistematica con reportistica periodica (trimestrale o annuale a seconda del prodotto). Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.			
	Motivazione scostamenti Controllo sistematico di tutti i Piani Terapeutici da parte del farmacista prima della dispensazione del farmaco. Trimestralmente reportistica per l'individuazione di eventuali anomalie. I Piani terapeutici previsti da normative nazionali e regionali o dall'Azienda sono tutti verificati al momento della richiesta dai farmacisti prima della consegna del farmaco. Il monitoraggio viene effettuato in maniera sistematica con reportistica periodica (trimestrale o annuale a seconda del prodotto). Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M2 - GESTIONE SPESA
Processo	<u>M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 662 - Sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente	Viene effettuata una reportistica trimestrale dei consumi dei farmaci per singola Unità Operativa, evidenziando gli scostamenti e le situazioni di inappropriata prescrizione utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente Il livello di rischio corruttivo è stimabile come Basso.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Presenza regolamento interno		
	Idoneità della misura Viene effettuata una reportistica trimestrale dei consumi dei farmaci per singola Unità Operativa, evidenziando gli scostamenti e le situazioni di inappropriata prescrizione utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente Il livello di rischio corruttivo è stimabile come Basso.			
	Motivazione scostamenti Viene effettuata una reportistica trimestrale dei consumi dei farmaci per singola Unità Operativa, evidenziando gli scostamenti e le situazioni di inappropriata prescrizione utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente Il livello di rischio corruttivo è stimabile come Basso.			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO
Processo	<u>M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.04 - Omissioni e/o irregolarità		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 212 - Razionalizzazione organizzativa dei controlli	Tutti i prodotti ordinati dalla Farmacia provengono da procedure di gara effettuate dall'area Patrimonio. E' presente una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Altresi sono effettuate periodiche attività di controllo interno. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Idoneità della misura Tutti i prodotti ordinati dalla Farmacia provengono da procedure di gara effettuate dall'area Patrimonio. E' presente una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Altresi sono effettuate periodiche attività di controllo interno. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Presenza misura di controllo		
	Motivazione scostamenti Tutti i prodotti ordinati dalla Farmacia provengono da procedure di gara effettuate dall'area Patrimonio. E' presente una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Altresi sono effettuate periodiche attività di controllo interno. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI
Processo	<u>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino		

Esito monitoraggio

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

Indicatore

Avanzamento misura di prevenzione
 Percentuale max rettifiche magazzino
 Presenza sistema informatizzato
 Verifica mensile inventario magazzino

Ottenuto

100,00%

Atteso

Idoneità della misura

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

Motivazione scostamenti

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

Misura effettiva specifica ulteriore
 660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M5 - SEGNALAZIONI
Processo	<u>M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.04 - Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale	I controlli e gli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione vengono effettuati dalla Farmacia al Ministero su segnalazione del medico. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
	Idoneità della misura I controlli e gli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione vengono effettuati dalla Farmacia al Ministero su segnalazione del medico. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.	Presenza misura di controllo		
	Motivazione scostamenti I controlli e gli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione vengono effettuati dalla Farmacia al Ministero su segnalazione del medico. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.			

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M6 - SOMMINISTRAZIONE
Processo	<u>M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale</u>	Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.
Rischio corruttivo effettivo	RM.04 - Irregolarità o favoritismi		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Applicazione e Monitoraggio		Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento		
		Avanzamento misura di prevenzione		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M6 - SOMMINISTRAZIONE
Processo	<u>M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia</u>	Struttura	ORG016 - SC FARMACIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.02 - Scarsa tracciabilità		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
	Si auspica l'utilizzo di sistemi informatizzati sul ciclo di terapia fino alla somministrazione del farmaco al paziente o utilizzo del presidio.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 661 - Informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione	Idoneità della misura Si auspica l'utilizzo di sistemi informatizzati sul ciclo di terapia fino alla somministrazione del farmaco al paziente o utilizzo del presidio.	Presenza informatizzazione ciclo di terapia		
	Motivazione scostamenti Si auspica l'utilizzo di sistemi informatizzati sul ciclo di terapia fino alla somministrazione del farmaco al paziente o utilizzo del presidio.			



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M7 - SPERIMENTAZIONI
Processo	<u>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	I componenti del Comitato Etico vengono scelti sulla base dei criteri stabiliti nel Decreto Ministero della Salute del 12 maggio 2006, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 194 del 22.08.06, il quale stabilisce i requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali. Con Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 sono state apportate sostanziali modificazioni all'istituzione, organizzazione e funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali, scelti sulla base di specifiche figure professionali individuate nel citato decreto i cui curricula e la sussistenza dei requisiti vengono effettuati dalla Regione Puglia e, ai fini della trasparenza, validati o meno tramite Delibera di Giunta Regionale. Nel caso della nomina del comitato Etico Area 1 di interesse dell'AOU di Foggia la nomina dei componenti del Comitato Etico è avvenuta con DGR n. 601 del 29/04/2022. Sono regolarmente acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi da ciascun componente del CE. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite	100,00%	100,00%

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI
Processo	<u>M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative</u>	Struttura	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.
Rischio corruttivo effettivo	RM.03 - Discrezionalità e Collusione		

		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva trasversale ulteriore 457 - Verifica da parte degli organi di controllo interno e Regolamentazione		Avanzamento misura di prevenzione		
		Presente regolamento su sponsorizzazioni		



Stato attuazione misure al 31/12/2022

Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI
Processo	<u>M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco</u>	Struttura	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA
Rischio corruttivo effettivo	RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione		

Misura effettiva specifica ulteriore
665 - Codice di Comportamento:
Applicazione e Monitoraggio

Indicatore	Ottenuto	Atteso
Applicazione e monitoraggio del Codice di comportamento		
Avanzamento misura di prevenzione		



Stato attuazione misure al 31/12/2022











Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI
Processo	<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY
Rischio corruttivo effettivo	RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.		

	Esito monitoraggio	Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica obbligatoria 125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni	<p>L'AOU di Foggia con DDG n. 462 del 14.6.2018 ha adottato il Regolamento di disciplina e gestione delle sponsorizzazioni ex art. 19 del D. Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016 e s.m.i., art. 43 della legge n. 449/97, art. 30, comma 8, lett. c) della legge n. 488/99, comma 108, lett. e) della legge 228 del 24 dicembre 2012, che disciplinano le attività di sponsorizzazione da parte di Terzi prefiggendosi lo scopo di indicare gli atti e le condizioni necessarie per assicurare all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, trasparenza ed in osservanza del principio di esclusione di conflitti di interessi tra l'attività pubblica e quella privata in considerazione del fatto che le iniziative di sponsorizzazione devono tendere a favorire l'innovazione dell'organizzazione realizzando una migliore qualità dei servizi istituzionali erogati quali a titolo esemplificativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rendere più confortevole l'ambiente sanitario, attraverso l'ammodernamento degli arredi e degli spazi destinati all'assistenza; • realizzare progetti di umanizzazione; • facilitare l'accesso alle strutture sanitarie ed alle prestazioni; • finanziare corsi di formazione per l'aggiornamento del personale; • contribuire alla realizzazione di eventi formativi; • finanziare campagne di comunicazione, prevenzione ed informazione rivolte ai cittadini; • finanziare l'acquisizione di nuove tecnologie informatiche o di nuove attrezzature sanitarie. <p>Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.</p>	Adozione Regolamento Sponsorizzazioni	SI	SI
		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
Misura effettiva specifica ulteriore 849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi	Esito monitoraggio Per ogni progetto sponsorizzato sono acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi come da regolamento interno aziendale. Ad oggi non si registrano criticità.	Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
		Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti	100,00%	100,00%
















Stato attuazione misure al 31/12/2022



Area di rischio	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA	Sottoarea	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI		
Processo	<u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>	Struttura	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY		
Rischio corruttivo effettivo	RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti	Il Regolamento adottato dall'AOU di Foggia sulle sponsorizzazioni prevede già dei limiti di partecipazione alle attività di sponsorizzazione per ciascun dipendente. La struttura, a tal fine, verifica la corretta applicazione delle disposizioni contenute nel regolamento stesso effettuando i controlli opportuni anche attraverso check list dei dipendenti e degli eventi ai quali partecipano. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.		Avanzamento misura di prevenzione	100,00%	
			Misura di controllo tramite check-list	SI	SI
Area di rischio	N - DECESSI INTRA AZIENDALI	Sottoarea	N.N1 - DECESSI		
Processo	<u>N.N1.151.ORG002 - Gestione dei decessi e delle strutture mortuarie</u>	Struttura	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA		
Rischio corruttivo effettivo	RN.02 - Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili				
	Esito monitoraggio		Indicatore	Ottenuto	Atteso
Misura effettiva specifica ulteriore 692 - Regolamento interno e rotazione del personale	Nell'AOU di Foggia con DDG n. 184 del 6.7.2015 è stato adottato specifico regolamento per la gestione dell'obitorio in applicazione delle regole di polizia mortuaria ex DPR 285/1990 che individua compiti specifici in capo al personale preposto di segnalazione alla Direzione aziendale e precise regole di condotta tra cui gli obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti. E' auspicabile l'attivazione di un sistema di rotazione del personale direttamente interessato.		Avanzamento misura di prevenzione		
			Presenza regolamento		

Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025						
Valutazione rischio			Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
	Alto	20	B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B10 - FABBISOGNI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Alto	20	B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Alto	20	B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Alto	20	B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B2 - CAPITOLATI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Alto	20	B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B2 - CAPITOLATI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Alto	20	B.B2.33.ORG017 - Requisiti di aggiudicazione	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B2 - CAPITOLATI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Alto	20	B.B2.34.ORG017 - Valutazione delle offerte	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B2 - CAPITOLATI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Alto	15	B.B1.29.ORG017 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento. Procedure di scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ex Codice contratti pubblici relativi a lavori e f	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B1 - PROCEDURA APPALTO	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Alto	15	B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B4 - COMMISSIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Alto	15	E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi, di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	E.E3 - MANUTENZIONI	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025						
Valutazione rischio			Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
	Alto	15	E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	E.E4 - BENI e RISORSE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Alto	15	F.F1.05.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Alto	15	16PRO.B.B6.ORG001 - Trasparenza amministrativa e Regolamentazione	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA	B.B7 - TRASPARENZA	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Alto	14	M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	13	16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	13	E.E7.78.ORG015 - Procedure solleciti crediti insoluti	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO	E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	13	E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini	ORG016 - SC FARMACIA	E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	13	E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini	ORG016 - SC FARMACIA	M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	13	B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B9 - ORDINI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	12	A.A9.22.ORG009 - Formazione per Enti pubblici e privati: a) Convenzione per corsi D.Lgs.81/2008; b) Convenzione per Corsi BLS — BLS•D	ORG009 - SSD FORMAZIONE	A.A9 - FORMAZIONE NORMATA	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Medio	12	16PRO.B.B110.ORG074 - Definizione dei fabbisogni	ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	12	M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica	ORG016 - SC FARMACIA	M.M2 - GESTIONE SPESA	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	12	16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI

Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025						
Valutazione rischio			Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
	Medio	12	16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi	ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	12	B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	12	E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	12	16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili	ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	12	16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	E.E4 - BENI e RISORSE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
	Medio	12	A.A11.26.OORG012 - Procedimento di assegnazione di borse di studio	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	A.A11 - BORSE DI STUDIO	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Medio	11	G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti	ORG003 - SSD CUP E ALPI	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO
	Medio	11	M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	B.B4 - COMMISSIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	11	G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti	ORG003 - SSD CUP E ALPI	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	G - INCARICHI E NOMINE
	Medio	11	M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
	Medio	11	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditamento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS);	ORG009 - SSD FORMAZIONE	A.A8 - ECM	C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO


Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025				
Valutazione rischio	Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
 Medio 11	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	ORG009 - SSD FORMAZIONE	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO
 Medio 11	A.A10.24.ORG009 - Autorizzazione personale partecipazione eventi, corso o master per formazione specialistica/ specifica (agg. facoltativo e obbligatorio) sia di tipo sanitario che tecnico-professionale e amministrativo con oneri;	ORG009 - SSD FORMAZIONE	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Medio 11	A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accredimento ECM (accredimento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS);	ORG009 - SSD FORMAZIONE	A.A8 - ECM	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Medio 11	H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE	B.B11 - CONVENZIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
 Medio 11	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	ORG009 - SSD FORMAZIONE	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
 Medio 11	G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità	ORG009 - SSD FORMAZIONE	G.G1 - INCARICHI E NOMINE	G - INCARICHI E NOMINE
 Medio 11	H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
 Medio 11	A.A10.16.ORG050 - Attività didattico-formativa	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Medio 11	16PRO.B.B4.ORG018 - Nomina componenti di Commissione di gara	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI

Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025						
Valutazione rischio			Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
	Medio	11	B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	11	I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni	ORG030 - MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO	I.I4 - ALPI	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Medio	10	B.B1.66.ORG075 - Rapporti con le aziende del farmaco	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	B.B1 - PROCEDURA APPALTO	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	10	I.I2.123.ORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP)	ORG003 - SSD CUP E ALPI	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Medio	10	E.E10.01.ORG012 - Procedimenti amministrativi	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Medio	10	H.H1.108.ORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
	Medio	10	16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	10	B.B3.36.ORG017 - Revoca dei bandi	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B3 - BANDI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	10	B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B4 - COMMISSIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	10	B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B5 - REQUISITI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	10	B.B6.19.ORG011 - Attestazioni e collaudi	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	10	B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B6 - CONTRATTI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
	Medio	10	F.F1.05.ORG012 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Medio	9	H.H2.111.ORG012 - Gestione risarcimento danni	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
	Medio	9	N.N1.151.ORG002 - Gestione dei decessi e delle strutture mortuarie	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	N.N1 - DECESSI	N - DECESSI INTRA AZIENDALI


Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025				
Valutazione rischio	Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
 Medio	9 A.A2.7.ORG002 - Rilascio di autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione o concessione	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Medio	9 A.A4.12.ORG013 - Attestazione della presenza in servizio	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Medio	9 B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	B.B11 - CONVENZIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
 Medio	9 F.F2.94.ORG010 - Prevenzione e gestione di conflitti (utenza esterna e dipendenti)	ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE	F.F2 - ASTENSIONI	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
 Medio	9 F.F3.96.ORG010 - Gestione cartelle sanitarie e di rischio	ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE	F.F3 - SORVEGLIANZA SANITARIA	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
 Medio	9 F.F4.99.ORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	F.F4 - RIFIUTI SPECIALI	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
 Medio	9 B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
 Medio	9 H.H2.112.ORG006 - Recupero crediti	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE	H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
 Medio	9 M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici	ORG016 - SC FARMACIA	M.M1 - PIANI TERAPEUTICI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
 Medio	9 A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-officio di competenza	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Medio	8 I.I1.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia	ORG003 - SSD CUP E ALPI	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Medio	8 I.I4.130.ORG013 - Corresponsione mensile compensi della libera professione	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	I.I4 - ALPI	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025				
Valutazione rischio	Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
 Medio	8 E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	E.E2 - PROGRAMMAZIONE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
 Medio	8 A.A3.9.ORG013 - Corresponsione mensile emolumenti stipendiali, emolumenti accessori, competenze arretrate, cessione del quinto dello stipendio, rilascio certificati di stipendio	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Medio	8 E.E7.77.ORG015 - Registrazioni contabili	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO	E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
 Medio	8 M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci	ORG016 - SC FARMACIA	M.M5 - SEGNALAZIONI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
 Medio	7 I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi	ORG003 - SSD CUP E ALPI	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Medio	7 E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
 Medio	7 I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI	ORG003 - SSD CUP E ALPI	I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Medio	7 M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto	ORG016 - SC FARMACIA	M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
 Medio	7 M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia	ORG016 - SC FARMACIA	M.M6 - SOMMINISTRAZIONE	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
 Medio	6 16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025				
Valutazione rischio	Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
 Medio 6	I.I3.127.ORG003 - Attività di controllo e sorveglianza pagamento ticket e versamenti in Tesoreria	ORG003 - SSD CUP E ALPI	I.I3 - TICKET	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Medio 5	A.A6.16.ORG013 - Riconoscimento di benefici non economici connessi a permessi, congedi e aspettative dal servizio (L.104 etc.)	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	A.A6 - BENEFICI EX LEGE	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Medio 5	16PRO.B.B20.ORG018 - Individuazione procedura di gara	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	B.B1 - PROCEDURA APPALTO	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
 Medio 5	B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	B.B11 - CONVENZIONI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
 Medio 5	I.I2.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale	ORG003 - SSD CUP E ALPI	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Medio 5	A.A1.4.ORG013 - Procedure di reclutamento del personale - Procedure per progressione di carriera - Procedure di conferimento incarichi (dirigenziali, di posizione, di coordinamento)	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Medio 5	F.F1.92.ORG010 - Sorveglianza sanitaria	ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
 Medio 5	F.F5.101.ORG002 - Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, definizione delle strategie e dei protocolli delle attività di disinfezione disinfestazione e sterilizzazione	ORG002 - DIREZIONE SANITARIA	F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
 Medio 5	B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	B.B7 - TRASPARENZA	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
 Medio 5	M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	B.B7 - TRASPARENZA	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI

Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025					
Valutazione rischio		Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
 Medio	5	M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	M.M7 - SPERIMENTAZIONI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
 Basso	4	I.I2.111.ORG081 - Prestazioni sanitarie	ORG081 - SC Mar Universitaria	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Basso	3	I.I2.55.ORG075 - Attività diagnostico-assistenziale	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Basso	3	E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	E.E12 - CASSA	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
 Basso	3	E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance	ORG005 - SC CONTROLLO DI GESTIONE	E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
 Basso	3	I.I2.87.ORG077 - Prestazioni sanitarie e formazione	ORG077 - SC OSPEDALIERA NEUROLOGIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Basso	3	M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale	ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.	M.M6 - SOMMINISTRAZIONE	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
 Basso	3	H.H2.220.ORG014 - Rapporti e informative sindacali	ORG014 - SS RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI	A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Basso	2	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Basso	2	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	B.B7 - TRASPARENZA	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
 Basso	2	16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025						
Valutazione rischio		Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio	
	Basso	2	A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Basso	2	I.I2.62.ORG023 - Prestazioni sanitarie	ORG023 - MEDICINA NUCLEARE U.O.C.	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	2	I.I2.88.ORG026 - Prenotazione delle prestazioni	ORG026 - UO ENDOCRINOLOGIA D.U.	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
	Basso	1	A.A9.32.ORG075 - Attività didattico-formativa	ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE	A.A9 - FORMAZIONE NORMATA	A - GESTIONE RISORSE UMANE
	Basso	1	I.I2.33.ORG056 - Prestazioni sanitarie	ORG056 - REUMATOLOGIA OSPEDALIERA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	I.I2.44.ORG022 - Prestazioni radiologiche	ORG022 - RADIOLOGIA D'URGENZA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	I.I2.49.ORG076 - Prestazioni sanitarie e formazione	ORG076 - PEDIATRIA UNIVERSITARIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	I.I2.67.ORG078 - Prestazioni sanitarie e ALPI	ORG078 - S.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA A DIREZIONE UNIVERSITARIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	I.I2.077.ORG027 - Prestazioni sanitarie	ORG027 - CHIRURGIA PEDIATRICA D.O.	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	I.I2.122.ORG031 - Prestazioni sanitarie e formazione	ORG031 - GASTROENTEROLOGIA D.O.	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
	Basso	1	I.I2.154.ORG079 - Prestazioni sanitarie e gestione magazzino	ORG079 - SSD DIAGNOSTICA SENOLOGICA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA

Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025					
Valutazione rischio		Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
 Basso	1	I.I2.143.ORG080 - Prestazioni sanitarie e formazione	ORG080 - SC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Basso	0	H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE	H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
 Basso	0	F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG018 - SC GESTIONE TECNICA	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
 Basso	0	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Basso	0	A.A7.18.ORG009 - Elaborazione Piano Formativo Aziendale	ORG009 - SSD FORMAZIONE	A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI	A - GESTIONE RISORSE UMANE
 Basso	0	16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	B.B10 - FABBISOGNI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
 Basso	0	B.B10.110.ORG011 - Misure di sicurezza informatica adeguate per la protezione dei dati personali	ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	B.B10 - FABBISOGNI	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
 Basso	0	B.B7.ORG015 - Applicazione del PTPCT	ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO	B.B7 - TRASPARENZA	B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
 Basso	0	E.E4.70.ORG017 - Utilizzo dei beni e risorse aziendali	ORGUNIT001 - Policlinico Riuniti di Foggia	E.E4 - BENI e RISORSE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
 Basso	0	A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE	E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE
 Basso	0	F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
 Basso	0	F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
 Basso	0	F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG016 - SC FARMACIA	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
 Basso	0	F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO

Priorità di trattamento del rischio 2023 - 2025				
Valutazione rischio	Processo	Struttura	Sottoarea	Area di rischio
 Basso 0	F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale	ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
 Basso 0	F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale II livello RPCT	ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY	F.F1 - RISCHI E MISURE	F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO
 Basso 0	H.H4.116.ORG006 - Consulenza medico legale negli ambiti classici dell'attività clinica	ORGUNIT001 - Policlinico Riuniti di Foggia	H.H4 - GESTIONE MEDICO LEGALE	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
 Basso 0	B.B7.77.ORG066 - Prestazioni sanitarie	ORG066 - NEUROFISIOPATOLOGIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Basso 0	I.I2.78.ORG055 - Prestazioni sanitarie e diagnostica strumentale	ORG055 - Stroke Unit e NEUROSONOLOGIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Basso 0	I.I2.79.ORG082 - Attività diagnostico-assistenziale	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Basso 0	I.I2.125.ORG003 - Gestione attività laboratoristiche	ORGUNIT001 - Policlinico Riuniti di Foggia	I.I2 - PRESTAZIONI E CUP	I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA
 Basso 0	M.M4.140.ORG016 - Registrazione dei movimenti in entrata ed in uscita di tutti i prodotti gestiti	ORGUNIT001 - Policlinico Riuniti di Foggia	M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA
 Basso 0	M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco	ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA	M.M8 - SPONSORIZZAZIONI	M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA

ID	Domanda	Risposta (Max 2000 caratteri)
1	CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'ATTUAZIONE DELLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA DEL PIAO O DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) E SUL RUOLO DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	
1.A	Stato di attuazione del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO - Valutazione sintetica del livello effettivo di attuazione del PTPCT/sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, indicando i fattori che hanno favorito il buon funzionamento del sistema	Le attività previste la piano triennale di prevenzione sono state oggetto di monitoraggio nel corso dell'anno, al fine di verificare lo stato di attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo. Dall'esito delle rilevazioni al 31/12/2022, le misure programmate risultano, in buona parte attuate nei termini previsti
1.B	Aspetti critici dell'attuazione del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO - Qualora la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o il PTPCT sia stato attuato parzialmente, indicare le principali motivazioni dello scostamento tra le misure attuate e le misure previste dalla suddetta sezione del PIAO o dal PTPCT	Non sono emersi significativi scostamenti tra le misure applicate e le misure programmate
1.C	Ruolo del RPCT - Valutazione sintetica del ruolo di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o del PTPCT, individuando i fattori che ne hanno supportato l'azione	Nel corso dell'anno 2022 è proseguita l'attività di rendicontazione e collaborazione dei Dirigenti delle Strutture aziendali compatibilmente con le difficoltà organizzative dettate in parte dai postumi dell'emergenza epidemiologica Covid-19. L'azione del RPCT è stata principalmente quella di verificare l'attuazione del Piano di prevenzione e di promuovere, anche nella modalità on-line, la formazione per i dipendenti <u>riguardo ad obblighi e responsabilità derivanti dalla normativa in materia e riguardo la</u>
1.D	Aspetti critici del ruolo del RPCT - Illustrare i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o del PTPCT	L'attività di indirizzo e coordinamento del RPCT talvolta non è percepita dall'organizzazione aziendale in modo corretto e con opportuno rilievo, considerato anche come colui che purtroppo richiede adempimenti ulteriori rispetto alle attività istituzionali già in carico. Tuttavia l'attività di impulso del RPCT è proseguita con interessanti feedback da parte dei Referenti interni aziendali.

Domanda	Risposta
Codice fiscale Amministrazione/Società/Ente	02218910715
Denominazione Amministrazione/Società/Ente	Azienda Ospedaliero Universitaria - Policlinico di Foggia
Nome RPCT	LAURA
Cognome RPCT	SILVESTRIS
Qualifica RPCT	Dirigente
Ulteriori incarichi eventualmente svolti dal RPCT	Dirigente Affari Generali e Tutela Privacy
Data inizio incarico di RPCT	22/02/2018
Le funzioni di Responsabile della trasparenza sono svolte da soggetto diverso dal RPC (Si/No)	No
Nominativo del soggetto che nel PTPCT o nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO è indicato come sostituto del RPCT (in caso di temporanea ed improvvisa assenza del RPCT)	
Motivazione dell'assenza del RPCT	n/a
Data inizio assenza della figura di RPCT	n/a

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO **IL 15 GENNAIO 2023** DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni/enti tenuti all'adozione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2022 o del PTPCT 2022, e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione.

Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2019 (Delibera Anac n. 1064 del 13 novembre 2019) e al documento ANAC *Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza del 2.2.2022*.

ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menu a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o nel PTPCT (<u>domanda facoltativa</u>)	Sì (indicare le principali criticità riscontrate e le relative iniziative adottate)	Non sono emerse particolari criticità nelle azioni di coordinamento del RPCT grazie al forte commitment della Direzione Strategica. La difficoltà iniziale nel coinvolgimento di tutti i referenti interni aziendali nella fase di rendicontazione delle misure anticorruptive è stata superata con maggiori interazioni e riunioni con tutti i Dirigenti interessati e con l'ausilio di una piattaforma software per il governo del sistema anticorruptivo aziendale
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti e gli eventi corruttivi e le condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 (§ 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (§ 3.3.) e come mappati nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o nei PTPCT delle amministrazioni/enti):		
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale		
2.B.2	Contratti pubblici		
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.5	Affari legali e contenzioso		
2.B.6	Incarichi e Nomine		
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio		
2.B.8	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)		
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi	Sì	

2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o nel PTPCT 2022 erano state previste misure per il loro contrasto		
2.E	Indicare se sono stati mappati i processi secondo quanto indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019 (§ 3.2.) e nel documento ANAC Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza del 2.2.2022	Si, tutti	
2.F	Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle seguenti aree:		
2.F.1	Contratti pubblici	Si	
2.F.2	Incarichi e nomine	Si	
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Si	
2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Si	
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale	Si	
2.G	Indicare se la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni/enti (<i>domanda facoltativa</i>)	No	
3	MISURE SPECIFICHE		
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali	Si,	
3.B.	Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate (<i>domanda facoltativa</i>)	Misura anti-pantouflage nei contratti di lavoro Misura anti-revolving doors nei bandi di gara Misura per la gestione delle segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti	
4	TRASPARENZA		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente"	Si (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)	bandi di gara e contratti - determine e delibere - gestione documentale
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente", ha l'indicatore delle visite	Si (indicare il numero delle visite)	
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice"	Si (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)	0
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato"	Si (riportare il numero complessivo di richieste pervenute e, se disponibili, i settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato)	17
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi	Si (se disponibili, indicare i settori delle richieste)	Risorse Umane, Patrimonio., Gestione Tecnica

4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze (<i>domanda facoltativa</i>)	Si	
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati	Si (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi)	Monitoraggio semestrale con rilievi sulla totalità degli adempimenti pubblicitici
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento		Nell'ultima relazione di monitoraggio predisposta in materia di Trasparenza sono emersi alcuni profili di miglioramento successivamente condivisi con le Strutture competenti per i conseguenti adempimenti
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione	No, anche se la misura era prevista dal PTPCT/Sezione PIAO con riferimento all'anno 2022	Sono stati richiesti e sollecitati più volte corsi sul tema
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione	Causa Covid non è stato possibile erogare la formazione. Tuttavia risulta avviato da parte delle strutture competenti il processo di organizzazione dei corsi	
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare se ha riguardato, in particolare: (<i>domanda facoltativa</i>)		
5.E.1	Etica ed integrità		
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento		
5.E.3	I contenuti del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza PIAO		
5.E.4	Processo di gestione del rischio		
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:		
5.C.1	SNA		
5.C.2	Università		
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)		
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)		
5.C.5	Formazione in house		
5.C.6	Altro (specificare quali)		
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti		
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:		

6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	583	Ruolo sanitario: Dirigenza medico-veterinaria: 526 Dirigenza sanitaria: 55 Ruolo professionale: Dirigenza:1 Dirigente tecnico: 4 Ruolo amministrativo: Dirigenza: 12
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	2231	Ruolo sanitario: 1337 ruolo professionale: 5 Ruolo tecnico: 721 Ruolo amministrativo 168
6.B	Indicare se nell'anno 2022 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio	Sì (riportare i dati quantitativi di cui si dispone relativi alla rotazione dei dirigenti)	3
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2022, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2022 (<u>domanda facoltativa</u>))	No	
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013		
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità	Sì (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	sono state verificate le attestazioni del DG/DA/DS. Nessuna violazione accertata
7.B	Indicare, con riferimento all'anno 2022, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013	No	
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	Sì (indicare quali e il numero di violazioni accertate)	Per tutti i Dirigenti è richiesta annualmente la compilazione della modulistica di autocertificazione. Nessuna violazione accertata
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi	Sì	
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	No	
10	TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		

10.A	Indicare se è stata attivata una procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione	Si	
10.B	Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione		
10.C	Se non è stato attivato il sistema informativo dedicato, indicare attraverso quali altri mezzi il dipendente pubblico può inoltrare la segnalazione		
10.D	Se è stata attivata la procedura, indicare se sono pervenute segnalazioni di <i>whistleblower</i>	Si, (indicare il numero delle segnalazioni)	1
10.G	Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie (<i>domanda facoltativa</i>)		La piattaforma web implementata per la gestione delle segnalazioni di illeciti soddisfa i requisiti formali e sostanziali previsti dalla vigenti normative in materia, comprese le misure a tutela della riservatezza dei segnalanti. I dipendenti segnalano esclusivamente al RPCT e tassativamente in conformità alla procedura del sistema informatico di anonimato dedicato, le situazioni di illecito ai sensi ed in attuazione della L.179/2017, avvalendosi della piattaforma "whistleblowing" all'indirizzo web https://aouospedaliriunitidifoggia.whistleblowing.it/#/ .
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013)	Si	
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni) (<i>domanda facoltativa</i>)	Si	

11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione	No	
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		
12.B	Indicare se nel corso del 2022 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti	Sì (indicare il numero di procedimenti)	avviati 16 conclusi 6
12.D	Se nel corso del 2022 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, indicare quanti sono riconducibili a fatti penalmente rilevanti (il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):	3	
12.D.1	Peculato - art. 314 c.p.		0
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.		0
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		0
12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio -art. 319 c.p.		0
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari -art. 319ter c.p.		0
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità - art. 319 quater c.p.		0
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio -art. 320 c.p.		0
12.D.8	Istigazione alla corruzione -art. 322 c.p.		0
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.		0
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.		3
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 c.p.		0
12.D.12	Altro (specificare quali)		0
12.E	Indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, penalmente rilevanti e non (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree):		
12.E.1	Contratti pubblici		3
12.E.2	Incarichi e nomine		0
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		0

12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		0
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale		0
12.F	Indicare se nel corso del 2022 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali	Sì (indicare il numero di procedimenti)	11
13	ALTRE MISURE		
13.A	Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.	No	
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati	No	
14	ROTAZIONE STRAORDINARIA		
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. 1-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva	No	
15	PANTOUFLAGE		
15.A	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti	No	
15.B	Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage	Sì (indicare le misure adottate)	a) nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente; b) nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.



PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Elaborazione della proposta di PTPCT	In tempi utili ai fini della adozione del PTPCT entro il 15 gennaio di ogni anno	RPCT	Elaborazione della proposta di PTPC entro il termine fissato	Si	Si	Si
Adozione del PTPCT	31 Gennaio di ogni anno	Direzione Generale	Approvazione della delibera di adozione nei termini fissati	Si	Si	Si
Pubblicazione sul sito web aziendale del PTPCT e trasmissione alla Regione Puglia	Entro il 31 Gennaio di ogni anno	RPCT	Si/No	Si	Si	Si
Recepimento degli obiettivi e delle misure di gestione del rischio previste dal PTPCT nel Piano della Performance	31 Gennaio di ogni anno	Il Direttore della UOC Controllo di Gestione	Presenza nel Piano della Performance degli obiettivi e delle misure di gestione del rischio previste dal PTPCT	Si	Si	Si

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025**

Trasmissione al RPCT, tramite piattaforma web centralizzata, dell'attuazione delle misure previste dal PTPCT	15 gennaio di ogni anno	Responsabili delle Strutture aziendali	% delle Relazioni annuali trasmesse nei termini attraverso la piattaforma centralizzata aziendale	100%	100%	100%
Relazione annuale del RPCT sui risultati delle attività e sull'attuazione delle misure previste dal PTPCT	15 gennaio di ogni anno o diverso termine stabilito dall'ANAC	RPCT	Predisposizione della Relazione entro i termini pubblicazione sul sito web aziendale e trasmissione di detta Relazione al DG e all'OIV per la valutazione dei Dirigenti	Sì	Sì	Sì


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Informazione sugli obblighi di condotta previsti dal Codice di Comportamento Aziendale ai dipendenti e alla società civile all'interno della Giornata della Trasparenza	Entro il mese di novembre di ciascun anno	RPCT, Area Controllo di Gestione e URP	Informazione sugli obblighi di condotta del Codice di comportamento all'interno della Giornata della Trasparenza	Si	Si	Si
Inserimento della condizione dell'osservanza del Codice di Comportamento negli atti di conferma degli incarichi per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo	All'atto dei nuovi conferimenti	Gestione del Personale	Presenza della clausola negli atti di conferimento	Si	Si	Si
Inserimento della condizione dell'osservanza del Codice di Comportamento negli atti di gara, contratti e convenzioni per i collaboratori e dipendenti	All'atto dei nuovi affidamenti e rapporti contrattuali	Dirigenti Responsabili che gestiscono i relativi procedimenti e rapporti contrattuali	Presenza della clausola negli atti di gara, nei contratti e nelle convenzioni con le strutture private	Si	Si	Si

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025**

delle ditte fornitrici dei servizi						
Comunicazioni al RPCT delle violazioni alle norme del Codice di Comportamento e di altri illeciti di natura corruttiva	Tempestive	Responsabili di Struttura; Responsabile dell'ufficio per i procedimenti disciplinari	% di violazioni e illeciti comunicati all' RPCT sul totale delle violazioni e illeciti contestati ai dipendenti	100%	100%	100%
Trasmissione al RPCT della reportistica su: violazioni contestate ai dipendenti; procedimenti disciplinari attivati e conclusi; sanzioni erogate, e archiviazioni disposte, utilizzando il format predisposto dal RPCT	15 gennaio di ogni anno	Responsabile dell'ufficio per i procedimenti disciplinari	N. Report trasmessi al RPCT tramite piattaforma centralizzata	n. 1	n.1	n.1

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025**

Risultanze del monitoraggio sul rispetto del Codice di Comportamento Aziendale	31 dicembre di ogni anno	RPCT in collaborazione con il Responsabile dell'ufficio per i procedimenti disciplinari	SI/NO	SI	SI	SI
--	--------------------------	---	-------	----	----	----

INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI (D.LGS 39/2013 ART. 20)

Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Trasmissione al RPCT delle dichiarazioni ex art.20 del D.lgs 39/2013	Entro il mese di giugno di ogni anno	DG/DA/DS e tutti i Responsabili di Struttura complessa e dipartimentale	SI/NO	SI	SI	SI
Pubblicazione sul sito web aziendale delle dichiarazioni ex art.20 del D.lgs 39/2013	Ad avvenuta ricezione delle dichiarazioni	RPCT	Si/NO	SI	SI	SI
Verifiche periodiche volte ad accertare che gli interessati rendano le dichiarazioni in	n.2 verifiche infrannuali	RPCT	SI/NO	SI	SI	SI

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025**

parola.						
Inserimento negli atti relativi al conferimento e rinnovo degli incarichi dirigenziali, di una clausola che condiziona il conferimento e il rinnovo dell'incarico al rilascio e aggiornamento annuale della dichiarazione prevista dall'art.20 del Dlgs 39/2013	All' atto della conferma/rinnovo degli incarichi	Gestione del Personale	Si/NO	SI	SI	SI

OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE

Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Trasmissione al RPCT, tramite piattaforma web centralizzata, di relazione annuale sul monitoraggio del rispetto dell'obbligo di astensione in	Entro il mese di gennaio di ogni anno	Tutti i Resp. di Struttura complessa e dipartimentale	SI/NO	SI	SI	SI


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

caso di conflitto di interesse						
Trasmissione al RPCT delle dichiarazioni di astensione ricevute dal Responsabile di Struttura	tempestiva	Tutti i Resp. di Struttura complessa e dipartimentale	SI/NO	SI	SI	SI
Trasmissione al RPCT delle autodichiarazioni annuali sulla insussistenza di condizioni di conflitto di interesse	annuale	Tutti i Resp. di Struttura complessa e dipartimentale	SI/NO	SI	SI	SI

INCOMPATIBILITÀ A SEGUITO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A. (ART. 35 BIS DEL DECRETO DEGISLATIVO 165/2001)

Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Verifica della sussistenza di precedenti penali al momento della formazione di Commissioni di concorso e di commissioni per l'affidamento di commesse	tempestiva	Gestione del Personale Area Tecnica Area Patrimonio SIA Formazione	SI/NO	Si	Si	Si



PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

Verifica della sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici che svolgono l'attività prevista dall'art.35 bis del decreto legislativo 165/2001	tempestiva	Gestione del Personale	SI/NO	Si	Si	Si
Verifica sull'elenco nominativo del personale dipendente che abbia fatto parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi	Entro il 10 novembre di ciascun anno	RPC in collaborazione con Gestione del Personale	SI/NO	Si	Si	Si

INCARICHI A SOGGETTI IN QUIESCENZA (ART.5, COMMA 6 DEL DL 95/2012 COME MODIFICATO DALL'ART. 6 DEL D.L. 90/2014)

Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Verifica della insussistenza della condizione ostativa, dandone anche	All'atto del conferimento	Gestione del Personale	SI/NO	Si	Si	Si


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

attestazione nell'atto di conferimento dell'incarico						
--	--	--	--	--	--	--

ART.53 COMMA 16 TER DEL D.LGS. 165/2001-ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Rispetto di quanto previsto dall'art.53, comma 16 ter del d.lgs. 165/2001, come modificato ed integrato dall'art.1, comma 42 della L.n. 190/2012.	Decorrenza immediata	Tutte le Strutture che predispongono bandi e procedura di gara	SI/NO	Si	Si	Si
Inserimento nei bandi di gara, negli affidamenti anche con procedura negoziata e nei contratti con le strutture private della condizione di non aver concluso contratti di lavoro e di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'AOU di Foggia che hanno esercitato poteri negoziali o autoritativi per conto	Decorrenza immediata per le nuove procedure di affidamento	Tutte le Strutture che predispongono bandi e procedura di gara	Presenza della clausola nei bandi e negli atti di gara	Si	Si	Si

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025**

dell'Azienda nei confronti del partecipante/offrente/contraente nel triennio successivo alla cessazione del rapporto						
--	--	--	--	--	--	--

FORMAZIONE DEL PERSONALE						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Inserimento all'interno del Piano di Formazione di percorsi formativi sulla L.190/2012 e sulle misure di gestione del rischio per il RPCT	In concomitanza con l'approvazione del Piano annuale di formazione dell'Azienda	Formazione in collaborazione con il RPCT	Presenza di eventi formativi dedicati per il RPCT all'interno del Piano di formazione aziendale	Almeno 1 evento	Almeno 1 evento	Almeno 1 evento
Inserimento all'interno del Piano di Formazione di	In concomitanza con l'approvazione		Presenza di eventi formativi dedicati per il	Almeno 1 evento	Almeno 1 evento	Almeno 1 evento


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

percorsi formativi sulla L.190/2012 e sulle misure di gestione del rischio per il RPCT	del Piano annuale di formazione dell' Azienda	Formazione in collaborazione con il RPCT	RPCT all'interno del Piano di formazione aziendale			
Inserimento all'interno del Piano di Formazione di percorsi formativi sulla L.190/2012 e sulle misure di gestione del rischio per i dipendenti	In concomitanza con l'approvazione del Piano annuale di formazione dell' Azienda	Formazione in collaborazione con il RPC	Presenza di eventi formativi dedicati per i dipendenti all'interno del Piano di formazione aziendale	Almeno 1 evento rivolto prioritariamente ai dipendenti delle aree a maggior rischio	Almeno 1 evento rivolto prioritariamente ai dipendenti delle aree a maggior rischio	Almeno 1 evento rivolto prioritariamente ai dipendenti delle aree a maggior rischio
Definizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti	Entro aprile	RPCT in collaborazione con le Strutture interessate	SI/NO	Si	Si	Si
Realizzazione in Azienda dell'evento formativo rivolto ai dipendenti selezionati	Entro novembre	RPCT in collaborazione con l'Ufficio Formazione e con le Strutture interessate	SI/NO	Si	Si	Si

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025**

ART. 54 BIS DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 165/2001 - TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWER)						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Attività di Informazione ai dipendenti sulla procedura del whistleblowing	Entro l'anno	I Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali	SI/NO	Si	Si	Si
Istruttoria delle segnalazioni che pervengono al RPCT	tempestiva	RPCT, con la collaborazione delle strutture interessate ai fini dell'acquisizione delle informazioni necessarie	SI/NO	Si	Si	Si



PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

Trasmissione all'RPCT delle informazioni concernenti eventuali fatti, atti, eventi, o omissioni che presentano profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme in vigore.	tempestiva	I Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali	SI/NO	Sì	Sì	Sì
Inserimento della tematica Whistleblowing all'interno del Corso di Formazione rivolto ai dipendenti	Entro l'anno	RPCT	SI/NO	SI	SI	SI

AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE VERSO LA SOCIETÀ CIVILE

Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Attività di Informazione sui temi della legalità e delle misure di gestione del rischio programmate dall'Azienda all'interno della Giornata della Trasparenza	Entro l'anno	RPCT, Controllo di Gestione	Realizzazione dell'evento	Sì	Sì	Sì



PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Trasmissione annuale della reportistica sul monitoraggio procedimenti amministrativi al RPCT	15 gennaio di ogni anno	Responsabili delle Strutture Aziendali con procedimenti amministrativi	SI/NO	Sì	Sì	Sì

MONITORAGGIO DEI RAPPORTI CON I SOGGETTI CON I QUALI INTERCORRONO RAPPORTI A RILEVANZA ECONOMICA						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Trasmissione al RPCT esito monitoraggio tramite piattaforma web	Entro il 15 gennaio di ogni anno	Responsabili delle Strutture i cui procedimenti amministrativi sono finalizzati alla stipula di contratti, di convenzioni, al rilascio di autorizzazioni e	SI/NO	Invio della relazione da parte del 100% delle Strutture aziendali tenute a tale adempimento	Invio della relazione da parte del 100% delle Strutture aziendali tenute a tale adempimento	Invio della relazione da parte del 100% delle Strutture aziendali tenute a tale adempimento

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025**

		concessioni, nonché alla concessione di vantaggi economici di qualsiasi genere				
--	--	--	--	--	--	--

ROTAZIONE DEL PERSONALE						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Elaborare e attuare un piano di rotazione del personale da trasmettere al RPCT	Da stabilire annualmente	Tutte le Strutture aziendali	SI/NO	Trasmissione del Piano di Rotazione entro giugno	Trasmissione del Piano di Rotazione entro giugno	Trasmissione del Piano di Rotazione entro giugno


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

Richiesta annuale da parte del RPCT di una relazione sulla effettiva rotazione del personale	Entro il 30 dicembre di ciascun anno	RPCT in collaborazione con le Strutture interessate	N. Strutture che hanno effettuato la misura della rotazione come prevista nei rispettivi piani di rotazione sul totale delle Strutture	Sì	Sì	Sì
--	--------------------------------------	---	--	----	----	----

SPONSORIZZAZIONI DI EVENTI FORMATIVI						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Monitoraggio del rispetto del Regolamento aziendale in materia di sponsorizzazioni	tempestivo	Area Formazione	report annuale	N.1 report annuale	N.1 report annuale	N.1 report annuale
Verificare: 1. Il personale autorizzato a partecipare ad eventi formativi esterni sponsorizzati; 2. il n. di sponsorizzazioni fruite da ciascun dipendente;	tempestivo	Area Formazione	report annuale	N.1 report annuale	N.1 report annuale	N.1 report annuale


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

3. il n. di offerte di sponsorizzazioni da parte di ciascuno sponsor; 4. rispetto dei tempi di trasmissione delle offerte da parte degli sponsor.						
--	--	--	--	--	--	--

ALPI						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Verifica del rispetto dell'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale	Report entro il 30 dicembre da trasmettere al RPCT	Responsabile ALPI	Trasmissione n. 1 Report	N.1 report	N.1 report	N.1 report
Verifica periodica del rispetto dei volumi di attività in ALPI concordati in sede di autorizzazione	Report entro il 30 dicembre da trasmettere al RPCT	Responsabile ALPI	Trasmissione n. 1 Report	N.1 report	N.1 report	N.1 report
Periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo	Report annuale da trasmettere	Responsabile ALPI	Trasmissione n. 1 Report	N.1 report	N.1 report	N.1 report

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025**

svolgimento dell'ALPI	all'RPCT entro il 30 dicembre					
Adozione di un sistema di gestione informatizzata dell'ALPI, dalla prenotazione alla fatturazione	Implementazione sistema informatizzato	Ufficio Sistemi informatici aziendali	SI/NO	SI	SI	SI


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

RIDUZIONE DEL RICORSO ALLA PROROGA NEI CONTRATTI PUBBLICI						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Programmazione annuale dei beni da acquistare e/o dei servizi da appaltare	entro il 31 gennaio dell'anno di competenza	Area Patrimonio Area Tecnica Tutte le Strutture interessate aziendali	Trasmissione al RPCT dei seguenti indicatori in uno agli atti di programmazione sugli approvvigionamenti <ul style="list-style-type: none"> • N. proroghe sul totale degli affidamenti relative all'anno precedente; • Valore economico delle proroghe sul totale del valore economico degli affidamenti 	SI	SI	SI

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025**

			riferito all'anno precedente			
Monitoraggio dei contratti in scadenza ai fini della preparazione degli atti di gara	Report annuale da inviare al RPCT entro il 30 dicembre	Area Patrimonio Area Tecnica Tutte le Strutture interessate aziendali	Trasmissione n. 1 report	SI/NO	SI/NO	SI/No
Monitoraggio delle proroghe dei rapporti contrattuali	Report annuale sulle proroghe da inviare al RPCT tramite piattaforma web, entro il 15 gennaio, con l'indicazione del soggetto a favore del quale è stata disposta la proroga, dell'oggetto e dell'importo della proroga nonché delle ragioni del mancato espletamento delle	Area Patrimonio Area Tecnica Tutte le Strutture interessate aziendali	Trasmissione n. 1 report	SI	SI	SI

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025**

	procedure di gara					
--	-------------------	--	--	--	--	--

PATTI DI INTEGRITÀ						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Monitoraggio dell'effettivo inserimento dei Patti di Integrità nei capitolati di gara e nei contratti di aggiudicazione del rispetto di detti Patti.	Entro il 30 dicembre di ogni anno	Area Patrimonio Area Tecnica Tutte le Strutture interessate aziendali	SI/NO	SI	SI	SI


PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
Utilizzo della piattaforma di e-procurement Utilizzo delle Centrali di Committenza MEPA - EMPULIA - CONSIP - Centralizzazione acquisti	tempestiva	Tutte le Strutture che espletano le procedure di gara ad eccezione di affidamenti infra euro 1.000,00	SI/NO	SI	SI	SI
Procedure di aggiudicazione e regole di pubblicità. Rispetto dell'art. 29 del Codice degli Appalti e del decreto correttivo n. 56/2017: obbligo di pubblicazione entro due giorni dall'adozione del provvedimento di	tempestiva	Tutte le Strutture che espletano le procedure di gara	SI/NO	SI	SI	SI

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025**

ammissione a seguito di verifica dei requisiti. Rispetto dell'art. 76 del Codice degli Appalti e del decreto correttivo n. 56/2017: comunicazione dell'avvenuta aggiudicazione mediante posta elettronica da parte della Stazione Appaltante, immediata o entro 5 giorni.						
---	--	--	--	--	--	--



PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2023-2025

RENDICONTAZIONE PERIODICA DELLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE ATTRAVERSO PIATTAFORMA WEB CENTRALIZZATA						
Misure di gestione del rischio corruttivo	Scadenza	Responsabile dell'attuazione della misura	Indicatore	target 2023	target 2024	target 2025
1)breve descrizione delle attività espletate nella struttura di competenza con l'indicazione dei macro-processi organizzativi interni; 2)formulazione di un giudizio sintetico sul livello di esposizione al rischio corruttivo per ciascun processo organizzativo, motivandolo anche con eventuali evidenze documentali; 3)breve descrizione delle misure di trattamento del rischio applicate o da applicarsi (misure di controllo,trasparenza,regolamentazione,rotazione,formazione etc.) secondo il vigente Piano triennale per la prevenzione della corruzione 4)eventuali criticità rilevate e/o segnalazioni illeciti ricevute da dipendenti/cittadini.	Semestrale (entro luglio e gennaio di ciascun anno)	Tutti i Dirigenti Responsabili	SI/NO Presenza rendicontazione periodica da effettuarsi tramite la piattaforma web aziendale dedicata al governo degli adempimenti in materia di anticorruzione.	SI	SI	SI

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012	Annuale	Responsabile della Trasparenza	RPCT	semestrale
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale	AGRU - AGRF - AREA AFFARI GENERALI - AGT - AREA PATRIMONIO	semestrale
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale	AGRU - AGRF - AREA AFFARI GENERALI - AGT - AREA PATRIMONIO	semestrale
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale	Direzione Generale	semestrale
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale	Affari Generali e Legali	semestrale
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale - UPD	RPCT - UPD	semestrale
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Programmazione Aziendale	Affari Generali e Legali	semestrale
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016			
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)				

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Area gestione del Personale	Area gestione del Personale	semestrale
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	RPCT	semestrale	
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale	
		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale	
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale	
	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGT	AGT	semestrale
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
				Per ciascun titolare di incarico:				semestrale
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabella relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	AGRU	AGRU	semestrale
				Per ciascun titolare di incarico:				semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	AGRU	AGRU	semestrale
						Per ciascun titolare di incarico:		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	AGRU	AGRU	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU	AGRU	semestrale	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	AGRU	AGRU	semestrale	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	AGRU	AGRU	semestrale	
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013		Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			semestrale
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004		Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	AGRU	AGRU	semestrale
	Dirigenti cessati		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale
			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale	
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale				
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	AGRU	AGRU	semestrale				
	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	AGRU	AGRU	semestrale				

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispose, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	AGRU	AGRU	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT	
OIV		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	AGRU	semestrale	
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	AGRU	semestrale	
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	AGRU	semestrale	
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale	
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Controllo di Gestione	Controllo di Gestione	semestrale	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di Gestione	Controllo di Gestione	semestrale	
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di Gestione	Controllo di Gestione	semestrale	
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale
Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AGRU	AGRU	semestrale	
Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016					
		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
				Per ciascuno degli enti:		N/A	N/A	N/A
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
3) durata dell'impegno				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	N/A	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	N/A	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	N/A	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	N/A	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
	Provedimenti	Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
			Provedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
			Provedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				Per ciascuno degli enti:	N/A	N/A	N/A	
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Enti di diritto privato controllati			(da pubblicare in tabelle)	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	N/A
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	N/A
				Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	N/A	
Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016				
				Per ciascuna tipologia di procedimento:				
	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale	Responsabile della Trasparenza	semestrale
	Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale	Responsabile della Trasparenza	semestrale
	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013			5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013			6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale	Responsabile della Trasparenza	semestrale
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale	Responsabile della Trasparenza	semestrale
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale		
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Affari Generali e Legali - Area responsabile del procedimento	Area Affari Generali e Legali - Area responsabile del procedimento	semestrale	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Burocratico Legale	Struttura Burocratico Legale	semestrale
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative				
		n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo la "Specifiche	Tabella riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018 art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4)	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016 I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione							
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1)	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) SETTORI ORDINARI SOPRASOGLIA	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
BANDI DI GARA E CONTRATTI		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbalì delle commissioni di gara	Verbalì delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006, alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Parte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 55, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi <i>quinto d'obbligo</i>	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: <i>Bando di concessione invito a presentare offerte (art. 164 c. 2 che rinvia alle disposizioni contenute</i>	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Tempestivo	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
		Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Obbligo previsto per i soli enti che gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Area responsabile del procedimento di competenza	Area responsabile del procedimento di competenza	semestrale
	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
		Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione		Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Per ciascun atto:		Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	Area Gestione tecnica - Area Patrimonio	semestrale
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	RPCT	semestrale
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	RPCT	semestrale
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	RPCT	semestrale
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Componenti OIV	RPCT	semestrale
	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1,	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	RPCT	semestrale		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Bilancio preventivo	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Corte dei Conti	RPCT	semestrale
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Ufficio Relazioni con il Pubblico	semestrale
				Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali e Legali	Affari Generali e Legali	semestrale
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali e Legali	Affari Generali e Legali	semestrale
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali e Legali	Affari Generali e Legali	semestrale
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	UOSE	UOSE	semestrale
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Ufficio Relazioni con il Pubblico	semestrale
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale	
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Servizi erogati	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Area Gestione Risorse Finanziarie	Area Gestione Risorse Finanziarie	semestrale
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	semestrale
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	semestrale
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	semestrale
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	Area Gestione Patrimonio e Area Tecnica	semestrale
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	N/A	N/A	semestrale
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	N/A	N/A	semestrale
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	N/A	N/A	semestrale	
Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale	
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reali ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 33/2013	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	semestrale
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	semestrale
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	semestrale
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	Direzione Generale	semestrale
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ANAC	RPCT	semestrale
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ANAC	RPCT	semestrale
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	semestrale
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	semestrale
Altri contenuti	Prevenzione della	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
Altri contenuti	Corruzione		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	RPCT	semestrale
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RPCT	RPCT	semestrale
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Area Gestione tecnica	Area Gestione tecnica	semestrale
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Area Gestione tecnica	Area Gestione tecnica	semestrale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Area Gestione tecnica	Area Gestione tecnica	semestrale
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	(NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate			

* le aree in grigio sono riferite a dispositivi normativi abrogati dal dlgs 97/16

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
---	---	-----------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------	--	---	-------------------

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI – 2023-2025– POLICLINICO DI FOGGIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Monitoraggio RPCT
---	---	-----------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------	--	---	-------------------