



ASL Foggia

PugliaSalute

# PIAO

## PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

TRIENNIO 2023 - 2025

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Premessa.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>1. ASL FOGGIA – Scheda Anagrafica .....</b>               | <b>6</b>  |
| 1.1 Chi siamo .....  | 6         |
| 1.2 Il contesto nel quale operiamo .....                     | 8         |
| 1.3 La Prevenzione.....                                      | 9         |
| 1.4 Assistenza territoriale.....                             | 10        |
| 1.5 Assistenza ospedaliera .....                             | 12        |
| <b>2. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....</b> | <b>14</b> |
| 2.1 Valore pubblico.....                                     | 14        |
| 2.1.1 L'accessibilità digitale .....                         | 16        |
| 2.1.2 L'accessibilità fisica.....                            | 17        |
| 2.1.3 La reingegnerizzazione .....                           | 18        |
| 2.1.4 Parità di genere.....                                  | 22        |
| 2.2 Performance .....  | 28        |
| 2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza .....                    | 36        |
| <b>3. Organizzazione e Capitale Umano .....</b>              | <b>65</b> |
| 3.1 Struttura Organizzativa .....                            | 65        |
| 3.2 Organizzazione del lavoro agile.....                     | 72        |
| 3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale .....       | 75        |
| 3.3.1 Formazione del Personale .....                         | 83        |
| <b>4. Monitoraggio .....</b>                                 | <b>87</b> |

## Premessa

Il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021. N. 113, recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”, ha contribuito ad una più coerente definizione della cornice normativa necessaria alla realizzazione delle misure contenute nel PNRR;

il decreto-legge 80/2021, in particolare, rappresenta lo strumento con il quale il legislatore ha voluto rafforzare la capacità amministrativa e funzionale della Pubblica Amministrazione quale scelta strategica per l’attuazione degli obiettivi del PNRR, muovendosi sul duplice piano di una nuova politica delle “assunzioni” da un lato e di una diversa strategia programmatica dall’altro con l’introduzione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni e va presentato entro il 31 gennaio di ogni anno. Ha durata triennale, dovrà essere aggiornato annualmente, e definisce 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”, al fine di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. 150/2009 e della Legge 190/2012.

La finalità del PIAO è quindi quella di assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi.

Il PIAO sostituisce e declina in modo integrato e coordinato:

- a) il Piano della Performance, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell’Azienda Sanitaria Locale Foggia stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa, nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il Piano Operativo del Lavoro Agile (POLA), che stabilisce le modalità di svolgimento dello smart working quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al Piano Triennale dei Fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di

valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

- e) il Piano della Formazione, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;
- f) Il Piano delle Azioni Positive, che è un documento programmatico mirato ad introdurre azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro per riequilibrare le situazioni di disparità di condizioni fra uomini e donne che lavorano all'interno dell'Ente.

Tratto peculiare del PIAO è senza dubbio il suo carattere integrato, atteso che si configura come un documento programmatorio unico, snello ed efficiente, che accorpa piani, programmi e previsioni dal contenuto eterogeneo.

Il PIAO definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli stakeholder stessi. Il PIAO dovrà essere pubblicato ogni anno sul sito della Asl e trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica.

Il PIAO, quindi, semplificherà gli adempimenti dell'amministrazione e consentirà, in una logica integrata, di ricondurre ad un unico documento le scelte operative di sviluppo strategico della Asl, in perfetta linea con il percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR.

Per l'elaborazione del presente Piano, l'Azienda ha costituito con delibera n. 688 del 10/11/2022 un Gruppo di lavoro multidisciplinare coinvolgendo diverse Strutture organizzative aziendali per lo svolgimento delle varie attività di analisi integrata relative alle varie sezioni del PIAO.

Per strutturare il documento del P.I.A.O. è stata scelta l'immagine circolare, con gli incastri colorati in quanto il puzzle rappresenta l'integrazione tra gli adempimenti che confluiscono in una visione trasversale.



L'immagine raffigura quindi l'idea che i diversi Piani aziendali, un tempo singoli adempimenti con autonomia propria, ora sono parte integrante di un unico documento che assume un nuovo significato nell'ottica di interconnessione dei servizi: creazione di Valore Pubblico a favore della comunità al fine di creare coesione sociale.

La circolarità dell'immagine fa capire che tutti i settori strategici aziendali, a partire dall'Amministrazione, concorrono alla creazione del Valore Pubblico che passa attraverso il Piano della Performance, prosegue nel Piano della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, analizza l'organizzazione del capitale umano e termina con il monitoraggio all'interno del quale vengono indicati gli strumenti e le modalità di rilevazione, incluso il gradimento di soddisfazione dell'utente.

## 1. ASL FOGGIA – Scheda Anagrafica

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Ente pubblico         | Azienda Sanitaria Locale FG                                   |
| Indirizzo sede legale | via M. Protano n. 13 c/o la Cittadella dell'Economia - Foggia |
| Partita Iva           | 03499370710   |
| PEC                   | aslfg@mailcert.aslfg.it                                       |
| Sito web              | www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia                           |

### 1.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale di Foggia è stata istituita con Legge regionale n. 39 del 28/12/2006 ed è nata dalla fusione delle tre preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della Provincia di Foggia (FG/1, FG/2 e FG/3).

Gli Organi dell'Azienda Sanitaria Locale, ai sensi del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., sono: il Direttore Generale, che ne ha la rappresentanza legale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

Il logo ufficiale è costituito dalla scritta "ASL Foggia-PugliaSalute" e dal simbolo sotto rappresentato



Il patrimonio dell'ASL FG è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al bilancio di esercizio e, comunque, ai sensi della legge regionale n. 39 del 28/12/2006 e del regolamento n. 9 del 30/3/2007, a decorrere dal 1° gennaio 2007, l'Azienda è subentrata, a pieno diritto, in tutto il patrimonio attivo e passivo delle disciolte AA.UU.SS.LL. preesistenti sul territorio della provincia di Foggia. Il patrimonio, pertanto, è costituito da tutti i beni mobili e immobili, come si evince dallo stato patrimoniale dell'atto di fusione, e da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, ovvero a seguito di atti di liberalità.

L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Puglia, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- prevenzione
- assistenza territoriale
- assistenza ospedaliera

secondo un modello a rete aziendale che si raccorda con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e soprattutto quello dell'integrazione ospedale - territorio. In particolare, la ASL FG si articola in otto Distretti, tre Presidi Ospedalieri, Dipartimenti strutturali e Aree di gestione amministrativa, in aderenza all'assetto strutturale sancito dai Piani di Riordino Ospedaliero, dalla legislazione regionale e nazionale.

L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale. L'Azienda concorre a tale *mission* anche attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e promuove specifiche attività in modo da favorire una maggiore economicità ed efficienza dei servizi erogati, sempre nel rispetto dei principi etici.

I principi guida e i valori fondanti ai quali l'Azienda ispira la propria azione nel perseguimento della propria Mission e della Vision aziendale sono:

- **Eguaglianza:** ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceti, religione ed opinioni politiche;
- **Partecipazione:** l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- **Rispetto** della dignità umana;
- **Equità e imparzialità** vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;
- **Diritto di scelta:** il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare, ovunque sul territorio nazionale ed europeo, nei limiti previsti dalla normativa;
- **Efficienza ed efficacia sanitaria:** i servizi sanitari pubblici devono essere erogati in modo da garantire un risultato qualitativamente valido ed un risparmio nell'impiego delle risorse;
- **Continuità:** il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo regolare e continuo;
- **Trasparenza:** i cittadini e le associazioni di rappresentanza hanno diritto di conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, le modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane come impegno ad utilizzare in maniera ottimale il bene pubblico;
- **Centralità della Persona:** il cittadino è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale per il quale esistono risposte che hanno bisogno di una valutazione personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico;
- **Umanizzazione:** le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona, soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico.

La Visione strategica dell'Azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione della dirigenza su obiettivi e risultati, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e migliorare l'offerta dei servizi.

Tale processo vede coinvolti anche i cittadini e le loro organizzazioni, le forze sociali e gli organismi di volontariato, a garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa e della umanizzazione delle cure.

Il contesto organizzato di gestione delle risorse disponibili è improntato alla ricerca di un clima



organizzativo favorevole tale da motivare, responsabilizzare e coinvolgere tutti gli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali.

L'azienda definisce il proprio assetto organizzativo e le modalità di funzionamento più appropriate e compatibili con le direttive dello Stato e della Regione, in relazione soprattutto agli obiettivi clinico-assistenziali ed economico-finanziari individuati. In particolare, il ruolo dell'azienda, in quanto parte del più ampio contesto sanitario nazionale e regionale, è definito non solo dalla erogazione dei servizi, ma anche dalla determinazione a "promuovere salute tramite politiche improntate alla prevenzione" attraverso anche il miglioramento della qualità degli stili di vita e l'innovazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

L'ASL FG svolge una funzione di governo e coordinamento complessivo delle prestazioni sanitarie erogate, in forma diretta e anche attraverso la committenza verso soggetti pubblici e privati accreditati, a garanzia della coerenza tra bisogni della popolazione assistibile e fornitura dei servizi.

## 1.2 Il contesto nel quale operiamo

La ASL Foggia opera su un territorio di 7.007,33 Km<sup>2</sup>, coincidente con la provincia di Foggia, su cui risiedono complessivamente n. 599.028 abitanti, con una densità pari a n. 85,49 abitanti per Km<sup>2</sup>, distribuiti in 61 comuni a loro volta suddivisi in n. 8 Distretti Socio Sanitari.



Il territorio ha caratteristiche economiche e orografiche che rendono particolarmente problematica l'organizzazione delle attività per l'assistenza territoriale e, quindi, l'accessibilità ai servizi sanitari-ospedalieri. All'ampiezza del territorio si deve aggiungere la estrema diversificazione dello stesso, con zone montane caratterizzate da una viabilità assolutamente carente e zone costiere nelle quali, durante il periodo estivo, si registrano numerose presenze di turisti.

L'Azienda fornisce ai cittadini di tutti i comuni della provincia di Foggia prestazioni sanitarie secondo i programmi del piano sanitario regionale, avvalendosi dei servizi gestiti direttamente o dei servizi di altre aziende sanitarie pubbliche o private accreditate.



**La popolazione residente al 01/01/2022 è pari a 599.028** abitanti e rappresenta il 15,3% della popolazione regionale. È costituita dal 51,00% circa di donne; i cittadini anziani, come rappresentato dall'indice di invecchiamento, costituiscono il 22,6% del totale della popolazione.

La distribuzione della popolazione (residente) per fasce di età è la seguente:

| ASL FG<br>POPOLAZIONE PER CLASSI D'ETÀ AL 01.01.2022 |               |           |              |           |         |
|--|---------------|-----------|--------------|-----------|---------|
| N.   | COMUNE        | ≤ 14 ANNI | 15 - 64 ANNI | 65 + ANNI | TOTALE  |
| 1.   | ASL DI FOGGIA | 78.313    | 385.623      | 135.092   | 599.028 |
|  |               |           |              |           |         |

**I cittadini stranieri, in numero assoluto pari a 30.973**, rappresentano il 5,2% della popolazione.

Si registra una grande variabilità tra i diversi distretti sia in termini di popolazione residente totale (massimo 25% Distretto di Foggia - minimo 6% Distretto di Troia-Accadia), sia in termini di popolazione anziana (over 64 anni: massimo 25% Distretto di Troia - minimo 18% Distretto di Cerignola).

L'ASL Foggia garantisce l'espletamento delle sue attività attraverso strutture organizzative professionali e funzionali individuate in considerazione delle norme generali di organizzazione e del legame di continuità tra assistenza sanitaria e sociale. In particolare, si distinguono tre macrostrutture:

- prevenzione;
- territorio;
- rete ospedaliera.

### 1.3 La Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura dipartimentale della ASL (disciplinata dall'art. 13 della L.R. 3 agosto 2006 n. 25) dotata di autonomia gestionale, organizzativa e contabile ed organizzata per centri di responsabilità, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m. ed i.

Il compito del Dipartimento di Prevenzione è quello di garantire la tutela della salute collettiva attraverso le seguenti funzioni:

- la profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari presenti negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sulla salute degli inquinanti ambientali
- le attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce)
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro e le attività lavorative
- la tutela igienico sanitaria degli alimenti
- la sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- la sanità pubblica veterinaria
- l'attività medico legale.

Il Dipartimento di Prevenzione si articola nelle seguenti strutture, con competenze specifiche:

- Servizio Igiene di Sanità Pubblica (S.I.S.P.);
- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N);
- Sanità Animale (SIAV A);
- Igiene degli Alimenti di Origine Animale (SIAV B);
- Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche (SIAV C);
- Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL);
- Medicina legale.

Tali servizi si articolano sull'intero territorio di competenza della ASL Foggia rivolgendosi a cittadini, enti e imprese.

#### 1.4 Assistenza territoriale

Il territorio in cui opera l'ASL di Foggia è quello della provincia di Foggia che comprende n. 8 Distretti Socio Sanitari nei quali si suddividono n. 61 Comuni secondo la rappresentazione tabellare che di seguito si riporta.

| <b>DISTRETTI SOCIO SANITARI</b> | <b>COMUNI AFFERENTI</b>  |
|---------------------------------|--|
| DSS FOGGIA                      | FOGGIA   |
| DSS SAN SEVERO                  | SAN SEVERO, TORREMAGGIORE, S. PAOLO CIVITATE, SERRACAPRIOLA, CHIEUTI, LESINA, POGGIO IMPERIALE, APRICENA   |
| DSS CERIGNOLA                   | CERIGNOLA, ORTA NOVA, STORNARA, STORNARELLA, ORDONA, CARAPELLE   |
| DSS MANFREDONIA                 | MANFREDONIA, MONTE S. ANGELO, MATTINATA, ZAPPONETA   |
| DSS LUCERA                      | LUCERA, ALBERONA, BICCARI, CASALNUOVO MONTEROTARO, CASALVECCHIO DI PUGLIA, CASTELNUOVO DELLA DAUNIA, CELENZA VALFORTORE, CARLANTINO, MOTTAMONTECORVINO, PIETRAMINTECORVINO, S. MARCO LA CATOLA, VOLTURARA APPULA, VOLTURINO, ROSETO VALFORTORE |
| DSS S. MARCO IN LAMIS           | S. MARCO IN LAMIS, S. GIOVANNI ROTONDO, SANNICANDRO GARGANICO, RIGNANO GARGANICO   |
| DSS TROIA-ACCADIA               | TROIA, ACCADIA, ORSARA, ASCOLI S. , BOVINO, FAETO, CASTELLUCCIO V., CELLE, ANZANO DI PUGLIA, CANDELA, CASTELLUCCIO DEI SAURI, DELICETO, MONTELEONE, PANNI, ROCCHETTA   |
| DSS VICO DEL G.                 | VICO G., ISCHITELLA, RODI G. , VIESTE, PESCHICI, CARPINO, CAGNANO VARANO, ISOLE TREMITI  |

I Livelli di Assistenza garantiti dalle strutture Distrettuali sono di seguito indicati:

Assistenza sanitaria di base: è la forma di assistenza erogata dal Medico di Base (Medico di Medicina Generale – MMG) o dal Pediatra di Base (Pediatría di libera scelta – PLS). Il cittadino può liberamente scegliere il MMG o il PLS da una lista di medici disponibile presso gli sportelli delle sedi distrettuali dell'ASL e sul sito Internet aziendale. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base i MMG ed i PLS propongono al Distretto l'erogazione delle cure a domicilio con l'apertura di interventi in Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) che prevede anche l'attività infermieristica.

Assistenza farmaceutica: le Farmacie Territoriali dispensano i farmaci prescritti dai MMG, dai PLS, dai Medici Specialisti Ambulatoriali e Ospedalieri.

Assistenza specialistica ambulatoriale: è erogata sia da specialisti che operano nelle sedi distrettuali sia da specialisti in ambito ospedaliero.

Assistenza residenziale e semiresidenziale: comprende una rete di Strutture Residenziali per l'assistenza ad anziani, disabili fisici, psichici e malati terminali non autosufficienti con diversa compromissione dell'autonomia personale. E' prevista anche un'assistenza presso centri diurni (assistenza semiresidenziale).

Assistenza continuità assistenziale (ex Guardia Medica) e Servizio di Continuità Assistenziale Pediatrica (SCAP): è attivo nelle ore notturne (dalle 20:00 alle 08.00), nei giorni festivi (dalle 08:00 alle 20:00) e prefestivi (dalle 10:00 alle 20:00).

L'attività assistenziale territoriale si espleta anche attraverso il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento Dipendenze Patologiche e il Dipartimento di Riabilitazione.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura sanitaria attraverso cui l'Azienda assicura tutti i servizi e le attività necessarie alla tutela e alla promozione della salute mentale nei confronti della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento.

Il D.S.M. offre i suoi servizi ai cittadini di ogni fascia d'età ed attua gli interventi in un sistema di rete inter-istituzionale che coinvolge anche altri servizi e strutture dell'Azienda nonché tutti i soggetti, pubblici e privati, che concorrono alla tutela della salute mentale (Enti, Istituzioni, Associazioni e Cooperative del privato sociale ed imprenditoriale, Associazioni di familiari e utenti, gruppi di aiuto e di mutuo aiuto).

Il D.S.M. è pertanto in grado di rispondere all'intera domanda psichiatrica del territorio di riferimento e svolge, in maniera coordinata ed integrata, attività di prevenzione dei disturbi psichici, nonché di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo per i cittadini affetti da disturbi mentali.

Il D.S.M. si articola nelle seguenti strutture complesse:

- CENTRO DI SALUTE MENTALE San Severo- San Marco in Lamis- Vico del Gargano
- CENTRO DI SALUTE MENTALE Foggia-Lucera-Troia
- CENTRO DI SALUTE MENTALE Manfredonia-Cerignola
- SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA
- SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA (SPDC):
  - SPDC P.O. San Severo

- SPDC P.O. Manfredonia

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) è la struttura che ha il compito di fornire assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali (es: gioco d'azzardo, sostanze stupefacenti e psicotrope) in grado di creare dipendenze patologiche, al fine di promuovere uno stile di vita sano, offrendo sempre e comunque risposte alle richieste di aiuto dei pazienti.

Le finalità tendono a sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate per perseguire gli obiettivi della politica socio-sanitaria Regionale ed aziendale, attraverso il coordinamento di tutte le Unità Operative del pubblico e del privato sociale accreditato che si occupano delle dipendenze patologiche. Per ciò che riguarda l'organizzazione, il DDP si articola nelle seguenti strutture complesse:

- **SERD SAN SEVERO-SAN MARCO IN LAMIS- VICO DEL GARGANO**

Comuni sedi: San Severo, S. Marco in Lamis, Vico del Gargano, Torremaggiore, Apricena, San Giovanni Rotondo

- **SERD FOGGIA-LUCERA-TROIA**

Comuni sedi: Foggia, Lucera, Troia

- **SERD CERIGNOLA-MANFREDONIA**

Comuni sedi: Cerignola, Manfredonia, Orta Nova.

Il Dipartimento di Riabilitazione è la struttura operativa che a livello territoriale si occupa di organizzare e gestire le prestazioni e i percorsi riabilitativi.

L'ASL di Foggia opera mediante presidi a gestione diretta, strutture convenzionate e centri di riabilitazione accreditati.

Per ciò che riguarda l'organizzazione, il Dipartimento di Riabilitazione si articola nelle seguenti strutture complesse:

- Recupero e riabilitazione funzionale Ospedaliera San Severo-Manfredonia;
- Medicina fisica e riabilitativa distrettuale

### **1.5 Assistenza ospedaliera**

L'assistenza ospedaliera viene erogata attraverso i Presidi Ospedalieri, che garantiscono la continuità assistenziale in un sistema a rete capace di fornire, in un'organizzazione integrata, livelli di assistenza di medio-alta specializzazione.

L'assistenza ospedaliera nel territorio della ASL di Foggia è assicurata attraverso:

- n. 3 Presidi Ospedalieri (San Severo, Cerignola e Manfredonia) a gestione diretta dell'Azienda;
- l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Foggia e l'Ente Ecclesiastico IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo;
- l'Ospedalità privata.

La ASL, quindi, assume il doppio ruolo di fornitore di prestazioni ospedaliere attraverso i suoi presidi



e di committente di tutte le altre prestazioni ospedaliere erogate a favore dei pazienti che risiedono nel suo territorio.

La rete ospedaliera, pubblica e privata accreditata, garantisce la diagnosi, cura e follow up delle malattie in regime d'urgenza e programmato con il supporto dei reparti specialistici e di base. Vengono erogate, inoltre, prestazioni sanitarie in area medica e chirurgica in regime di Day Hospital, Day Surgery ed Ambulatoriale, compreso il Day Service.

## 2. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione in base al DM n. 132/2022 è suddiviso in tre sezioni:

- 1) Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione;
- 2) Organizzazione e capitale umano;
- 3) Monitoraggio.

Le sezioni sono a loro volta ripartite in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali.

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

Con il presente Piano si definiscono le strategie e gli obiettivi diretti a favorire, nel triennio di riferimento 2023-2025, la creazione di “valore pubblico” inteso quale miglioramento del benessere sanitario e socio-sanitario dei cittadini del territorio della ASL FG.

Il Valore Pubblico è definito come la capacità di un ente di gestire in maniera ottimizzata le risorse economiche e umane a disposizione, al fine di soddisfare le esigenze sociali dei cittadini. Per la ASL quindi creare Valore Pubblico significa utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia, valorizzando il proprio patrimonio in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini generando, in tal modo, un aumento del benessere rispetto alla condizione di partenza.

Il valore pubblico dell'Azienda si esplicita attraverso i seguenti impegni strategici verso cui orientare i comportamenti del personale impegnato nello svolgimento delle funzioni aziendali:

- maggiore attenzione ai percorsi clinico- organizzativi ospedalieri per migliorare gli esiti sanitari e alla promozione della qualità e dell'appropriatezza ospedaliera con potenziamento di modalità assistenziale alternative al ricovero;

- indirizzare i programmi e le attività dell’Azienda al fine di rispondere alla domanda di salute ed orientarla, garantendo prestazioni efficaci accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno;
- porre il cittadino/utente al centro dell’attività aziendale, orientando i servizi e gli operatori al servizio dell’utente a cui deve essere garantita continuità dei percorsi diagnostico-assistenziali;
- raccordare le attività e le iniziative socio-sanitarie con le indicazioni regionali, in sintonia con gli Enti Locali e i loro organismi di rappresentanza;
- efficientamento del governo della domanda per indirizzare l’offerta più appropriata e contribuire al miglioramento dello stato di salute dei residenti;
- efficientamento dei servizi territoriali per una efficace gestione della popolazione a rischio, anche mediante il potenziamento delle cure primarie in base all’attuale evoluzione dei bisogni assistenziali, integrando i vari livelli di assistenza presenti nel territorio, e ridefinendo i percorsi di cura e di presa in carico dei pazienti cronici. Il processo di cambiamento investe, dunque, non solo la mission e la strategia, ma anche l’organizzazione aziendale che deve far assumere all’azienda un ruolo attivo nell’analisi dei fabbisogni, nella traduzione in domanda appropriata e nel riequilibrio dell’offerta di servizi;
- umanizzazione dell’assistenza e cura della relazione con il Cittadino;
- efficientamento delle risorse economiche per migliorare l’offerta sanitaria in termini di tempestività e qualità dei servizi resi alla popolazione assistita;
- valorizzazione dell’appropriatezza delle prestazioni e rispetto dei tempi di attesa per la loro fruizione entro limiti previsti dalla normativa;
- raggiungimento dello sviluppo sostenibile garantendo maggiore impegno per l’aumento dell’aspettativa di vita e la riduzione delle cause di morte più comuni legate alla mortalità infantile e materna;
- raggiungimento dello sviluppo sostenibile rafforzando la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze, tra cui l’abuso di stupefacenti e il consumo nocivo di alcol;
- miglioramento dei processi di comunicazione nei confronti dei cittadini e degli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi dell’Azienda e di consentire una adeguata partecipazione;
- accrescimento costante della qualità professionale dei propri operatori, attraverso un processo di formazione e di aggiornamento continuo;
- la presa in carico delle persone assistite anche attraverso strumenti di Telemedicina e l’integrazione tra ospedale e territorio;
- promozione delle pari opportunità per gli accessi agli incarichi di vertice;
- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- miglioramento continuo dell’informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione trasparente;
- digitalizzazione dei processi dell’amministrazione;



➤ incremento della formazione frontale e/a distanza, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il personale dipendente.

L'ASL FG attraverso questi obiettivi strategici di sviluppo cercherà di migliorare il proprio valore pubblico già nel prossimo triennio 2023-2025 assicurando agli utenti/pazienti prestazioni sanitarie sempre più elevate rendendo i servizi sanitari offerti dalla ASL sempre più attrattivi.

In ogni caso la progressiva centralità del cittadino, visto come paziente/utente e non solo come destinatario delle prestazioni sposterà sempre più l'attenzione sulla qualità delle prestazioni erogate e sull'efficienza della produzione e permetterà un miglioramento dei dati di attività sanitaria i cui risultati saranno pubblicati e verificabili nel corso del triennio 2023-2025 nei vari PIAO.

### 2.1.1 L'accessibilità digitale

Alla creazione di Valore Pubblico contribuiscono anche le modalità e le azioni volte a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, ai servizi offerti dalla ASL da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, nonché le azioni volte a semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e dall'Agenda Digitale.

Gli obiettivi e i benefici sono quelli di semplificare e rendere più efficace l'accesso ai servizi e la loro erogazione, snellire la comunicazione tra strutture sanitarie e cittadini.

La Struttura Sistemi Informativi lavora per rendere disponibili ed aggiornare gli strumenti informatizzati di comunicazione aziendale in collaborazione con URP e Ufficio Stampa, fornendo il supporto necessario per l'utilizzo di tali strumenti, inoltre è impegnata sull'aggiornamento del Portale aziendale Agorà con relativo spazio INFORMAZIONI dedicato alle attività aziendali, alle campagne di prevenzione, alla promozione di stili di vita salutari (Avvisi, News, Eventi).


Alla luce dei nuovi regolamenti e delle nuove minacce informatiche, la precitata Struttura è impegnata nell'aggiornamento continuo del regolamento sull'uso delle risorse informatiche e nella formazione del personale con bollettini, avvisi e campagne di sensibilizzazione.

Anche la Struttura URP si è posta come punto di riferimento e orientamento nei confronti del cittadino per fornire soluzioni rapide ed immediate alle varie problematiche. Si tratta quindi di un rilevante punto di contatto per gli utenti, soprattutto per i più anziani e per coloro che si trovano in condizioni di fragilità, che offre un costante supporto in collaborazione con gli altri servizi aziendali. Sono da segnalare inoltre le varie iniziative, messe in atto soprattutto negli ultimi anni, per sviluppare le potenzialità informative e di interazione con i cittadini del sito web istituzionale, anche con l'inserimento di moduli e richieste on-line e con l'utilizzo del seguente Link utile di riferimento <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/servizi-online>

**Attraverso questa sezione presente sul Portale Web dell'ASL FG è possibile accedere a diversi servizi online della sanità pugliese: Prenotazione di visite ed esami, Pagamento ticket, Disdetta prenotazione, Fascicolo Sanitario, Referto online, Scelta/Revoca medico, Visura esenzioni, Diario vaccinazioni e molto altro.**

I servizi sono disponibili ad **accesso libero** o mediante **autenticazione**.

I servizi con autenticazione sono accessibili con credenziali SPID livello 2<sub>2</sub> con Carta d'Identità Elettronica (CIE) o con una smart card che risponda ai requisiti della Carta Nazionale dei Servizi (CNS), compresa la Tessera Sanitaria con funzione di CNS (TS-CNS).



**ASL Foggia**  
**PugliaSalute**

Azienda Sanitaria Locale della provincia di Foggia

[PugliaSalute](#)
 Assistenza ▾
 Servizi online ▾
 Operatori ▾
 Organizzazione ▾
 Notizie ▾
 A

[ASL Foggia](#) / Home

Servizi on-line

- Prenotazione Vaccino COVID19
- Prenotazione ricetta rossa SSN o ALPI
- Prenotazione ricetta dematerializzata
- Gestione prenotazione
- Pagamento ticket

Servizi per assistiti celiaci

- Visura esenzioni con autenticazione
- Scelta e revoca del medico con autenticazione
- Diario vaccinazioni con autenticazione
- Autocertificazione esenzioni per reddito
- Fascicolo Sanitario Elettronico
- Accesso Referti on-line

## NUMERI VERDI

[URP](#) Numero verde: **800 014512**

[CUP](#) Numero verde: **800 466222**

[COro Regionale](#) Numero verde:
   
**800 185003**

[Centro Coordinamento Screening](#) numero verde:
   
**800 905501**

### 2.1.2 L'accessibilità fisica

Nell'ambito dell'attività di gestione dei reclami vengono trattate segnalazioni degli utenti che lamentano varie difficoltà di accesso

Nell'ambito dell'attività di gestione dei reclami per conto dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, la raccolta delle segnalazioni, delle lamentele, dei suggerimenti e l'analisi dei report correlati sono di grande utilità per migliorare le varie categorie. Una di queste è difatti riferita agli:

#### **Aspetti legati alle strutture fisiche avente come sottocategorie:**

- Presenza di barriere architettoniche
- Mancanza di collegamenti pubblici con le strutture sanitarie; difficoltà di parcheggio

- Carenza di misure di sicurezza (segnalazione e assenza di wayfinding, pervietà delle vie di fuga, dotazioni antincendio, ecc.)

Pertanto per garantire una idonea accessibilità fisica agli spazi e agli ambienti, nel rispetto e nell'osservanza delle "Linee guida Hospitality per l'accoglienza nelle strutture sanitarie pugliesi", l'ASL di Foggia si è da tempo dotata di altri strumenti per la comunicazione esterna, quali appositi manuali per migliorare l'identità aziendale e per agevolare i percorsi nelle strutture sanitarie di riferimento e non solo; il tutto per agevolare al massimo l'utenza soprattutto quella ritenuta più fragile.

## **Manuale di identità visiva**

- con DGR n. 671/2019 la Regione Puglia ha adottato il documento "Linee guida Hospitality per l'accoglienza nelle strutture sanitarie pugliesi", al fine di definire un sistema identitario comune per l'accoglienza agli utenti e loro familiari nelle strutture sanitarie pubbliche della Puglia;
- con atto deliberativo n. 1249 del 18 agosto 2020 e successivo provvedimento n.1316 dell'11.9.2020, è stato adottato il Manuale di Identità Visiva (M.I.V.) al fine di potenziare, coerentemente con gli obiettivi del progetto regionale "Hospitality", un sistema identitario visivo, declinato e integrato con segnaletica, allestimenti e arredi, governance e formazione e comune a livello di immagine coordinata con lo scopo anche di regolamentare l' omogeneità di comportamento all'interno delle molteplici strutture aziendali presenti nel territorio.
- La grafica aziendale è il risultato di un processo creativo attento e complesso, ed è l'insieme degli elementi che concorrono a creare e definire l'identità visiva dell'Azienda e degli strumenti necessari a supportare tutte le attività di comunicazione che l'Azienda attua. Per questo è fondamentale che tali elementi siano coerenti tra loro e rispondano ad un'unica linea grafica, che li renda immediatamente identificabili e distinguibili, legandoli tra loro e rafforzando l'identità dell'ASL FG. Un esempio è rappresentato dai format ideati per Eventi, Convegni, Conferenze sia di Servizio che Conferenze Stampa contenenti elementi identificativi sia nei colori che nella grafica.
- Per questa ragione, sia che si intenda provvedere all'ideazione di manifesti, locandine, brochure etc. sia che si voglia appoggiarsi ad esterni, è indispensabile comunque richiedere la consulenza dell'URP aziendale relativamente alla coerenza con la linea grafica dell'Azienda.

**Handbook Manuale di Accoglienza della ASL di Foggia – denominato M.A/ ASL FG deliberazione n. 547 del 16 aprile 2022**” M.A. ASL FG - Manuale di Accoglienza della ASL di Foggia – Adozione”. Il sistema di accoglienza vede il diretto coinvolgimento della Struttura Relazioni con il Pubblico aziendale per la costruzione e per la tenuta della corretta identità aziendale sia dal punto di vista degli ambienti da strutturare che per le corrette modalità operative di informazione e di comunicazione; Struttura a cui fare assoluto riferimento per quanto descritto come da disposizione della Direzione Generale.

### **2.1.3 La reingegnerizzazione**

#### **La trasformazione digitale della ASL di Foggia**

La Asl di Foggia sta attraversando un periodo di forte rivoluzione tecnologica. Dal 2013 ad oggi si è passati da pochi applicativi client server (CUP, Contabilità, Protocollo, Risorse umane) con poche centinaia di postazioni di lavoro ad un sistema pervasivo e estremamente complesso con oltre 3000 postazioni di lavoro, circa 200 server virtuali e oltre 100 sedi collegate in larga banda.

I prossimi passi prevedono la introduzione di architetture moderne web based e a microservizi (con la nuova cartella clinica) integrate tramite middleware ed il passaggio alle infrastrutture cloud nazionali. Attualmente è in fase di completamento il passaggio ai nuovi sistemi di Cartella clinica, order entry, laboratorio di analisi, piattaforma di gestione documentale. È in fase di avvio il nuovo Clinical Data Repository come nuova piattaforma di gestione dei dati clinici interfacciato con il FSE e con tutti i sistemi sanitari aziendali.

E' previsto nei primi mesi del 2023 l'avviamento del sistema RIS PACS Regionale SIRDIMM.

Il nuovo Sistema Contabile Regionale integrato con CUP e Risorse umane è partito a novembre e nel 2023 andrà a regime.

### **Infrastrutture**

Dal 2018 è stato avviato un processo di rifacimento dell'infrastruttura di rete della ASL sia Wan che LAN. La rete WAN è stata rifatto con connessioni a larga banda e con i collegamenti a LBR (Larga banda Regionale) e RUPAR con l'infrastruttura Regionale di Innova Puglia.

Sono in via di completamento le infrastrutture LAN e wifi dei PO di San Severo e Manfredonia.

### **PNRR**

Nell'ambito dei progetti PNRR Misura 1.4 sono state avviate e parzialmente già operative le attività di integrazione dei sistemi aziendali con PagoPA e AppIO che andranno a regime nel 2023.

Nell'ambito della Misura 6 Sanità è prevista la realizzazione di 6 Centrali operative Territoriali come definite nel DM 77 2022.

Le Centrali Operative territoriali (COT) saranno HUB tecnologicamente avanzati per la presa in carico del cittadino e per il raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.

Le 6 Centrali Operative Territoriali previste andranno a completare il sistema già avviato nel 2020 con la Centrale Operativa di San Marco in Lamis.

### **Digitalizzazione dei DEA**

Nell'ambito del PNRR Misura 6 sono previsti anche progetti per la digitalizzazione dei DEA di San Severo e Cerignola con progetti per l'Accoglienza del cittadino tramite piattaforme digitali di CRM, eliminacode e wayfinding, oltre a progetti per la gestione della catena del farmaco, per la dematerializzazione dei consensi, per l'uso della cartella clinica in mobilità.

Nell'ambito del PNRR l'ASL di Foggia è capofila del progetto Regionale di Gestione del Rischio Clinico.

### **Cybersecurity**

Il tema della cybersecurity è diventato prioritario ed estremamente critico. In un sistema iperconnesso un attacco potrebbe bloccare l'intera azienda. La ASL ha realizzato un sistema di sicurezza perimetrale e di gestione degli endpoint, ma sono necessari ulteriori investimenti in termini di servizi e risorse umane competenti. Nell'ambito del PNRR misura 6 sono previsti investimenti anche su questo tema delicato.

## Telemedicina

L'utilizzo di servizi di telemedicina che consentano di monitorare alcune patologie croniche attraverso la rilevazione di parametri vitali, rappresenta una promettente opportunità per garantire alle popolazioni ad alto rischio di ospedalizzazione residenti in zone remote e disagiate, equità di accesso, qualità dell'assistenza e appropriatezza delle cure

La telemedicina può trovare un utile terreno di applicazione nel monitoraggio (telemonitoraggio) delle terapie croniche (farmacologiche e riabilitative), evitando al paziente spostamenti e perdite di tempo, snellendo il carico ambulatoriale.

- 1) **Telemonitoraggio:** Il telemonitoraggio permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti da applicare). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di Telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di Telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, Conferenza Stato Regioni ("Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" 17 dicembre 2020).
- 2) **Telecontrollo:** il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura. [Accordo Conferenza Stato Regioni "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". 17 dicembre 2020].

Per la Telemedicina vi è l'obiettivo attivazione e diffusione dei servizi di telemedicina come televisita e teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio e telerefertazione, basati sulla piattaforma "Diomedee" della ASL di Foggia in via di completamento.

Ciò comporterà la possibilità di inserire nella Carta dei servizi l'elenco delle prestazioni erogabili in telemedicina, le loro modalità di erogazione, l'organigramma funzionale con i diversi livelli di responsabilità, le tempistiche di rilascio dei referti, i costi, i tempi e le modalità di pagamento, etc. Gli obiettivi che si intendono raggiungere sono i seguenti:

| Tipologia UO  | Obiettivi  | Azioni  | Indicatori  | Target   |
|---|--|---|---|--|
| UO Tecniche   | Connettività con banda disponibile sufficiente<br>Hardware aggiornato e adeguato<br>infrastrutture di Cybersecurity di sedi (CdC, OdC, COT) e di client adeguate | <ul style="list-style-type: none"> <li>•completamento connettività e infrastrutture di rete ospedali e gli ospedali di comunità,</li> <li>•Case della comunità con almeno 40 Mbit</li> <li>• Antivirus sui client, sistemi operativi aggiornati, Cybersecurity anche gestita via CSIRT di riferimento (Innova Puglia)</li> <li>• Campagne di sensibilizzazione</li> <li>• Attivazione di cartella clinica ospedaliera ed ambulatoriale aziendale</li> <li>• Realizzazione e manutenzione infrastruttura per App per i pazienti</li> </ul> | <p>Aggiornamento Strumento di mappatura della connettività aziendale</p> <p>Integrazione aziendale con l'alimentazione del FSE 2.0</p> <p>Almeno una campagna di sensibilizzazione nel 2023</p> | 2024   |
| UOC Comunicazione Accoglienza e URP, Ufficio Stampa, ICT, DPO | Aggiornamento degli strumenti informatizzati di comunicazione aziendale  | <p>1) Riorganizzazione del portale aziendale con nuovo spazio INFORMAZIONI dedicato alle attività aziendali, alle campagne di prevenzione, alla promozione di stili di vita salutari (Avvisi, News, Eventi);</p> <p>2) Utilizzo social media;</p> <p>3) Strumenti di accessibilità per ipovedenti e non vedenti;</p> <p>4) Adozione Regolamento per la gestione di tutti gli strumenti aziendali di comunicazione e informazione; informatizzazione di tutti i processi URP: reclami, informazioni, interattività on line</p>             |   | II semestre 2023   |
| UO PO/Distretti   | Attivazione dei servizi di Telemedicina previsti dal PNRR  | Attivazione di Televisita, Telemonitoraggio, Teleconsulto, Telegestione ed inserimento nei PDTA aziendali<br>Ricetta dematerializzata e referti elettronici   | Numero di prestazioni eseguite/numero di prestazioni totali   | 2023   |
| UO Tecniche   | <input type="checkbox"/> formazione del personale delle UO, aggiornato sulle specifiche delle piattaforme man mano introdotte                                    | Realizzazione Piano di formazione del personale, aggiornato annualmente, sulle specifiche piattaforme in uso<br>Formazione continua sulla Cybersecurity e sulla mitigazione del rischio   | <input type="checkbox"/> Numero di eventi e numero di partecipanti agli eventi di formazione  | Almeno tre eventi all'anno per dipendente                          |
| UO Cliniche/Distretti   | Sviluppo di competenze tecniche e cliniche specifiche  | Formazione sulla televisita, il telemonitoraggio, la telegestione e le attività previste dal PNRR e dai PDTA aziendali<br>•Formazione specifica sulle piattaforme aziendali in uso  | Numero di eventi e numero di partecipanti agli eventi ha partecipato, ECM o universitari  | Almeno tre eventi all'anno per dipendente o un corso universitario |
| UO Amministrative   | Sviluppo di competenze tecniche e cliniche specifiche  | Formazione sulle piattaforme aziendali in uso   | Numero di eventi e numero di partecipanti agli eventi ha partecipato  | Almeno tre eventi all'anno per dipendente                          |



### 2.1.4 Parità di genere

Oltre alla strategia di transizione digitale, un altro tema trasversale di rilievo nella strategia aziendale dell'ASL di Foggia è il tema della parità di genere.

In tale sezione sono indicate le iniziative di promozione, sensibilizzazione e diffusione di una cultura di pari opportunità, per esaminare la parità di genere, la valorizzazione delle differenze e per analizzare la conciliazione della vita lavoro. Le azioni positive sono ritenute misure temporanee speciali, che derogando al principio di uguaglianza formale a favore di quello dell'eguaglianza sostanziale, mirano a garantire la piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne; infatti le predette azioni coinvolgono tutti i dipendenti indifferentemente dal sesso pur nella contezza che sul genere femminile sicuramente ricadono in proporzione maggiore i carichi familiari - per cultura e per organizzazione familiare.

Le azioni positive considerate anche misure "speciali" per specificità e definizione specifiche intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta. Si possono altresì definire "temporanee", in quanto necessarie finché si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne e quindi per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni e mirare alla parità con interventi di valorizzazione del lavoro delle donne e per riequilibrare la presenza femminile nei luoghi di vertice.

La stesura del Piano di azioni positive, per il tramite del Comitato Unico di Garanzia, rientra tra le iniziative del Dipartimento della Pubblica Amministrazione per attuare ed attivare gli obiettivi di parità e pari opportunità e dare avvio alla conciliazione tra vita privata e lavoro, per sostenere condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione. così come prescritto dal **Decreto Legislativo n. 198/2006** "*Codice delle pari opportunità tra uomo e donna*"; nell'articolo 42 del citato DL si definiscono le "azioni positive come "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità ". La strategia delle azioni positive individuate in coerenza con quanto emerso dai risultati delle indagini effettuate sul clima sul benessere lavorativo ha lo scopo di rimuovere gli impedimenti che le persone incontrano, rispetto ai diritti universali di cittadinanza, in ragione delle proprie caratteristiche familiari, etniche, linguistiche, di genere, età, ideologiche, culturali, fisiche. Le azioni positive sono uno strumento operativo per favorire l'attuazione dei principi di parità e pari opportunità tra uomini e donne nei luoghi di lavoro, sono delle misure "speciali" ben definite che intervengono in un particolare contesto lavorativo, al fine di contrastare qualsiasi forma di discriminazione diretta o indiretta, e/o "temporanea", indispensabili se si rileva fondata una disparità di trattamento tra uomini e donne.

### Linee generali di intervento

Il Piano, conformemente all'attuale quadro legislativo, ha un contenuto programmatico triennale, per assicurare la coerenza con gli obiettivi strategici e operativi ivi previsti. Secondo la definizione contenuta nell'art. 42 del D. Lgs. n. 198/2006, le azioni positive hanno i seguenti scopi prioritari:

- a) eliminare le disparità nella formazione professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei percorsi di mobilità;
- b) favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l'orientamento professionale e gli strumenti della formazione;
- d) superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento



professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico e retributivo;

e) promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sottorappresentate, ed in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;

f) favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi.

Le azioni positive devono essere quindi considerate come la declinazione concreta di quel processo, già avviato, di costante riduzione delle disparità di genere in ambito lavorativo.

Gli obiettivi generali che il presente Piano intende raggiungere, in coerenza con le finalità promosse dalla normativa vigente, sono:

|                                    |   |   |  |
|------------------------------------|---|---|--|
| <p><b>Area di intervento A</b></p> | <p>Garantire la valorizzazione delle risorse umane, l'accrescimento professionale dei dipendenti per assicurare il buon andamento, l'efficienza e l'efficacia dell'attività amministrativa, le pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella vita lavorativa e nella formazione professionale.</p> | <p><i>1. favorire politiche di conciliazione tra tempi di lavoro professionale ed esigenze di vita privata e familiare;</i><br/><i>2. contrasto alle discriminazioni;</i><br/><i>3. contrasto alla violenza sul posto di lavoro.</i></p>            | <p>Per ogni area predetta sono da pianificare obiettivi generali con l'implementazione dei correlati steps inerenti le azioni correttive il coinvolgimento dei portatori di interesse di pertinenza e gli adeguati indicatori per la valutazione di quanto processato.</p> |
| <p><b>Area di Intervento B</b></p> | <p>Promuovere una migliore organizzazione del lavoro e del relativo benessere</p>   | <p><i>garantire la funzionalità degli uffici, favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro ed esigenze di vita privata anche tramite le modalità del lavoro agile.</i></p>  | <p><b>Idem</b></p>   |
| <p><b>Area di intervento C</b></p> | <p>Pari opportunità ed equilibrio di genere nelle politiche di reclutamento e gestione del personale</p>  | <p><i>garantire la trasparenza dell'azione amministrativa, anche al fine di promuovere in tutte le articolazioni dell'Azienda e nel personale la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione, diretta e indiretta.</i></p> | <p><b>idem</b></p>   |

| SUB/AREEDI INTERVENTO           | AZIONI   | AZIONI di promozione  | TEMPISTICA       | ATTORI Organi/ Strutture coinvolte         | INDICATORE   | MISURAZIONE           |
|---------------------------------|--|---|------------------|--|--|-----------------------|
| 1. COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE | <p><b>Utilizzare</b> i canali di comunicazione e informazione aziendali (sito internet/intranet Agorà, social network, mailing list ecc) per la realizzazione di prodotti (interviste, servizi e video) finalizzati alla diffusione di una cultura di genere e inclusiva finalizzata al raggiungimento del benessere organizzativo.</p> <p><b>Amplificare</b> la corretta conoscenza del CUG fra il personale, evidenziandone i compiti propositivi e quanto dettato nel presente atto e nei precedenti documenti.</p> <p><b>Potenziare</b> la valenza del CUG e le azioni messe in atto.</p> <p><b>Promuovere</b> il ruolo del CUG anche esternamente.</p> <p><b>Valorizzare</b> e attuare i principi della "Carta della Rete dei CUG" sottoscritta dalle Amministrazioni che aderiscono al citato documento.</p> | <p><b>Diffusione</b> delle normative specifiche, anche tramite l'attivazione di una newsletter dedicata.</p> <p><b>Diffusione</b> delle buone azioni realizzate.</p> <p><b>Mettere</b> in condivisione professionalità.</p> <p><b>Collaborare</b> alla risoluzione di problematiche comuni.</p>   | 20232024<br>2025 | DSA<br>URP<br>CUG<br>SIATCM<br>US<br>PROGR | realizzazione di almeno 2 produzioni annuali   | eseguito/non eseguito |
| 2. FORMAZIONE                   | <p><b>Realizzazione</b> di percorsi di formazione sulle tematiche delle pari opportunità per i componenti del Comitato e per il personale aziendale.</p> <p><b>segnalazione</b> di almeno 2 corsi formazione/anno per componenti CUG e personale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizzare le fonti informative aziendali disponibili in un'ottica di genere e supportare a gruppi di lavoro se costituiti.</li> <li>• Coordinare gli interventi e favorire un'azione sinergica delle risorse formative investite su questo tema.</li> </ul> <p>I Piani di formazione dovranno tenere conto delle esigenze di ogni settore, consentendo la uguale possibilità per le donne e gli uomini lavoratori di frequentare i corsi individuati.</p>   | <p><b>Corso di sensibilizzazione</b> e formazione rivolto alle/ai Dirigenti e alle Posizioni Organizzative dell'Ente sulle pari opportunità e sul contrasto alle discriminazioni con la consulenza dell'UNAR contrasto alle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di Genere;</p> <p><b>Corsi di sensibilizzazione</b> sulle pari opportunità e sul contrasto alle discriminazioni rivolti a tutti coloro che svolgono attività con il pubblico (sportelli, centri di ascolto, etc.);</p> <p><b>Disseminazione</b> di buone prassi ed implementazione del lavoro di rete con i Comitati Unici di Garanzia di Regione e Provincia e con le Consigliere di Parità territoriali e regionali.</p> | 20232024<br>2025 | CUG<br>AGRU<br>FORM<br>URP                 | organizzazione o segnalazione di almeno 2 corsi formazione/anno per componenti CUG e personale | eseguito/non eseguito |

|  |   |  |                          |  |   |                              |
|--|---|--|--------------------------|--|---|------------------------------|
| <p>3. <b>EQUA RAPPRESENTATIVITÀ DI GENERE</b><br/><b>CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI</b><br/><b>Promuovere</b> la diffusione di una cultura improntata al rispetto delle lavoratrici e dei lavoratori e al contrasto delle discriminazioni per età, stato di salute, disabilità, genere, aspetto fisico, lingua, etnia, religione, grado di istruzione o condizione sociale, nazionalità, opinione politica, sindacale, tipologia contrattuale nonché a modalità organizzative flessibili della prestazione lavorativa.</p> <p><b>Contrastare</b> le discriminazioni per: genere, orientamento sessuale, razza, lingua e religione.</p> <p><b>Prevenire e verificare</b> che all'interno dell'organizzazione lavorativa non si verifichino trattamenti ingiustificati di discriminazioni nei confronti di un individuo o di un gruppo</p> <p><b>CONTRASTO ALLA VIOLENZA SUL POSTO DI LAVORO</b></p> <p><b>Contrastare la violenza</b> affinché non si verifichino episodi o contesti di violenza lavoro-correlata, includendo sia quella fisica che quella psicologica e vedi pure abusi e/o minacce. Il CUG si impegna a porre in essere ogni azione necessaria ad evitare che si verifichino sul posto di lavoro situazioni conflittuali determinate, ad esempio: pressioni o molestie sessuali;</p> <p><b>CASI DI MOBBING atteggiamenti</b> miranti ad avvilire il dipendente, anche in forma velata ed indiretta;<br/><b>atti vessatori</b> correlati alla sfera privata del lavoratore o della lavoratrice sotto forma di discriminazioni.</p> <p><b>NB - Sperimentazione</b> di strumenti di conciliazione e di</p> | <p>3.1- Studio di fattibilità ai fini della redazione del Documento del Bilancio di Genere</p> <p>3.2 - Valorizzazione delle competenze all'interno dell'Azienda in tutti gli ambiti.</p> <p>3.3 - Promuovere l'adozione di buone prassi nella gestione delle risorse umane, al fine di contrastare gli stereotipi di genere e competenze.</p> <p>3.4 – Diffondere modelli culturali improntati alla promozione delle pari opportunità.</p> | <p><b>Redazione</b> e adozione di un Codice etico e/o di condotta aziendale che aggiorni anche gli attuali Codici in essere contro le molestie sessuali e il mobbing.</p> <p><b>effettuazione</b> di indagini specifiche attraverso questionari e/o interviste al personale dipendente.;</p> <p><b>pubblicizzazione</b> ulteriore tra i dipendenti dell'esistenza del Comitato Unico di Garanzia al quale il personale dipendente potrà rivolgersi per ogni segnalazione relativa a casi di <i>mobbing</i>, molestie o discriminazioni in genere e attivazione dello stesso.</p> <p><b>campagna informativa</b> per i dipendenti contro la violenza di genere, eventualmente in collaborazione con Enti che perseguono identica <i>mission</i>.</p> <p><b>effettuazione</b> di indagini specifiche attraverso questionari e/o interviste al personale dipendente;</p> <p><b>pubblicizzazione</b> tra i dipendenti dell'esistenza del Comitato Unico di Garanzia al quale il personale dipendente potrà rivolgersi per ogni segnalazione relativa a casi di <i>mobbing</i>, molestie o discriminazioni in genere e attivazione dello stesso</p> | <p>20232024<br/>2025</p> | <p>3.1<br/>CUG<br/>AGRU<br/>DSA<br/>PROGR</p> <p>3.2<br/>CUG<br/>AGRU</p> <p>3.3<br/>CUG<br/>AGRU</p> <p>3.4<br/>CUG<br/>AGRU<br/>DSA<br/>URP<br/>UPD<br/>US</p> | <p>realizzazione studio fattibilità</p> <p>realizzazione da parte di ogni Servizio/area con cadenza almeno biennale di almeno n.1 iniziative seminariale su temi specifici connessi alle attività di competenze destinata a tutto il personale</p> <p>3.3 - adozione di almeno n.1 buona prassi all'anno</p> <p>3.4 - predisposizione e diffusione di almeno n.1 nota all'anno sul tema</p> | <p>eseguito/non eseguito</p> |
|--|---|--|--------------------------|--|---|------------------------------|

|   |   |  |                  |   |   |                       |
|---|---|--|------------------|---|---|-----------------------|
| gestione dei conflitti e di mediazione come previsto da specifici codici contro le molestie sessuali, e/o Codice etico e/o di condotta  |   |  |                  |   |   |                       |
| <p>4. <b>PARI OPPORTUNITÀ E VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE</b></p> <p><b>Analisi</b> di fonti informative aziendali disponibili in un'ottica di genere e supporto a gruppi di lavoro se costituiti.</p> <p><b>Previsione</b> nel Piano performance dell'ASL FG di obiettivi correlati alle aree tematiche di pari opportunità e benessere organizzativo.</p> <p><b>Diffusione</b> di un linguaggio non discriminatorio nei documenti di lavoro</p>  | Implementazione di iniziative e programmi per il miglioramento delle condizioni di benessere lavorativo dell'Azienda  | <p><b>BILANCIO DI GENERE</b></p> <p>Da attenzionare la riclassificazione del bilancio di genere secondo criteri che permettano di riaggregare le voci di bilancio in tematiche di rilevanza di genere.</p> <p>- Aree direttamente inerenti il genere (attività e risorse rivolte alle pari opportunità).</p> <p>- Aree indirettamente inerenti il genere (attività destinate ad avere un impatto sulle differenze di genere).</p> <p><b>ANALISI DEI DATI DEL PERSONALE</b></p> <p><b>Analisi</b> dell'attuale situazione del personale dipendente in servizio a tempo indeterminato differenziato per generi, ruoli, qualifiche etc.</p> <p><b>NB:- Predisporre</b> il "Bilancio di genere" come strumento di misurazione della performance ;</p> <p><b>Predisporre</b> documenti informativi che sensibilizzino il personale alla adozione di un linguaggio rispettoso delle differenze di genere, attraverso la condivisione e l'applicazione delle linee guida atte a rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche"</p> | 20232024<br>2025 | CUG,<br>DSA<br>AGRU<br>CDG                                  | predisposizione e calendarizzazione di un tematico programma annuale entro i primi mesi dell'anno   | eseguito/non eseguito |
| <p>5. <b>BENESSERE ORGANIZZATIVO E VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE</b></p> <p><b>Servizio di ascolto</b> rivolto a tutti i lavoratori delle sedi centrali e periferiche per la prevenzione del disagio lavorativo, mettendo a disposizione ogni risorsa necessaria per le attività dello "Sportello di ascolto"</p> <p><b>Indagine di clima</b> per acquisire ogni utile informazione sullo stato di salute dell'organizzazione, al fine di individuare possibili soluzioni per la rimozione delle criticità emerse.</p> <p><b>Finalità:</b> Promuovere il benessere organizzativo dei lavoratori. E attivare azioni di promozione e verifica.</p> | <p><b>Coinvolgimento del CUG</b> in tutti i processi di competenza o che comunque riguardano il benessere del personale, riconoscendo in tal modo il ruolo e la funzione del Comitato, come richiesto dalla normativa, quale valore aggiunto per l'amministrazione ed il personale</p> <p><b>Organizzazione</b> di iniziative per accrescere il senso di appartenenza e il miglioramento delle condizioni di benessere lavorativo nell'Ispektorato. (la fidelizzazione del personale)</p> | <p><b>Revisione</b> del sistema di valutazione, del sistema premiante, dei bandi di concorso e del regolamento della mobilità per verificare che non siano presenti elementi fonte di discriminazioni dirette o indirette</p> <p><b>accrescimento</b> del ruolo e delle competenze delle persone che lavorano nell'ASL FG relativamente al benessere proprio e dei colleghi;</p> <p><b>monitoraggio</b> organizzativo sullo stato di benessere collettivo individuale e analisi specifiche delle criticità nel processo di ascolto organizzativo del malessere lavorativo nell'Azienda;</p> <p><b>formazione</b> di base sui vari profili del benessere organizzativo ed individuale;</p> <p><b>prevenzione</b> dello stress da lavoro correlato ed individuazione di azioni di miglioramento</p> <p><b>somministrazione</b> di un questionario a tutti i dipendenti</p> <p><b>analisi degli esiti</b> dell'indagine e predisposizione delle proposte di miglioramento al fine di superare le criticità emerse.</p>  | 20232024<br>2025 | CUG,<br>URP<br>DSA<br>AGRU<br>DPREV<br>CDG<br>FORM<br>STAEP | definizione processi che richiedono il coinvolgimento del CUG delle relative modalità di coinvolgimento (ad es. informativa, richiesta parere, richiesta contributo attivo, ecc.) | eseguito/non eseguito |
| <p>6. <b>CONCILIAZIONE tempi di vita/lavoro</b></p> <p><b>Potenziare le capacità</b> dei lavoratori e delle lavoratrici mediante l'utilizzo di tempi più flessibili.</p>  | Attuazione di strumenti e modelli organizzativi che favoriscano una effettiva conciliazione di tempi di vita privata e tempi di lavoro, con particolare attenzione al lavoro agile  | <p><b>Attivazione BABY PARKING</b></p> <p>Per garantire la continuità del servizio, coordinando tra l'altro, gli orari del B.P. con le esigenze lavorative dell'utenza, riducendo, così, i possibili disagi per i genitori lavoratori</p> <p><b>Misure per favorire l'inclusione</b> del personale con disabilità</p>  | 20232024<br>2025 | CUG,<br>DSA<br>AGRU<br>SIA<br>STAEP                         | formulazione parere CUG   | eseguito/non eseguito |

|   |  |   |  |  |   |
|---|--|---|--|--|---|
| <p><b>Realizzare economie</b> di gestione attraverso la valorizzazione e l'ottimizzazione dei tempi di lavoro.</p> <p><b>Prevedere articolazioni</b> orarie diverse e temporanee legate a particolari esigenze familiari e personali.</p> <p><b>Prevedere agevolazioni</b> per l'utilizzo al meglio delle ferie e dei permessi a favore delle persone che rientrano in servizio dopo una maternità, e/o dopo assenze prolungate per congedo parentale, anche per poter permettere rientri anticipati.</p> <p><b>Favorire</b> il reinserimento lavorativo del personale che rientra dal congedo per maternità/paternità o da assenza prolungata mantenendo i contatti durante i periodi di assenza dal lavoro (su richiesta della/del dipendente).</p> <p><b>Sviluppare</b> procedure informatiche funzionali alla gestione delle istanze di accesso da parte delle/i dipendenti</p> <p><b>Adattare</b> le strategie e gli strumenti di comunicazione alle esigenze dell'attività lavorativa in modalità agile</p> |  | <p>Da attivare.</p> <p><b>Predisposizione</b> di un regolamento su permessi e congedi per lavoratori disabili /invalidi e lavoratori che assistono familiari con disabilità, da distribuire/comunicare ai dipendenti.</p> <p><b>Creazione</b> di progetti per coinvolgere i lavoratori esperti e con anzianità di servizio per agevolare e favorire il passaggio di consegna del patrimonio di conoscenze acquisite nel tempo.</p> <p><b>Adozione/Revisione</b> del regolamento attuativo che disciplina le nuove modalità spazio temporali di svolgimento della prestazione lavorativa (lavoro agile o smart working) così come auspicato dalle normative vigenti in materia di lavoro agile</p> <p><b>Monitoraggio dell'utilizzo</b> di ulteriori strumenti di flessibilità (parttime\coworking\telelavoro\lavoro agile.</p> <p>NB:<i>predisporre interventi formativi e materiale divulgativo per sviluppare la conoscenza delle potenzialità delle piattaforme informatiche (webinar, call, gruppi di Teams, ecc.) e di canali interattivi di pertinenza come punto di riferimento per la condivisione di obiettivi e azioni.</i></p> |  |  | <p><b>NB: L'Ufficio Personale</b> raccoglierà le informazioni e la normativa riferita ai permessi relativi all'orario di lavoro per favorirne la conoscenza e la fruizione da parte di tutti i dipendenti e provvederà a pubblicare le risultanze sul sito istituzionale dell'ASL FG.</p> |
|---|--|---|--|--|---|

Il Piano sarà pubblicato sul Portale web dell'ASL FG, in modo da essere accessibile a dipendenti e esterni, visibili saranno approfondimenti su ruolo e funzioni, progetti e attività in tema di pari opportunità e benessere organizzativo, formazione, corsi e convegni, in linea con quanto enunciato. Nel periodo di vigenza sarà effettuato il monitoraggio dell'efficacia delle azioni adottate con gli indicatori di pertinenza.

Lo scopo è infatti quello di rendere il presente documento uno strumento dinamico e pienamente efficace nel raggiungimento degli obiettivi previsti.

### **SOGGETTI E UFFICI COINVOLTI**

Le Strutture generali impegnate e/o coinvolte nella realizzazione delle azioni positive sono individuate di volta in volta secondo la materia di riferimento.

### **STRUMENTI E VERIFICHE**

L'Amministrazione verificherà l'attuazione delle azioni sopra indicate in collaborazione con il CUG e proporrà misure idonee a garantire il rispetto dei principi fissati dalla legislazione vigente.

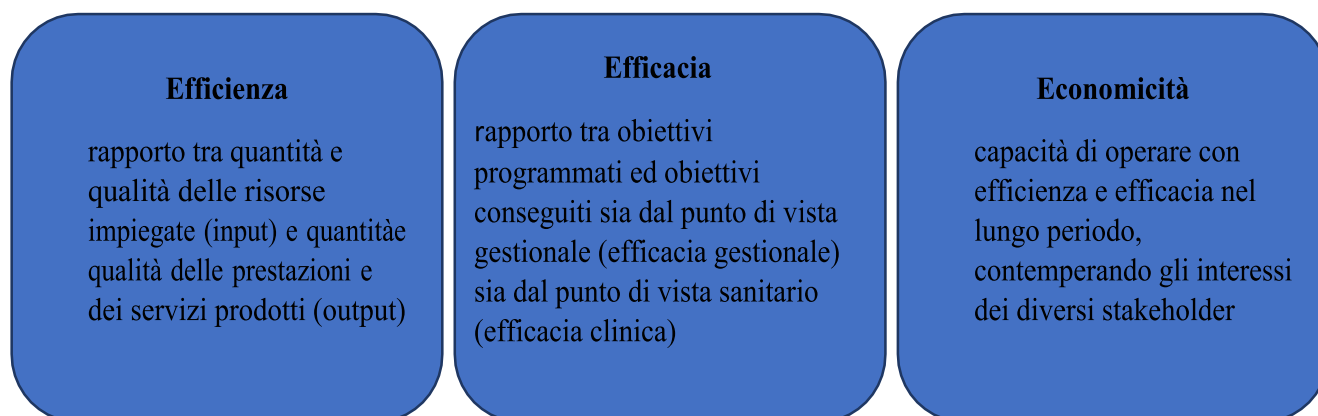
Durante il triennio di fattibilità del piano, il CUG accetterà consigli, osservazioni e suggerimenti da parte del personale dipendente, delle organizzazioni sindacali e dell'Azienda, per potenziare l'efficacia del PTAPos.

## 2.2 Performance

In questa sottosezione di programmazione rappresenteremo il piano strategico aziendale che vuol essere il principale documento di programmazione dell'Azienda attraverso il quale, nel rispetto della mission aziendale, si delinea la visione strategica per il triennio 2023-2025.

La *performance* costituisce uno strumento essenziale per il miglioramento dei servizi pubblici e svolge un ruolo fondamentale nella definizione e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi dell'amministrazione in relazione a specifiche esigenze della collettività, consentendo una migliore capacità di decisione da parte della Direzione strategica in ordine all'allocazione delle risorse, con riduzione di sprechi e inefficienze.

La *performance* può essere considerata una sintesi delle cosiddette 3 "E", ovvero dei seguenti fattori



L'Albero della Performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, *mission*, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Evidenzia come gli obiettivi si conciliano, ai vari livelli, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla mission aziendale.

Le prospettive considerate per la definizione del modello di valutazione multidimensionale della performance della ASL Foggia segue l'approccio descritto nel Sistema di Misurazione della Performance Balanced Scorecard (BSC) in base al quale le attività aziendali vengono valutate bilanciando misure interne ed esterne sulla base delle seguenti 4 prospettive:

1. la **prospettiva economico-finanziaria**: gli obiettivi sono quelli economico-finanziari, misurati con i tradizionali indicatori di redditività: quando possibile i costi sono rapportati alla produzione al fine della ottimizzazione delle risorse;
2. la **prospettiva del paziente/utente**: l'obiettivo è il 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 espressi;

3. la **prospettiva dei processi interni all'azienda**: l'obiettivo è l'ottimizzazione dei processi già in essere e l'identificazione di quei nuovi processi attraverso i quali l'Azienda possa raggiungere l'eccellenza. Tale miglioramento si ottiene partendo da una rigorosa misurazione della produzione e dal benchmarking;

4. la **prospettiva di innovazione e della qualità**: l'obiettivo è lo sviluppo dell'organizzazione, la crescita globale dell'azienda e degli operatori, l'affinamento delle tecniche di misurazione della qualità, l'individuazione e la valorizzazione delle eccellenze.

L'albero della Performance fornisce una rappresentazione completa e integrata della performance dell'Azienda.

Il processo attraverso il quale è stato realizzato l'albero della performance, si è articolato nelle seguenti fasi:

a) individuazione delle aree di bisogno e di domanda di servizio attraverso l'analisi di:

- obiettivi assegnati derivanti da documenti di programmazione nazionale, regionale ed aziendale;
- dati relativi ai reclami
- flussi di produzione

b) individuazione delle azioni e dei responsabili per raggiungere gli obiettivi prefissati e degli indicatori per monitorare il raggiungimento degli stessi.

Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici della Direzione derivano da diversi livelli di programmazione le cui fonti sono descritte di seguito:

- Le indicazioni regionali ricevute, in particolare obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale e prioritari di funzionamento dei servizi, di salute e trasparenza, integrate con le esigenze prettamente strategiche aziendali, correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, vengono tradotte in obiettivi strategici e operativi, assegnati ai vari Centri di Responsabilità e ai Dirigenti e declinati in "Piani Operativi" con indicazione anche della équipe coinvolta nelle attività finalizzate al loro raggiungimento.
- Programmazione nazionale (DM 70/2015 e DM 77);
- DGR n. 129/2018 avente ad oggetto "Programma Operativo 2016/2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018";
- DGR n. 684/2022 con la quale sono stati individuati ed assegnati alle Aziende Sanitarie ed Aziende Ospedaliere-Universitarie del SSR i nuovi obiettivi annuali economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per il triennio 2020-2022;
- Piano Nazionale Esiti (PNE);
- Provvedimenti di programmazione regionale adottati nel periodo di durata contrattuale del Direttore Generale, con carattere integrativo ed implementativo degli obiettivi assegnati.

A questi, si aggiungono gli orientamenti strategici della Direzione finalizzati ad offrire nel loro complesso innovazione nelle modalità di interazione con la collettività e nella presa in carico di cittadini e dei loro bisogni.

Per quanto riguarda gli obiettivi assegnati al Direttore Generale, nel quadro della complessiva programmazione regionale sono stati individuati una serie di obiettivi prioritari, che si possono distinguere in obiettivi di funzionamento dei servizi, di salute e di trasparenza.



Gli obiettivi di funzionamento dei servizi riguardano:

- a. l'attuazione di interventi connessi alla ottimizzazione/riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera e della rete territoriale;
- b. le risorse umane;
- c. la spesa farmaceutica;
- d. la spesa per acquisizione di beni e servizi e prodotti farmaceutici
- e. i tempi medi di pagamento;
- f. i flussi informativi;
- g. la sanità digitale - ICT;
- h. il rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi;
- j. gli investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie.

Gli obiettivi di salute concernono:

- a. i PDTA;
- b. i controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie;
- c. la mobilità sanitaria;
- d. il contenimento delle liste di attesa;
- e. la realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione;
- f. la campagna vaccinale COVID e la sorveglianza clinico-epidemiologica
- g. l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;
- h. la sanità veterinaria e sicurezza alimentare;
- i. il mantenimento dell'erogazione LEA.

Gli obiettivi di trasparenza attengono:

- a) alla pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, del bilancio;
- b) pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, di tutti gli atti previsti per legge.

Gli obiettivi di performance organizzativa.

La performance organizzativa è l'elemento centrale perché deve avere come riferimento ultimo gli impatti indotti sugli utenti al fine di creare valore pubblico, ovvero di migliorare il livello di benessere sociale degli utenti e degli stakeholder.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono connessi alle linee strategiche declinate dalla tecnostruttura. Essi rappresentano una sintesi per il miglioramento dell'ordinaria attività e per il supporto alle azioni strategiche. Rappresentano, quindi, anche degli indicatori di posizionamento per verificare la sostenibilità delle politiche aziendali. Pertanto, gli obiettivi organizzativi rappresentano il legame tra l'asse strategico del governo aziendale e l'asse operativo della tecnostruttura organizzativa, effettuando una sintesi tra pianificazione e programmazione e attività/azioni delle singole strutture, tramite la declinazione, a ciascuna delle UU.OO., di tutto il sistema degli obiettivi, mediante un processo che a cascata consente di condividere le responsabilità e i risultati.

L'albero della performance nasce dallo schema sotto riportato di obiettivi che la Direzione Generale ha considerato strategici per l'anno 2023.

| <b>Num. Obiett.</b> | <b>Obiettivo</b>   | <b>Prospettiva</b>           | <b>Dimensione</b>                           |
|---------------------|--|------------------------------|---|
| 1                   | Riorganizzazione rete ospedaliera  | Processi interni all'azienda | Capacità di governo della domanda sanitaria |
| 2                   | Riorganizzazione rete emergenza-urgenza  | Processi interni all'azienda | Capacità di governo della domanda sanitaria |
| 3                   | Riorganizzazione percorso nascita  | Processi interni all'azienda | Capacità di governo della domanda sanitaria |
| 4                   | Miglioramento appropriatezza chirurgica  | Processi interni all'azienda | Appropriatezza e qualità                    |
| 5                   | Miglioramento appropriatezza medica  | Processi interni all'azienda | Appropriatezza e qualità                    |
| 6                   | Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile  | Processi interni all'azienda | Appropriatezza e qualità                    |
| 7                   | Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza  | Processi interni all'azienda | Appropriatezza e qualità                    |
| 8                   | Miglioramento qualità di processo  | Processi interni all'azienda | Appropriatezza e qualità                    |
| 9                   | Miglioramento qualità percepita  | Innovazione e qualità        | Appropriatezza e qualità                    |
| 10                  | Pianificazione e programmazione Case di Comunità   | Innovazione e qualità        | Appropriatezza e qualità                    |
| 11                  | Potenziamento assistenza domiciliare   | Processi interni all'azienda | Appropriatezza e qualità                    |
| 12                  | Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale  | Innovazione e qualità        | Appropriatezza e qualità                    |
| 13                  | Potenziamento dell'offerta nell'ambito della salute mentale  | Paziente/Utente              | Assistenza sanitaria territoriale           |
| 14                  | Attuazione Piano Regionale della Prevenzione   | Paziente/Utente              | Prevenzione                                 |
| 15                  | Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)  | Paziente/Utente              | Prevenzione                                 |
| 16                  | Potenziamento copertura vaccinale  | Paziente/Utente              | Prevenzione                                 |
| 17                  | Potenziamento del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici Ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali, Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta al fine del contenimento della spesa farmaceutica | Processi interni all'azienda | Assistenza farmaceutica                     |
| 18                  | Pieno utilizzo della piattaforma Edotto per la redazione dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali   | Processi interni all'azienda | Assistenza farmaceutica                     |
| 19                  | Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale  | Processi interni all'azienda | Assistenza farmaceutica                     |
| 20                  | Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA   | Processi interni all'azienda | Assistenza farmaceutica                     |
| 21                  | Implementazione del Piano triennale 2019-2021 di Sanità Digitale della Regione Puglia  | Innovazione e qualità        | Sanità digitale                             |
| 22                  | Implementazione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico  | Innovazione e qualità        | Sanità digitale                             |

|           |   |                       |  |
|-----------|---|-----------------------|--|
| <b>23</b> | Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute  | Innovazione e qualità | Sanità digitale                                      |
| <b>24</b> | Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata   | Innovazione e qualità | Sanità digitale                                      |
| <b>25</b> | Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi  | Innovazione e qualità | Sanità digitale                                      |
| <b>26</b> | Riduzione dei Tempi di Pagamento dei fornitori  | Economico-finanziaria | Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa |
| <b>27</b> | Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate   | Economico-finanziaria | Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa |
| <b>28</b> | Deflazionamento del Contenzioso   | Economico-finanziaria | Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa |
| <b>29</b> | Revisione sistematica delle procedure amministrative ( <i>governance aziendale</i> ) con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza | Economico-finanziaria | Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa |
| <b>30</b> | Realizzazione del Piano degli Investimenti e aggiornamento delle gare   | Economico-finanziaria | Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa |
| <b>31</b> | Pianificazione dei fabbisogni di personale ai sensi del D.lgs. n.165/2001 e ss.mm.ii  | Economico-finanziaria | Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa |
| <b>32</b> | Potenziamento del sistema relativo alla sicurezza sul lavoro  | Economico-finanziaria | Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa |
| <b>33</b> | Utilizzo Finanziamenti PNRR o di altra provenienza  | Economico-finanziaria | Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa |

Per la valutazione del grado di raggiungimento degli elencati obiettivi strategici si utilizzano numerosi indicatori con relativo target.

Pertanto, sulla base delle specificità che caratterizzano la ASL di Foggia, del grado di maturità del proprio sistema di performance, dei dati emersi dall'analisi del contesto esterno e interno, sono individuati gli obiettivi specifici che questa Azienda intende perseguire nel triennio 2023-2025 con i risultati attesi espressi con un set di indicatori e relativi target, nonché gli obiettivi per l'anno 2023 e, quindi, di performance organizzativa, con i risultati attesi, espressi sempre attraverso opportuni set di indicatori e relativi target.

Il passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi è realizzato tramite la contrattazione degli obiettivi operativi di budget descritta dettagliatamente nel Regolamento di Budget operativo adottato con Delibera del Direttore Generale n. 580 del 17 aprile 2018.

Gli obiettivi di budget, coerenti con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale e con gli obiettivi regionali annuali, sono frutto di una contrattazione tra la Direzione Generale, sulla base dell'istruttoria svolta dal Controllo di Gestione dai vari componenti del Comitato di Budget, ed i Direttori delle Direzioni Ospedaliere, Direttori dei Dipartimenti Territoriali, Direttori dei Distretti, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Strutture di Staff.

Il conseguimento degli obiettivi, misurato con un criterio di proporzionalità, costituisce condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa aziendale, nel

rispetto dei principi stabiliti nel D. Lgs. n.150/2009, nel D. Lgs. n.74/2017, nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della dirigenza e del comparto e nella regolamentazione aziendale di cui al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Il budget operativo trova rappresentazione nella scheda di budget per centro di responsabilità aziendale (Dipartimento, Struttura Complessa, Distretto, Area di Gestione e Struttura Complessa e Semplice di Staff).

La scheda di budget è costituita dai seguenti elementi:

- descrizione sintetica dell'obiettivo
- dimensione quantitativa e/o qualitativa alla quale ciascun obiettivo è collegato
- peso di ogni singolo obiettivo
- individuazione del relativo indicatore
- target da raggiungere

Gli obiettivi individuati rispondono ai requisiti richiesti dall'art. 5 del D. lgs 150/2009:

- coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte strategiche dell'Azienda e della Regione;
- misurabili, pertinenti e chiaramente descritti;
- rapportati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili;
- tali da determinare un miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- comparabili, quando possibile, con i risultati raggiunti nei periodi precedenti e commisurati a valori standard definiti a livello regionale o a valutazioni ottenute tramite la comparazione con strutture aziendali che svolgono attività omologhe.

Il processo di *budgeting* si avvale, per la sua realizzazione operativa, del sistema informativo aziendale e dei suoi sottoinsiemi costituiti, in particolare, da contabilità generale, sistema di gestione dei magazzini, sistemi di gestione del personale e flussi informativi regionali e nazionali.

Il percorso di budget operativo si sviluppa nelle seguenti fasi:

- Definizione del Regolamento del budget operativo: il Regolamento di budget elaborato dal Comitato di Budget, su mandato della Direzione Generale, è stato adottato con atto deliberativo n. 580/2018;
- Apertura fase di negoziazione: la fase di negoziazione ha inizio con incontri tra il Controllo di Gestione e i componenti del Comitato di Budget, delegati dal Direttore Generale, e Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori di Distretto, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle UU.OO. di Staff. Durante tali incontri vengono presentate di budget operativo sulla base degli indirizzi strategici aziendali, degli obiettivi di mandato e di quelli annuali assegnati dalla Regione, con l'invito ad integrarla eventualmente con obiettivi specifici.
- Fase istruttoria: questa fase si sviluppa inizialmente all'interno di ciascuna Macrostruttura, a cura del Direttore/Dirigente Responsabile, con la finalità di:
  - illustrare ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative afferenti la proposta della Direzione Generale promuovendo il dibattito e la partecipazione attiva;
  - individuare per ciascuna Unità Operativa, d'intesa con i relativi Responsabili, gli eventuali obiettivi integrativi. Tali obiettivi integrativi devono essere in linea con le prospettive

precedentemente indicate e coerenti con gli obiettivi regionali assegnati al Direttore Generale e comunque rientranti nella sostenibilità economica e tecnica dell'Azienda.

- I Direttori di Macrostruttura completano le schede di budget con le eventuali proposte di integrazioni scaturite dal confronto e le trasmettono al Controllo di Gestione e al Comitato di Budget.
- Successivamente il Controllo di Gestione e il Comitato di Budget effettua l'analisi delle proposte di budget operativo evidenziandone le eventuali incongruenze con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica.
- Conclusione della negoziazione e formalizzazione delle schede di budget: la Direzione Generale valuta le proposte di budget operativo pervenute dalle Macrostrutture, ed in particolare le eventuali integrazioni introdotte, sulla base dell'istruttoria predisposta dal Controllo di Gestione. La negoziazione si conclude con l'intesa tra il Direttore Generale e i Direttori/Dirigenti Responsabili di Macrostruttura.
- Formalizzazione del budget operativo delle Strutture: il Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura formalizza le schede di budget alle Strutture afferenti.
- Comunicazione interna della negoziazione dei budget operativi: i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Strutture hanno il compito di:
  - informare i collaboratori assegnati alla Struttura dell'esito della negoziazione
  - documentare l'avvenuta comunicazione tramite l'invio di verbale di discussione degli obiettivi al Controllo di Gestione
  - predisporre il relativo Piano Operativo, che illustra, ripartisce ed assegna gli obiettivi di lavoro a tutto il personale della Unità Operativa, sia della dirigenza che del comparto. Tale documento, atto dirigenziale di programmazione annuale, è sottoscritto dal Direttore/Dirigente Responsabile e da tutto il personale assegnato alla struttura ed inviato al Controllo di Gestione.

La scansione temporale per la negoziazione del budget operativo e la rendicontazione di fine anno del raggiungimento degli obiettivi è quella descritta nel citato Regolamento che prevede, tra l'altro, che i Direttori dei DSS, i Direttori di Area, i Direttori Amministrativi dei Presidi Ospedalieri, i Direttori/Responsabili delle Strutture di Staff trasmettano al Controllo di Gestione una relazione sul raggiungimento di ogni singolo obiettivo assegnato con osservazioni in merito all'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi. Il CdG, sulla base delle suddette relazioni e delle verifiche sui dati disponibili, istruisce e predispone gli atti da trasmettere all'O.I.V. per la valutazione di competenza. L'O.I.V. effettua la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Strutture dell'Azienda e la trasmette al Direttore Generale.

Così come previsto dall'art.5, c.1, e dall'art.10, c,1 del D.Lgs.n.150/2009, la pianificazione del ciclo della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Un sistema di obiettivi, infatti, risulta sostenibile solo se è garantita la congruità tra le attività da portare a termine e le risorse effettivamente disponibili.

L'integrazione tra la definizione degli obiettivi generali ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio viene assicurata sia dalla coerenza dei contenuti sia dalla coerenza temporale con la quale vengono adottati i relativi atti.

Tale integrazione si riflette anche nella reportistica predisposta per il monitoraggio degli indicatori utilizzati per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi. La metodologia utilizzata per la determinazione dei report si basa, infatti, sia sui dati forniti dai sistemi informativi economico-

finanziari sia sui dati provenienti sistemi informativi destinati alla rilevazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle diverse unità operative, consentendo, perciò, un'adeguata valutazione tra grado di raggiungimento dell'obiettivo e risorse impiegate.

#### Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1, e dall'art. 10, comma 1, lett. a), del D. Lgs. 150/2009, come ribadito dalla delibera n. 6 del 17/01/2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.), la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve realizzarsi in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio di previsione. Integrazione deve avvenire in termini di coerenza fra i contenuti dei tre processi che hanno finalità diversa.

Tali previsioni sono fondamentali, in quanto un sistema di obiettivi è concretamente sostenibile solo se è assicurata la coerenza tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da mettere in atto per conseguire gli obiettivi fissati. Nella realtà, il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio di previsione avviene mediante:

- un coordinato e consequenziale percorso annuale con cui si svolgono i due processi;
- una partecipazione diffusa di tutti gli attori coinvolti nei due processi;
- l'integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a sostegno dei due processi.

Quindi, tutti gli obiettivi indicati nel piano della performance sono raccordati con gli strumenti di programmazione economico-finanziaria 2022-2024 e sono addirittura coincidenti negli aspetti macro, con il documento di sintesi della relazione del Direttore Generale, per la declinazione delle maggiori azioni da svolgere nell'ambito gestionale. Tale documento è stato redatto dai soggetti responsabili della programmazione delle attività.

#### Coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla trasparenza, all'integrità e all'anticorruzione

L'Azienda, in sede di approvazione del Piano della Performance e anche alla luce di quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione 8, ha inteso nel corso degli anni coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla trasparenza, all'integrità e al contrasto della corruzione - che oggi confluiscono nel presente PIAO - al fine di stabilire opportuni collegamenti con il ciclo della performance. Particolare attenzione, quindi, è stata posta alla coerenza tra il PTPC e il Piano della performance, sia perché le politiche sulla performance concorrono alla creazione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, sia perché le misure di prevenzione della corruzione devono trovare riscontro negli obiettivi organizzativi e individuali assegnati. Di conseguenza, la prevenzione ed il contrasto della corruzione, di cui alla L. 190/2012 e s.m.i., e la promozione della trasparenza e dell'integrità, di cui al D. Lgs. 33/2013, costituiscono obiettivi strategici dell'Azienda che annualmente individua specifici obiettivi e indicatori inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza da contemplare nel Piano della performance, quale strumento di governo e responsabilizzazione dirigenziale. Le azioni di verifica della performance aziendale e individuale sono state programmate anche per il 2022 in riferimento sia agli obblighi di pubblicazione, sia riguardo all'aggiornamento sul sito aziendale delle informazioni relative alle UO



sanitarie, mediante la compilazione di apposito format predisposto dall’Azienda, in modo tale da coinvolgere tutti gli attori aziendali nell’ottica di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale. Esplicitando in maniera chiara gli obiettivi da perseguire, inoltre, si rende trasparente e verificabile l’intero processo, in quanto la trasparenza è funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, assicurando l’effettiva accountability dell’Azienda in termini di obiettivi e risultati dell’azione amministrativa, anche al fine di instaurare una più consapevole partecipazione della collettività e di migliorare la qualità dei servizi offerti.

## 2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

### Introduzione

La presente **sezione del P.I.A.O.** (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al d.l. 80/2021 e s.m.i.) è **dedicata ai “Rischi corruttivi e Trasparenza”** per il periodo **2023-2025** dell’ASL di Foggia, 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”.

Per l’elaborazione della presente sezione del P.I.A.O. sono stati considerati:

- gli **Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022** approvati dal Consiglio dell’Autorità in data 2 febbraio 2022;
- **Piano Nazionale Anticorruzione 2022** (PNA) approvato dal Consiglio dell’ANAC il 16 novembre 2022 e in attesa del parere del comitato interministeriale e Conferenza Unificata Stato regioni Autonomie locali.

**La presente sezione del P.I.A.O.** comprende quanto segue:

- la valutazione di impatto del **contesto esterno**, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell’ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l’amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- la valutazione di impatto del **contesto interno**, che evidenzia se lo scopo dell’Istituto o la sua struttura organizzativa possano influenzare l’esposizione al rischio corruttivo;
- la **mappatura dei processi**, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività, espongono l’amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- l’identificazione e **valutazione dei rischi corruttivi**, in funzione della programmazione da parte delle amministrazioni delle misure previste dalla legge n.190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- la **progettazione di misure** organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l’adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell’azione amministrativa;
- il **monitoraggio** sull’idoneità e sull’attuazione delle misure;



- la **programmazione** dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

Per l'elaborazione della presente Sezione sono stati coinvolti tutti i Dirigenti dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse, Strutture Semplici e gli Uffici di Staff alla Direzione Generale, ai fini dell'aggiornamento della mappatura dei processi/rischi/misure (monitoraggi di I livello).

### **Obiettivi Strategici**

L'ASL di Foggia, in linea con il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2022, si propone di migliorare la gestione delle misure di prevenzione del rischio con particolare attenzione alle aree mappate con un livello di rischio medio-alto, migliorando altresì il sistema ricognitivo dei processi e delle misure applicate dai referenti del RPCT, attraverso l'introduzione di un software web di tipo collaborativo. La strategia complessiva anticorruptiva dell'ASL di Foggia può essere ricondotta a tre principali obiettivi:

- Ridurre le opportunità di porre in essere episodi corruttivi;
- Favorire l'emersione di casi di corruzione;
- Contribuire a creare un clima sfavorevole alla corruzione e una cultura della trasparenza e dell'integrità a livello generale.

### **Coordinamento con il Piano della Performance**

Il Piano Nazionale Anticorruzione stabilisce che "l'efficacia del PTPC dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'Amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione". In particolare, "risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il Ciclo della Performance, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani. **Il contenuto della presente Sezione è integrato con la Sezione delle Performance e con gli altri strumenti di programmazione annuale dell'ASL di Foggia**, così come richiesto dalla normativa vigente. Nella Performance si sottolinea infatti come la valutazione dei dirigenti tenga conto non solo degli obiettivi operativi assegnati in relazione all'attività propria della Struttura a cui sono preposti, ma anche degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione.

In particolare, tra gli obiettivi quali-quantitativi di equippe presenti nel Programma annuale delle attività per l'anno 2023, sono riportati anche i seguenti:

- **Monitoraggio periodico di primo livello** delle misure anticorruptive aziendali: Rendicontazione semestrale tramite piattaforma web centralizzata aziendale - n° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)
- **Trasmissione e pubblicazione atti di competenza** in Amministrazione Trasparente, nei modi e tempi previsti dall'allegato al Piano (allegato n.5 – Obblighi di pubblicazione e Responsabili della trasmissione)
- **Partecipazione ad eventi/corsi** in materia di prevenzione della corruzione, etica, legalità e codice di comportamento

### Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione

La seguente figura, ripresa dall'Allegato 1 del PNA 2019, descrive tutti gli attori coinvolti nei processi di governance dell'anticorruzione, i cui compiti e responsabilità sono stati indicati nel presente documento:

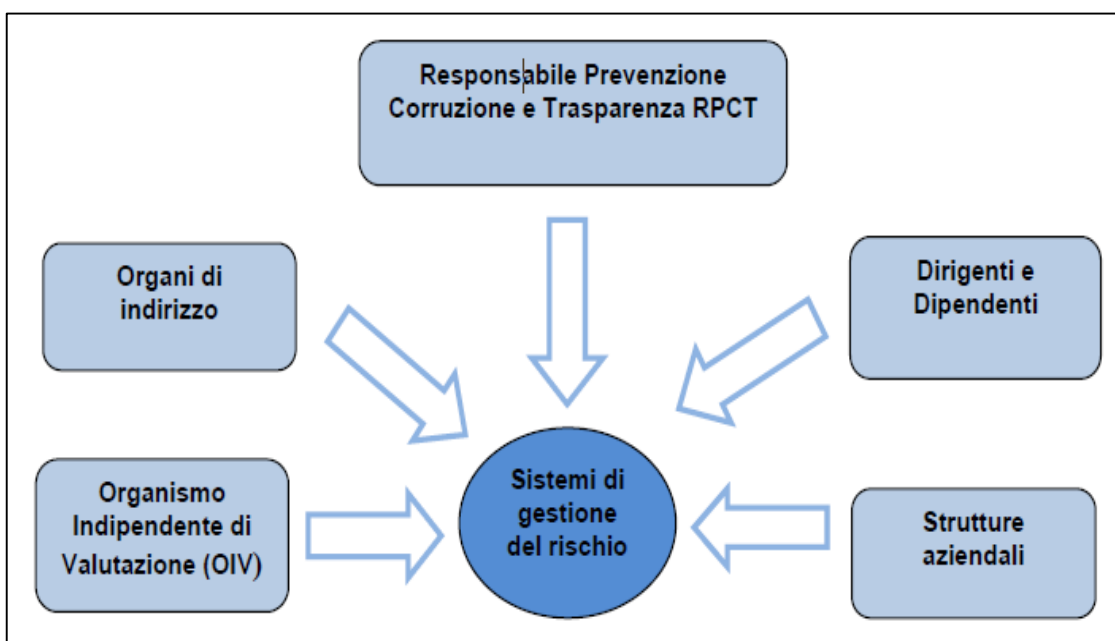


Figura 1 - Attori coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione

I principali soggetti che, in maniera tra loro coordinata, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'ASL di Foggia, sono indicati nella tabella che segue:

| Soggetto/Organo/Struttura            |
|--------------------------------------|
| Direttore generale                   |
| RPCT                                 |
| Ufficio di supporto al RPCT          |
| Network regionale degli RPCT         |
| Tutti i Dirigenti Referenti del RPCT |
| S.T.P.                               |
| SS Formazione                        |
| O.I.V.                               |
| Collegio Sindacale                   |
| U.P.D.                               |
| Dipendenti                           |
| Collaboratori                        |
| Gruppo di lavoro PIAO                |

### 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. L'ASL di Foggia, nella realizzazione delle attività istituzionali 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.

La ASL di Foggia opera, così come meglio illustrato nel cap. 1.2 "Il contesto nel quale operiamo", su un territorio caratterizzato da una forte frammentazione di comunità comunali (n.61 comuni) inserite in tre aree territoriali disomogenee che presentano, tra l'altro, forti punti di debolezza legati alla infrastrutturazione delle vie di comunicazione.

L'interazione dell'ASL di Foggia con molteplici soggetti, sia interni che esterni, aventi interessi specifici differenti consentono, assumendo una posizione preliminarmente garantista, di poter considerare come "**alto**" il **rischio corruttivo** in particolar modo per i seguenti attori:

- Responsabili Unici dei Procedimenti/Direttori dell'Esecuzione/Operatori economici
- Imprese esecutrici di lavori pubblici
- Consulenti e collaboratori
- Componenti delle Commissioni per bandi di gara e concorsi
- Componenti delle Commissioni di invalidità
- Aziende farmaceutiche e Sponsor
- Personale medico in ALPI
- Strutture private
- Associazioni

Un contesto esterno “difficile”, come quello della Provincia di Foggia, obbliga l’ASL di Foggia a **rafforzare le proprie misure di contrasto alla corruzione** e ai reati corruttivi in genere, soprattutto per evitare, in un contesto economico-sociale vulnerabile, che le ingenti risorse finanziarie e le misure di sostegno a favore delle imprese, in ragione anche del PNRR, siano intercettate e costituiscano un’ulteriore occasione per la criminalità organizzata locale. Inoltre, occorre anche attrezzarsi per evitare di collaborare, magari in modo ignaro, al riciclaggio, nell’economia legale, di proventi da attività illecite e quindi all’inquinamento dei rapporti economici e socio-politici.

### **Valutazione d’impatto del contesto interno**

L’ASL di Foggia, in linea con quanto previsto dalla vigente normativa, dà attuazione al principio di **separazione tra le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo**, proprie della Direzione Strategica, e le funzioni di gestione, attribuite alla Dirigenza. Attua, inoltre, le logiche gestionali della delega e della responsabilità diffusa attraverso la precisa e puntuale determinazione delle competenze e responsabilità della Direzione Strategica, dei Dirigenti e di tutti gli operatori coinvolti a vario titolo nei livelli operativi dell’organizzazione, in modo da responsabilizzare, valorizzare e coinvolgere tutte le risorse professionali disponibili.

Le funzioni e i compiti previsti ai vari livelli operativi sono oggetto di adeguata definizione attraverso atti di organizzazione (regolamenti interni di funzionamento), ove non espressamente normati dall’Atto Aziendale, che definiscono gli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico professionale, amministrativa e finanziaria del settore di competenza, compresa la facoltà di adottare atti di rilevanza esterna, quando l’incarico lo prevede.

Come precedentemente detto, **l’ASL di Foggia si articola in otto Distretti, tre Presidi Ospedalieri, Dipartimenti strutturali e Aree di gestione amministrativa**, in aderenza all’assetto strutturale sancito dai Piani di Riordino Ospedaliero, dalla Legislazione Regionale e Nazionale.

La Direzione Aziendale della ASL Foggia, ha adottato l’assetto organizzativo e strutturale dell’Asl Foggia”, e ha definito la nuova Struttura organizzativa che prevede:

- Assetto Strutturale di Base dell’Assistenza Ospedaliera con i tre Ospedali di San Severo, Cerignola e Manfredonia;
- Assetto Strutturale di Base dell’Assistenza Distrettuale con gli 8 Distretti Socio Sanitari di San Marco in Lamis, San Severo, Vico del Gargano, Manfredonia, Troia-Accadia, Lucera, Foggia e Cerignola;
- Coordinamento delle reti per le Patologie Croniche;
- Le Strutture di Staff con le Strutture complesse della Struttura Burocratico-Legale, del Controllo di Gestione e dell’Unità di Statistica ed Epidemiologia;
- Le Aree di Staff con le Strutture Complesse dell’Area Gestione delle Risorse Finanziarie, Area Gestione del Patrimonio, Area Gestione delle Risorse Umane, Area Gestione Tecnica e Coordinamento Socio Sanitario.

L'Organizzazione sanitaria si articola altresì nella seguente organizzazione dipartimentale aziendale della funzione ospedaliera e mista, ospedale-territorio (alcuni Dipartimenti non sono ancora costituiti):

- **Dipartimento Ospedale-Territorio di Diagnostica per Immagini e in vitro**
- **Dipartimento Ospedaliero Multidisciplinare Chirurgico**
- **Dipartimento Ospedaliero Multidisciplinare Internistico**
- **Dipartimento Matero-Infantile**
- **Dipartimento di Emergenza - Urgenza**
- **Dipartimento del Farmaco**
- **Dipartimento di Prevenzione**
- **Dipartimento di Salute Mentale**
- **Dipartimento delle Dipendenze Patologiche**
- **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa Ospedaliera e Territoriale**
- **Dipartimento Immuno-Trasfusionale**
- **Dipartimento Integrato di Oncologia - DIOnc**
- **Dipartimento dei servizi e aree amministrative**
- **Dipartimento delle Direzioni Mediche dei PP.OO.**

Il personale rappresenta un vero e proprio patrimonio per l'Azienda e pertanto la Direzione Strategica ha posto la massima attenzione sulle risorse umane per non trascurare gli aspetti legati allo sviluppo ed alla crescita professionale.

Il numero medio del personale dipendente in servizio presso l'ASL di Foggia, nel corso del 2022, è stato pari a n. 3.343 unità.

Nel corso dell'anno 2022, i referenti del RPCT sono stati chiamati a rendicontare lo stato di attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi, riesaminando il grado di rischio attraverso una metodologia "ibrida" ovvero di tipo quantitativa affiancata da un'analisi del rischio qualitativa (monitoraggio di I e II livello).

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

- **conflitto di interessi**
- **alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione**
- **violazione del codice appalti**
- **violazione del segreto d'ufficio**
- **pilotaggio di procedure istituzionali per favoritismi**
- **alterazione dei tempi di attesa**
- **elusione di regolamenti e norme per interessi personali**



L'analisi del **contesto interno**, caratterizzata da numerosità di personale, strutture e funzioni e competenze di varia complessità, fa emergere alcuni elementi che condizionano il sistema di prevenzione della corruzione aziendale, consentendo tuttavia di rilevare una **generalizzata attuazione delle misure di prevenzione**, per quanto riguarda le misure di carattere specifico, si prevede l'aggiornamento dei processi con l'individuazione di specifiche misure **ulteriori di mitigazione del rischio corruttivo**, attraverso il coinvolgimento di tutti i Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione e con l'ausilio di un software di tipo "collaborativo" già in uso. Le peculiari caratteristiche organizzative, la carenza di personale qualificato, i profili di criticità inerenti la distribuzione di ruoli e responsabilità, gli eventi corruttivi degli ultimi anni, impongono la previsione di stringenti misure di prevenzione della corruzione per garantire valore pubblico e integrità.

## **Mappatura dei processi**

Nell'osservanza del Piano Nazionale Anticorruzione, l'ASL di Foggia ha mappato i processi aziendali nonché individuato le "fasi" più frequentemente soggette al rischio corruttivo, prendendo come riferimento metodologico la norma ISO 31000 "Risk Management - Principles and Guidelines". Ai fini dell'individuazione di tutte le aree a rischio di fenomeni corruttivi si è proceduto alla ricognizione, con il supporto di tutti i referenti del RPCT, di macro-processi declinati poi in sotto-processi. La suddetta mappatura è fondata sul concetto di "rischio corruttivo" quale pericolosità di un evento calcolata con riferimento sia alla probabilità che questo si verifichi e sia alla correlata gravità delle relative conseguenze, prendendo in considerazione i "fattori abilitanti".

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

### **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.

Di seguito le Aree a rischio specifiche di ambito sanitario che espongono maggiormente l'ASL di Foggia a rischi corruttivi:

- 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.**

Nel corso dell'anno 2022 sono stati mappati ed analizzati 277 processi aziendali.

### **Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi**

La presente Sezione fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione degli uffici e unità operative (amministrative, professionali, tecniche e sanitarie) e indica gli interventi organizzativi e le misure volte a prevenire il medesimo rischio e definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare negli stessi, prevedendo la rotazione di dirigenti e funzionari.

Pertanto, si risponde specificatamente alle seguenti esigenze:

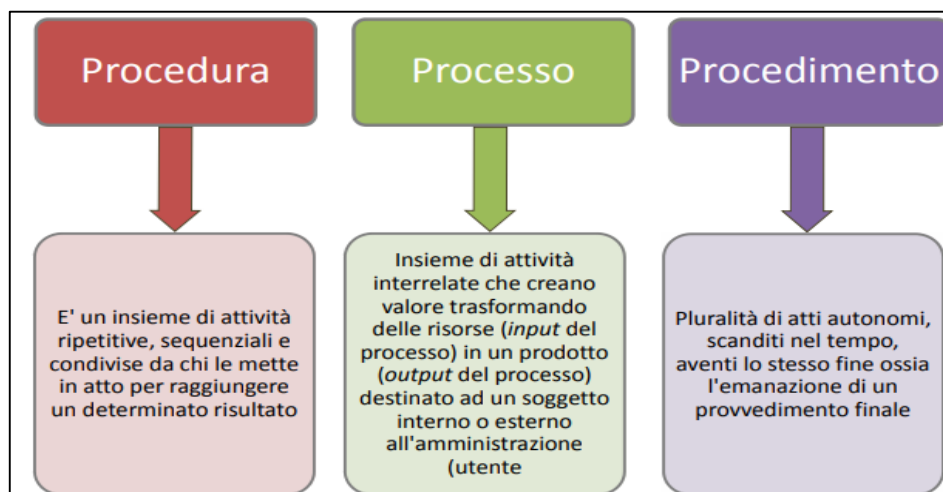
- a) **individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione**, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle proprie competenze;
- b) **prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;**
- c) **prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del RPCT**, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- d) **monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;**
- e) **monitorare i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti** che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- f) **individuare specifici obblighi di trasparenza** ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

L'analisi del rischio ha l'obiettivo di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività. Per la misurazione del livello del rischio sono state recepite le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019, **privilegiando un'analisi di tipo qualitativo** rispetto a una di tipo quantitativo.



Nel triennio 2023-2025 seguirà il perfezionamento della rilevazione delle fasi e delle attività dei processi sensibili nelle seguenti aree di rischio, distinguendo il processo dal procedimento e dalla procedura:

- Contratti pubblici
- Attività libero professionale
- Rapporti contrattuali con privati accreditati
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Acquisizione del Personale
- Vigilanza, controlli ed ispezioni
- Assistenza protesica
- Recupero/rimborso ticket – Gestione liste di attesa
- Utilizzo beni aziendali
- Farmaceutica
- Informazione scientifica in merito a farmaci e dispositivi medici
- Incarichi a soggetti esterni



L'ASL di Foggia ha adottato un sistema informatizzato centralizzato per il governo del sistema anticorrottivo, per assicurare una migliore qualità dei processi rilevati e garantire la tracciabilità ed il monitoraggio costante delle attività poste in essere dai Referenti del RPCT, in attuazione delle relative misure di prevenzione.

Il sistema informatizzato consente di aggregare le informazioni di rischio come segue:

- per area, consentendo di identificare le aree maggiormente a rischio ed intervenire prioritariamente su di esse;
- per rischio: permettendo di conoscere i rischi più diffusi ed operare trasversalmente sui medesimi;
- per Struttura organizzativa: per conoscere i punti di maggiore sensibilità organizzativa su cui porre particolare attenzione.

Dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo si è proceduto alla ponderazione, definendo, cioè, una graduatoria dei rischi, in base al livello di rischio più o meno elevato. La classifica del livello di rischio è stata poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi.

Per far ciò si precisa che i processi sono stati considerati più o meno a rischio secondo la tabella di valutazione di seguito riportata.

| <b>Livello di rischio</b> | <b>Classificazione e identificazione del rischio</b>  |
|---------------------------|---|
| <b>Basso</b>              | Rischio accettabile<br>Il rischio è sostanzialmente controllato; la pesatura ha evidenziato un adeguato livello di prevenzione e delle misure organizzativa già poste in essere.    |
| <b>Medio</b>              | Rischio intermedio<br>Il rischio è parzialmente non controllato.<br>Il sistema preventivo deve essere implementato. Fondamentale il controllo nel tempo dell'effettiva prevenzione. |
| <b>Alto</b>               | Rischio elevato<br>Il rischio è sostanzialmente non controllato.<br>L'ASL deve adottare misure ulteriori.   |

### **Progettazione misure organizzative per il trattamento del rischio**

L'ASL di Foggia ha inteso programmare le misure di mitigazione del rischio corruttivo, in linea con la determinazione ANAC n. 12/2015, ovvero con la distinzione tra:

- **misure generali**, che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione;
- **misure specifiche** che si incidono su problemi specifici individuati tramite il meccanismo di analisi del rischio corruzione.

La programmazione delle misure di prevenzione, tanto generali quanto specifiche, avviene nel rispetto dei principi declinati nella richiamata determinazione e dunque comporta la prospettazione di misure che devono essere:

- adeguatamente progettate, onde evitare la pianificazione di misure astratte, non realizzabili o estremamente gravose perché superflue;
- efficaci a neutralizzare il rischio;
- sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo;
- adattate alle specificità ed alle peculiarità dell'ASL di Foggia;
- verificabili in sede di monitoraggio infrannuale, così da accertare non solo il relativo stato di attuazione ma svolgere altresì una valutazione sull'efficacia delle misure.

Infine, va evidenziato come tra le correzioni di rotta prospettate dall'ANAC figura l'individuazione e programmazione di misure in termini di obiettivi da raggiungere da parte di ciascuno degli uffici coinvolti anche ai fini della responsabilità dirigenziale.

Pertanto, la presente Sezione al fine di garantire il necessario coordinamento con la Performance definisce, in specifiche schede di programmazione (che verranno opportunamente declinate in schede di budget), le misure di prevenzione "generali" e "specifiche" utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi con l'indicazione della tipologia, degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili e degli indicatori di monitoraggio.

## Codici di comportamento

| Misura                          | Stato attuazione misura             | Indicatore  | Responsabile  |
|---------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| Codice di Comportamento         | Attuata ed in fase di aggiornamento | Numero provvedimenti disciplinari per violazione del codice (su base annuale) | RPC, Direzione Generale, UPD, Area Gestione Risorse Umane |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023                                | 2024  | 2025  |
|                                 | Aggiornamento e Formazione          | Applicazione e monitoraggio   | Applicazione e monitoraggio                               |

Il Codice di Comportamento aziendale è stato di recente aggiornato giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 180 del 29 giugno 2022, previa acquisizione del parere vincolante dell'O.I.V., ai sensi dell'art.54, comma 5, del D. Lgs. 165/2001.

## Gestione Contratti Pubblici

| Misura                          | Stato attuazione misura            | Indicatore                                  | Responsabile                                |
|---------------------------------|------------------------------------|---|---|
| Regolamento Acquisti            | Misura attuata                     | Aggiornamento del Regolamento               | Responsabile Area Gestione Patrimonio       |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023                               | 2024  | 2025  |
|                                 | Aggiornamento Regolamento Acquisti | Applicazione e monitoraggio del Regolamento | Applicazione e monitoraggio del Regolamento |

Per la varietà e complessità dei beni e servizi acquistati e dei lavori eseguiti, la pluralità e specificità degli attori coinvolti, l'approvvigionamento di beni, servizi e lavori costituisce una delle principali aree di rischio in Sanità. Al fine di gestire in modo efficace i fattori di esposizione al rischio di corruzione l'ASL di Foggia pone l'attenzione all'intero ciclo degli approvvigionamenti, dalla definizione delle necessità (rilevazione del fabbisogno) alla programmazione degli acquisti, alla definizione del reperimento dei beni e servizi, fino alla gestione, esecuzione e collaudo del contratto. La gestione centralizzata delle procedure contrattuali, prevista dalla normativa nazionale e regionale, in capo alle centrali di committenza e soggetti aggregatori (artt. 37 e 38 del D.Lgs 50/16 e s.m.i.) certamente non deresponsabilizza le Strutture aziendali per competenza.

Tra le principali misure di mitigazione del rischio corruttivo si evidenziano le seguenti:

- Adozione di un programma degli acquisti biennale/annuale
- Utilizzo di avvisi di pre-informazione
- Rotazione dei RUP e/o dei funzionari istruttori
- Attestazione di insussistenza di conflitto di interessi da parte del RUP
- Consultazione preliminare degli operatori economici per la definizione dell'oggetto dell'affidamento

- Preferenza per appalti di tipo aperto. Obbligo di motivazione in ordine alla scelta della procedura per altre tipologie procedurali.
- Verifica di conformità ai bandi tipo ANAC
- Adozione dei patti di integrità e osservanza della misura del revolving-doors
- Obblighi di trasparenza e pubblicità
- Tracciatura e valutazione delle offerte anormalmente basse
- Comunicazione periodica al RPCT dei lotti revocati e relativa istruttoria
- Controlli su situazioni di controllo tra partecipanti
- Controlli sull’effettiva applicazione di penali per ritardi
- Verifica adeguatezza e legittimità dell’istruttoria in caso di varianti

Con deliberazione del Direttore Generale n.1443 del 02/12/2016 è stato approvato il Regolamento Aziendale per la disciplina dei “contratti sotto soglia” per servizi e forniture, nel rispetto dell’art.36 del D.Lgs n.50/2016 e s.m.i., ed individuazione strutture delegate, limiti e modalità di spesa per i relativi acquisti. Nel corso del triennio è previsto l’aggiornamento del Regolamento in linea con l’evoluzione normativa.

### Rotazione del personale

| Misura                          | Stato attuazione   | Indicatore   | Responsabile   |
|---------------------------------|--|--|--|
| Rotazione del personale         | Misura attuata tramite Regolamento e Piano della rotazione pluriennale                   | Numero rotazioni del personale per anno o misure equivalenti       | Direzioni Strutture – Area del Personale                           |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023   | 2024   | 2025   |
|                                 | Applicazione Regolamento rotazione e monitoraggio del Piano pluriennale della rotazione. | Applicazione e Monitoraggio del Piano pluriennale della rotazione. | Applicazione e Monitoraggio del Piano pluriennale della rotazione. |

Il quadro normativo di riferimento attribuisce alla rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione una valenza fondamentale per la prevenzione della corruzione. Come specificato nel P.N.A. l’attuazione della misura richiede la preventiva identificazione delle strutture che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Dalla valutazione dei rischi, è emerso che le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione sono quelle relative all’affidamento di lavori, servizi e forniture ovvero alle attività di vigilanza, controllo e ispezione.

L’ASL di Foggia ha adottato il Regolamento in materia di rotazione del personale aziendale, giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 1520 del 26/10/2020.

### Astensione in caso di conflitto di interesse

| Misura                          | Stato attuazione                             | Indicatore  | Responsabile                                 |
|---------------------------------|--|---|--|
| Gestione conflitti di interesse | Misura attuata                               | % verifiche sulle segnalazioni effettuate su base annuale | RPC e Referenti interni                      |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023   | 2024  | 2025   |
|                                 | Formazione e sensibilizzazione del personale | Formazione e sensibilizzazione del personale              | Formazione e sensibilizzazione del personale |

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. Durante l'anno 2022 non sono emerse situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali, a carico del personale dipendente aziendale.

### Dichiarazione Pubblica di interessi

| Misura                              | Stato attuazione misura                               | Indicatore   | Responsabile              |
|-------------------------------------|---|--|---------------------------|
| Dichiarazione pubblica di interessi | Misura in fase di definizione                         | % dichiarazioni pubbliche sottoscritte rispetto al totale dei professionisti di area sanitaria ed amministrativa interessati | RPC e Direzione Generale  |
| <b>Programmazione triennale</b>     | 2023  | 2024   | 2025                      |
|                                     | Attivazione flusso informatizzato delle dichiarazioni | + 10% Controlli a campione   | +20% Controlli a campione |

Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione nelle varie Strutture aziendali, sui quali gravi la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legati in particolare all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, l'ASL di Foggia intende acquisire le "dichiarazioni pubbliche di interesse" su modello Agenas.

### Conferimento incarichi

| Misura                                       | Stato attuazione misura        | Indicatore   | Responsabile   |
|--|--------------------------------|--|--|
| Autorizzazioni incarichi extra-istituzionali | attuata                        | % verifiche sulle richieste autorizzative                          | RPC e Responsabili interni delle articolazioni aziendali           |
| <b>Programmazione triennale</b>              | 2023                           | 2024   | 2025   |
|  | Adozione specifico Regolamento | Applicazione Regolamento e controlli a campione (almeno 3 annuali) | Applicazione Regolamento e controlli a campione (almeno 4 annuali) |

L'ASL di Foggia ha adottato un Regolamento sul conferimento incarichi di collaborazione, ex art. 7 d.lgs. 165/2001, con deliberazione del Direttore Generale n. 891 del 14 giugno 2018.

Durante il monitoraggio delle misure applicate per l'anno 2022 sono state verificate a campione alcune autorizzazioni ad incarichi extra-istituzionali, senza rilevare criticità.

### Incompatibilità successiva (pantouflage)

| Misura                          | Stato attuazione misura                           | Indicatore  | Responsabile   |
|---------------------------------|---|---|--|
| Misura anti-pantouflage         | attuata   | % verifiche sulla presenza clausole anti-pantouflage in bandi di gara e contratti | RPC e Referenti interni                                    |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023  | 2024  | 2025   |
|                                 | Intensificazione controlli a campione (almeno 10) | Intensificazione controlli a campione (almeno 15 per anno)                        | Intensificazione controlli a campione (almeno 20 per anno) |

La Legge 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.

I soggetti per i quali emerge la situazione di cui al punto precedente sono esclusi dalle procedure di affidamento; Si provvede ad adire 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;

In fase di monitoraggio delle misure anti-pantouflage per l'anno 2022 sono state regolarmente rilevate le clausole predefinite sia nei contratti di assunzione che nei bandi di gara, senza rilevare alcuna criticità.

### Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

| Misura  | Stato attuazione misura                 | Indicatore   | Responsabile  |
|---|---|--|---|
| Attestazioni di inconferibilità e incompatibilità | Misura attuata                          | Numero attestazioni disponibili su totale previsto su base annuale | RPC – Direttore Generale – Direttore Amministrativo – Direttore Sanitario |
| <b>Programmazione triennale</b>                   | 2023                                    | 2024   | 2025  |
|   | Controlli su dirigenza sanitaria (100%) | Controlli su dirigenza sanitaria (100%)                            | Controlli su dirigenza sanitaria (100%)                                   |

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 rilevate le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità al conferimento dell'incarico del Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo, altresì effettuando controlli incrociati senza rilevare alcuna criticità.

### Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici

| Misura   | Stato attuazione misura  | Indicatore  | Responsabile   |
|--|--------------------------|---|--|
| Regolamento interno per formazione Commissioni | Misura attuata           | Numero verifiche attestazioni su numero commissioni istituite su base annuale | RPC – Direzione Generale – Area gestione Risorse Umane |
| <b>Programmazione triennale</b>                | 2023                     | 2024  | 2025   |
|  | Applicazione Regolamento | Applicazione Regolamento  | Applicazione Regolamento                               |



Con la nuova normativa sono state introdotte anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del d.lgs. n. 165 del 2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede: "Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- 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;
- 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.

La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari."

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. n. 39 del 2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18.

L'ASL di Foggia, ha provveduto all'adozione del Regolamento sulle procedure di concorso, selezione e accesso all'impiego, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 100 del 23 gennaio 2018. Altresì, con ultima deliberazione del Direttore Generale n. 1820 del 17 dicembre 2021 è stato recepito il Regolamento degli incarichi della Dirigenza Area Sanità.

### Responsabile R.A.S.A.

| Misura                          | Stato attuazione  | Indicatore  | Responsabile  |
|---------------------------------|---|---|---|
| Nomina RASA                     | attuata   | Si/No   | RPCT e Direzione  |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023  | 2024  | 2025  |
|                                 | Verifica annuale sul portale dei servizi AUSA dell'ANAC | Verifica annuale sul portale dei servizi AUSA dell'ANAC | Verifica annuale sul portale dei servizi AUSA dell'ANAC |

L'individuazione del RASA è intesa come ulteriore misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione. Il RASA è il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante ASL di Foggia. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici, ai sensi del d.lgs 50/2016 e s.m.i. Il Direttore dell'Area Gestione Patrimonio ha assolto al ruolo di RASA conferito con deliberazione del Direttore Generale n. 131/2019.

### Gestore segnalazioni UIF

| Misura                          | Stato attuazione                      | Indicatore   | Responsabile   |
|---------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Segnalazioni UIF                | In fase di attuazione                 | % segnalazioni trasmesse allo UIF rispetto a quelle ricevute | Gestore delle segnalazioni e RPCT                    |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023                                  | 2024   | 2025   |
|                                 | Aggiornamento del Regolamento interno | Applicazione Regolamento e monitoraggio segnalazioni         | Applicazione Regolamento e monitoraggio segnalazioni |

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante "determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione, l'ASL di Foggia ha previsto la nomina del gestore delle segnalazioni alla UIF con la individuazione di delegati territoriali. Altresì è prevista l'adozione di specifico Regolamento interno in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

### Referente monitoraggio Opere Pubbliche

| Misura   | Stato attuazione                        | Indicatore                              | Responsabile                            |
|--|---|---|---|
| Monitoraggio degli interventi mediante l'inserimento dei dati richiesti nel portale del MEF (BDAP) | Misura attuata                          | % monitoraggi                           | Referente AGT                           |
| <b>Programmazione triennale</b>  | 2023                                    | 2024                                    | 2025                                    |
|  | Monitoraggio interventi opere pubbliche | Monitoraggio interventi opere pubbliche | Monitoraggio interventi 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, **l'ASL di Foggia ha individuato quale Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche il Direttore dell'Area Gestione Tecnica.**

## Tutela del Whistleblower

| Misura  | Stato attuazione                                  | Indicatore  | Responsabile                                      |
|---|---|---|---|
| Segnalazione illeciti<br>Portale Whistleblowing | attuata   | % segnalazioni<br>effettuate dai<br>dipendenti    | RPCT  |
| <b>Programmazione<br/>triennale</b>             | 2023  | 2024  | 2025  |
|   | monitoraggio<br>segnalazioni e<br>rendicontazione | monitoraggio<br>segnalazioni e<br>rendicontazione | monitoraggio<br>segnalazioni e<br>rendicontazione |

L'art. 1, comma 51, della legge 190/2012 ha introdotto un nuovo articolo nell'ambito del d.lgs. n. 165 del 2001, l'art. 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", il c.d. whistleblower. Si tratta di una disciplina che introduce una misura di tutela già in uso presso altri ordinamenti, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito.

La misura al momento individuata dall'ASL di Foggia consiste nell'utilizzo di un modello di segnalazione specifico, reso noto a tutto il personale aziendale tramite circolare interna. La protocollazione delle segnalazioni che pervengono tramite email, pec o in modalità cartacea, è effettuata tramite la funzionalità "protocollo riservato". L'ASL di Foggia ha implementato un sistema informatizzato cifrato per la gestione delle segnalazioni degli illeciti 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.

Nel corso dell'anno 2022 non risultano pervenute segnalazioni di illeciti da parte del personale aziendale tramite la piattaforma whistleblowing dedicata.

## Formazione del personale

| Misura                          | Stato attuazione misura  | Indicatore   | Responsabile   |
|---------------------------------|--|--|--|
| Formazione e sensibilizzazione  | In fase di programmazione  | Eventi formativi<br>(almeno 1 evento all'anno)   | RPCT - S.S. Formazione   |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023   | 2024   | 2025   |
|                                 | Definizione fabbisogni formativi – Elaborazione Piano della formazione in coordinamento con il Piano della rotazione, avvio attività formativa per il personale dirigenziale | Aggiornamento formativo per il personale aziendale (dirigenza e comparto) Piano della formazione in coordinamento con il Piano della rotazione | Aggiornamento formativo per il personale aziendale (dirigenza e comparto) Piano della formazione in coordinamento con il Piano della rotazione |

La programmazione delle attività di formazione in tema di anticorruzione e trasparenza è delineata in modo da coinvolgere tutto il personale ed in particolare i dipendenti operanti nei settori cd. "ad alto

rischio corruttivo”, cioè anche in previsione della rotazione ordinaria periodica del personale.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione sovrintende alla programmazione e alla realizzazione delle attività di formazione, nonché alla verifica dei suoi risultati effettivi. Dell’attività di formazione realizzata nell’anno di riferimento viene dato atto nella relazione annuale di cui all’art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012.

L’efficacia del piano di formazione sarà garantita e valutata attraverso una costante attività di monitoraggio, da effettuarsi per ciascuna attività formativa. A tale scopo verrà somministrato al personale coinvolto nell’intervento formativo un questionario di rilevazione della qualità della formazione e del grado di soddisfazione teso ad evidenziare eventuali criticità riscontrate, in modo da attivare le misure necessarie per risolvere possibili problematiche emerse.

La pianificazione delle attività formative con frequenza obbligatoria, verrà formalizzata e resa nota tempestivamente al personale coinvolto, in modo da conciliare le esigenze formative con quelle di servizio, senza pregiudicare la continuità dell’attività istituzionale.

Nel corso dell’anno 2022 è stata garantita un’intensa attività formativa per tutto il personale aziendale, in materia di Anticorruzione e Trasparenza Amministrativa, erogata nella modalità e-Learning tramite portale dedicato. Nel corso del triennio 2023-2025 è prevista la prosecuzione delle attività di sensibilizzazione e formazione dei dipendenti per aree tematiche e differenziate in base al ruolo e responsabilità.

#### Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile

| Misura                          | Stato attuazione      | Indicatore                   | Responsabile          |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| Azioni di sensibilizzazione     | Misura attuata        | Numero eventi almeno 1 /anno | RPCT                  |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023                  | 2024                         | 2025                  |
|                                 | Programmazione eventi | Programmazione eventi        | Programmazione eventi |

Al fine di delineare un’efficace strategia anticorruzione, l’ASL di Foggia realizza forme di sensibilizzazione e consultazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità. Tra le forme di coinvolgimento promosse e organizzate, si rileva la “Giornata della Trasparenza”. La Giornata della Trasparenza costituisce un utile momento di confronto, sia per sensibilizzare i soggetti interni ed esterni all’ASL sui temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione, sia per esporre le iniziative in tal senso assunte dalla nostra ASL.

## Patto di integrità

| Misura                          | Stato attuazione misura                | Indicatore  | Responsabile  |
|---------------------------------|--|---|---|
| Patti di integrità              | attuata                                | % patti di integrità rilevati su numero totale affidamenti (100%) | RPCT - Area Patrimonio – Area Tecnica – tutte le Strutture aziendali per competenza nell’ambito degli acquisti sotto-soglia |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023                                   | 2024  | 2025  |
|                                 | Intensificazione controlli (almeno 10) | Intensificazione controlli (almeno 15)                            | Intensificazione controlli (almeno 20)  |

Questa misura consiste nella redazione di un documento (c.d. patto di integrità o protocollo di legalità) che il soggetto appaltante richiede di rispettare in maniera puntuale ai concorrenti alle gare al fine di assicurare un controllo sul reciproco operato ed, eventualmente, il ricorso all’adozione di sanzioni nel caso in cui alcuni dei principi o delle richieste in esso stabilite non vengano rispettate. Questi atti contengono infatti un complesso di regole comportamentali volte a prevenire il fenomeno corruttivo e, allo stesso tempo, valorizzare i comportamenti adeguati per tutti i concorrenti. A tal proposito l’ASL di Foggia ha predisposto un patto di integrità che è regolarmente utilizzato dalle strutture competenti per gli affidamenti di lavori, servizi e forniture. Il modello di Patto di integrità è obbligatoriamente sottoscritto e presentato insieme all’offerta da ciascun partecipante alle procedure di gara.

Durante la fase di monitoraggio delle misure per l’anno 2022 sono state controllate a campione alcune procedure di gara rilevando le sottoscrizioni dei patti di integrità in assenza di profili di criticità. Nel corso dell’anno non sono emerse violazioni al patto di integrità aziendale.

## Sponsorizzazioni

| Misura                          | Stato attuazione misura                        | Indicatore                                     | Responsabile                                   |
|---------------------------------|--|--|--|
| Sponsorizzazioni                | attuata  | Adozione regolamento                           | RPCT - Direzione                               |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023   | 2024   | 2024   |
|                                 | Intensificazione controlli (almeno 5 all’anno) | Intensificazione controlli (almeno 6 all’anno) | Intensificazione controlli (almeno 8 all’anno) |

Così come evidenziato dall’ANAC nel PNA aggiornamento 2015 con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l’introduzione di altre tecnologie nell’organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi. In considerazione delle numerose relazioni intercorrenti tra i soggetti che a vario titolo intervengono nei processi decisionali, sono attuate ulteriori misure quali:

- attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi
- dichiarazioni pubbliche di interessi su modello Agenas

L'ASL di Foggia ha provveduto all'adozione di uno specifico Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 1019 del 09 agosto 2017, il quale sarà aggiornato durante il triennio 2023-2025. Durante la fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2022 non sono emerse criticità.

### Attività conseguenti al decesso

| Misura                                 | Stato attuazione misura  | Indicatore   | Responsabile   |
|--|--|--|--|
| <b>Attività conseguenti al decesso</b> | attuata  | Presenza affissione elenchi ditte                                | RPCT - Direzioni PP.OO.  |
| <b>Programmazione triennale</b>        | 2023   | 2024   | 2025   |
|  | Controlli annuali su presenza elenchi (almeno 1 controllo /anno) | Controlli annuali su presenza elenchi (almeno 1 controllo /anno) | Controlli annuali su presenza elenchi (almeno 1 controllo /anno) |

I servizi funebri rappresentano, in generale, una delle aree a rischio anche in considerazione dei numerosi casi di corruzione nazionali che hanno coinvolto dipendenti di aziende sanitarie e ditte esterne. La misura di mitigazione in essere prevede l'affissione, nelle camere mortuarie dei presidi ospedalieri, dell'elenco delle ditte autorizzate ad operare, aventi sede nel territorio, dal quale eventualmente i cittadini interessati potranno scegliere, senza interferenze eventuali da parte del personale aziendale.

I dipendenti sono informati del divieto di segnalare ditte esterne e di procacciare affari per conto di imprese funebri, in linea con le disposizioni contenute nel vigente Codice di comportamento aziendale.

### Donazioni e comodati d'uso

| Misura                          | Stato attuazione misura | Indicatore                | Responsabile              |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Donazioni e comodati d'uso      | Misura da attuare       | Adozione Regolamento (si) | RPCT - Direzione Generale |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023                    | 2024                      | 2025                      |
|                                 | Adozione Regolamento    | Applicazione procedure    | Applicazione procedure    |

L'ASL di Foggia presta particolare attenzione alle modalità di ingresso delle tecnologie all'interno dell'organizzazione, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento. In questa fase di transizione verso le procedure di approvvigionamento aggregate in capo alle centrali di committenza/soggetti aggregatori, sulla base di quanto previsto dalla recente normativa per il settore degli acquisti, è possibile che il ricorso a tali modalità diventi sempre più elevato.

A partire, quindi, dalle misure di rafforzamento della trasparenza come, ad esempio, la pubblicazione dei dati inerenti le relative procedure aziendali autorizzative, l'ASL di Foggia prevede di adottare un Regolamento sulle donazioni e liberalità entro il primo semestre 2023.

## Gestione ALPI e Liste di attesa

| Misura                          | Stato attuazione misura           | Indicatore   | Responsabile                      |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| ALPI e liste di attesa          | Misura attuata                    | % controlli - verifica delle reportistiche provenienti dalle strutture aziendali, sui volumi di attività istituzionale e in libera professione | RULA<br>Direzione Sanitaria       |
| <b>Programmazione triennale</b> | 2023                              | 2024   | 2025                              |
|                                 | Intensificazione controlli (+15%) | Intensificazione controlli (+20%)  | Intensificazione controlli (+25%) |

In relazione al rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in ALPI a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale, l'ASL di Foggia ha adottato, con deliberazione del Direttore Generale n. 503 del 30 marzo 2018, uno specifico Regolamento aziendale per lo svolgimento delle attività A.L.P.I., ove sono disciplinate le attività intramoenia del personale aziendale.

Le principali misure di mitigazione dei rischi in ambito ALPI e liste di attesa, risultano le seguenti:

- totale informatizzazione delle liste di attesa
- prenotazione di tutte le prestazioni tramite CUP
- aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali
- svolgimento della libera professione in strutture aziendali
- obbligo dei POS nelle strutture dove si effettua la libera professione

Con nota prot. n. 1500518 del 13/05/2019 è stato nominato il Responsabile Unico delle Liste d'Attesa (RULA) della ASL Foggia. Successivamente, con deliberazione del Direttore Generale n. 1107 del 30 luglio 2019, l'ASL di Foggia ha recepito il "Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste d'Attesa anni 2019-2021", elaborato dal Gruppo di lavoro, coordinato dal Direttore Sanitario.



## Gestione attività di informazione scientifica

| Misura   | Stato attuazione misura | Indicatore                                 | Responsabile               |
|--|-------------------------|--|----------------------------|
| <b>Regolamentazione attività di informazione scientifica</b> | Misura da attuare       | Monitoraggio applicazione Regolamento (si) | RPCT - Direzione Sanitaria |
| <b>Programmazione triennale</b>                              | <b>2023</b>             | <b>2024</b>                                | <b>2025</b>                |
|  | Adozione Regolamento    | Monitoraggio misura                        | Monitoraggio misura        |

L'ASL di Foggia prevede di adottare, nel corso dell'anno 2023, uno specifico Regolamento sulle attività di informazione scientifica volto a:

- Definire e applicare le misure necessarie ad assicurare che l'attività di informazione scientifica presso le articolazioni organizzative dell'ASL di Foggia, avvengano secondo principi di legalità, eticità, trasparenza e correttezza, nel rispetto delle regole stabilite dalla vigente normativa, nazionale e regionale in materia per favorire il miglioramento dell'assistenza fornita ai cittadini, dell'appropriatezza e dell'uso razionale del farmaco, dei dispositivi medici e di altri prodotti farmaceutici e sanitari;
- Assicurare la correttezza delle prescrizioni mediche in base alle procedure aziendali;
- Garantire l'imparzialità delle decisioni nell'ambito di procedure di gara per forniture di medicinali/dispositivi medici / altri prodotti sanitari e l'indipendenza del giudizio in merito alle prescrizioni di farmaci e/o all'utilizzo dei dispositivi medici, protesici, diagnostici, dietetici, vaccini, ecc;
- Garantire il rispetto del Codice di Comportamento aziendale e dei Codici Deontologici dei vari Ordini Professionali in merito all'informazione scientifica e al conflitto d'interessi.

### Misure di regolamentazione

L'ASL di Foggia ha adeguato le procedure interne in conformità alle nuove disposizioni normative che in particolare riguardano i seguenti ambiti:

- **semplificazioni in materia di contratti pubblici;**
- **semplificazioni procedurali e responsabilità;**
- **misure di semplificazione per il sostegno e la diffusione dell'amministrazione digitale;**
- **semplificazioni in materia di attività di impresa, ambiente e green economy.**

Nell'ambito delle donazioni, l'ASL di Foggia ha preso atto della modulistica predisposta dall'ANAC, congiuntamente al MEF, per adempiere all'obbligo di pubblicazione introdotto dall' art.99 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 per garantire la conoscibilità delle erogazioni liberali a tutti gli interessati secondo uno schema uniforme che consenta anche la comparazione dei dati essenziali.

L'emergenza sanitaria ha messo in luce le criticità note del sistema sanitario mostrando da un lato, l'innegabile abnegazione in particolare del personale sanitario ma dall'altro lato ha evidenziato alcune lacune nella gestione del reclutamento del personale in considerazione dei tagli alla spesa sanitaria, gli scarsi investimenti strutturali e la necessità di potenziare i servizi territoriali e tecnologici.

Di seguito i principali Regolamenti adottati dall'ASL di Foggia, nel corso dell'anno 2022:

- Regolamento per il reclutamento del personale della Sanitaservice ASL FG S.r.l. Approvazione (DDG n. 299 del 28/07/2022)
- Approvazione Regolamento aziendale per la concessione di locali in comodato d'uso ai medici di medicina generale da adibire ad Ambulatori (DDG n. 219 del 05/07/2022)
- Riapprovazione del Regolamento del gruppo di lavoro interdisciplinare all'interno del Dipartimento di Prevenzione. Costituzione gruppo (DDG 5889 del 06/06/2022)
- Approvazione Regolamento degli Agenti Contabili ed individuazione degli Agenti Contabili (DDG n. 687 del 18/05/2022)
- Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela (R.A.P.T.) – revisione 2022 (DDG n. 629 del 10/05/2022).

### **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, l'ASL di Foggia, 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. 113845 del 15 novembre 2021.

**I controlli sui progetti PNRR** riguarderanno anche:

- a) gli aspetti amministrativo-contabili, con particolare riguardo alla tracciabilità dei flussi finanziari e ai controlli antifrode con particolare riguardo ai controlli antimafia, in relazione al “titolare effettivo” dell'appaltatore (anche in forma di Raggruppamento Temporaneo di Imprese – RTI) e dell'eventuale subappaltatore;
- b) il rispetto del divieto di doppio finanziamento;
- c) la verifica dell'assenza di conflitto di interesse dei soggetti a vario titolo coinvolti nelle fasi di attuazione del PNRR-PNC;
- d) gli obblighi di trasparenza e rendicontazione;
- e) la compatibilità del programma dei pagamenti del PNRR-PNC con i relativi stanziamenti di cassa del bilancio e con l'obbligo di garantire un fondo di cassa non negativo al 31 dicembre di ogni esercizio;
- f) gli obblighi di conservazione e tenuta documentale di tutti gli atti;
- g) la tipologia di procedura di affidamento della spesa;

h) il rispetto dei tempi assegnati di raggiungimento dei target e dei milestones e la coerenza con i cronoprogrammi di spesa e con il bilancio aziendale.

### Piano delle attività

Nella consapevolezza che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un complesso processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano nel tempo in modo graduale, si ritiene che tale attività si possa sviluppare nel triennio secondo il seguente cronoprogramma:

| <b>Tempi</b>        | <b>Attività</b>   | <b>Responsabile</b>       |
|---------------------|---|---------------------------|
| Entro il 15/01/2023 | Compilazione relazione annuale RPCT e pubblicazione sul sito internet istituzionale in formato xls  | RPCT                      |
| Entro il 15/01/2023 | Rilievi suggerimenti stakeholder per aggiornamento sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO   | RPCT                      |
| Entro il 31/01/2023 | Proposta e adozione dell'aggiornamento del PIAO contenente la sezione "rischi corruttivi e trasparenza"   | RPCT – Direzione Generale |
| Entro il 31/03/2023 | Attestazione assolvimento obblighi di pubblicazione ex DL 33/13 e pubblicazione griglia di rilevazione  | RPCT - O.I.V.             |
| Entro il 31/12/2023 | Programmazione formazione continua, tenendo presente una strutturazione su due livelli:<br>- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);<br>-livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione. | RPCT – S.S. Formazione    |
| Entro il 15/07/2023 | Monitoraggio semestrale I livello (I semestre) delle misure anticorruptive  | Referenti RPCT            |
| Entro il 15/01/2024 | Monitoraggio semestrale I livello (II semestre) delle misure anticorruptive   | Referenti RPCT            |
| Entro il 15/08/2023 | Monitoraggio II livello (I semestre) per la valutazione sull'applicazione delle misure da parte dei Referenti RPCT, tramite piattaforma web dedicata  | RPCT                      |
| Entro il 31/01/2024 | Monitoraggio II livello (II semestre) per la valutazione sull'applicazione delle misure da parte dei Referenti RPCT, tramite piattaforma web dedicata   | RPCT                      |

Di seguito un Piano delle azioni prioritarie tese alla regolamentazione di procedure interne aziendali al fine di mitigare i rischi corruttivi nelle aree a maggior rischio:

| <b>Tempi</b>        | <b>Attività</b>  | <b>Responsabile</b>   |
|---------------------|--|---|
| Entro dicembre 2023 | Dichiarazioni pubbliche di interessi secondo modello Agenas                        | RPCT  |
| Entro dicembre 2023 | Adozione del Regolamento per procedure antiriciclaggio                             | Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie - RPCT                     |
| Entro dicembre 2023 | Adozione del Regolamento su donazioni e liberalità                                 | Area Patrimonio - RPCT – Direzione Generale                               |
| Entro dicembre 2023 | Adozione del Regolamento sulla gestione delle attività di informazione scientifica | Area Farmaceutica territoriale ed Ospedaliera - RPCT – Direzione Generale |

### **Monitoraggio su idoneità e attuazione delle misure**

Il monitoraggio semestrale (I livello) delle misure di prevenzione risulta di fondamentale importanza nel processo di gestione del rischio grazie al quale è possibile verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure previste dal Piano. Il monitoraggio dei processi già mappati avviene attraverso incontri/interviste/audit on-site con i referenti interni delle strutture aziendali. Sono verificati i livelli di attuazione, attraverso l'analisi degli indicatori con i risultati attesi e raggiunti, registrando eventuali scostamenti e relative criticità. Il monitoraggio è effettuato con frequenza semestrale secondo il principio di gradualità.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT controlla la veridicità delle informazioni rese dai Referenti in autovalutazione (monitoraggio I livello) 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 (monitoraggio di II livello).

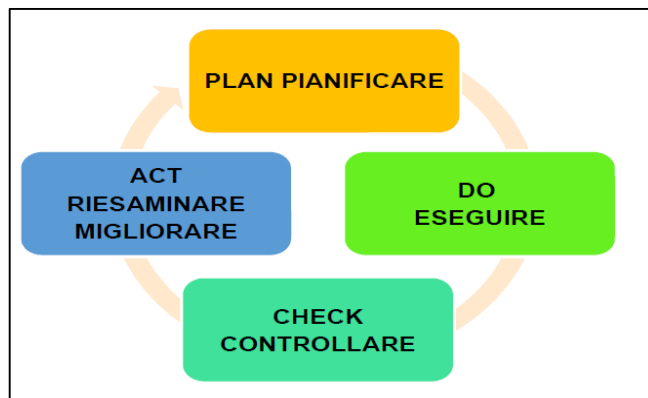
A cadenza semestrale, il RPCT, attraverso il sistema informatizzato centralizzato:

- verifica la progressiva esecuzione delle attività programmate ed il raggiungimento degli obiettivi fissati, indicando gli scostamenti;
- monitora sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione e delle misure anticorruptive. Nel caso in cui si riscontrino inadempienze di livello significativo, il RPCT sollecita il Dirigente interessato a provvedere in merito in un termine ben definito; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il RPCT provvede a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'OIV e/o agli altri organismi interessati per i conseguenti adempimenti.

Da una lettura comparativa con i precedenti report di rendicontazione, redatti nelle passate annualità, si è riscontrato un graduale ma continuo miglioramento dell'intero sistema di gestione della prevenzione della corruzione, svolta dai Referenti del RPCT. Il RPCT, al termine del monitoraggio annuale, predispone la relazione annuale, secondo lo schema indicato da ANAC, ai sensi di quanto previsto all'art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012, pubblicata in Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale (allegato n.4 – Relazione annuale del RPCT).

I risultati dell'attività di monitoraggio (Allegato E -Stato attuazione misure) sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio

corruttivo”, al fine di integrare ulteriori misure di mitigazione del rischio corruttivo o eliminare alcune misure risultate inefficaci nel contesto specifico. Si applica il c.d. “ciclo di *Deming*”, ossia il ciclo di PDCA (plan–do–check–act), un modello studiato per il miglioramento continuo dei processi e l'utilizzo ottimale delle risorse, che si articola nelle seguenti macro-fasi in sequenza:



### Programmazione dell’attuazione della Trasparenza

Il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, coordinato con le modifiche introdotte dal D.Lgs. n 97/2016, è stato di rilevante impatto sull’intera disciplina della trasparenza operando una complessiva sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi, e ha disciplinato per la prima volta l’istituto dell’accesso civico.

E’ inoltre intervenuto sui Programmi triennali per la trasparenza e l’integrità, modificando la disciplina recata dall’art.11 del D.Lgs. n.150/09, anche al fine di coordinare i contenuti del Programma con quelli del Piano triennale di prevenzione della corruzione e del Piano della “Performance”. In particolare, sono stati precisati i compiti e le funzioni dei Responsabili della Trasparenza ed è stata prevista la creazione della sezione “Amministrazione Trasparente” che sostituisce la precedente sezione “Trasparenza, valutazione e merito”, prevista dall’art.11 c.8 del D.Lgs. n.150/09. Infine, ha implementato la normativa del sistema dei controlli e delle sanzioni sull’attuazione delle norme in materia di trasparenza.

Le principali novità introdotte dal d.lgs. 97/2016 in materia di trasparenza riguardano la definitiva delimitazione dell’ambito soggettivo di applicazione della disciplina, la revisione degli obblighi di pubblicazione nei siti web unitamente al nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Di seguito le principali attività programmate per il triennio 2023-2025 nell’ambito della Trasparenza dell’attività amministrativa e dell’integrità dell’ASL di Foggia:

- a) **Informatizzazione totale dei flussi di comunicazione interna** per il completo assolvimento degli obblighi di trasparenza;
- b) **Audit interni** periodici;
- c) **Pubblicazione dei dati ulteriori** con la collaborazione dei portatori di interesse esterni;
- d) **Aggiornamento continuo** dei dati pubblicati;

- e) Pubblicazione degli standard di **qualità dei servizi**;
- f) Miglioramento delle misure di **monitoraggio e di vigilanza** sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- g) Attestazione dell'assolvimento degli obblighi sulla trasparenza, ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009;
- h) Restrizione delle misure di pubblicazione in tema di inconfiribilità e incompatibilità con riferimento ai soli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Scientifico, e Responsabili di Strutture semplici, complesse e Dipartimentali;
- i) Ridefinizione dei flussi informativi tra i Responsabili della trasmissione ed il Responsabile della pubblicazione delle informazioni sul sito web istituzionale;
- j) Aggiornamento completo della sezione "Amministrazione Trasparente", ai sensi del Dlgs 97/2016.

Per l'ASL di Foggia la trasparenza è il mezzo attraverso cui prevenire e disvelare eventuali situazioni in cui possano annidarsi forme di illecito e di conflitto di interessi. Da qui la rilevanza della pubblicazione di alcune tipologie di dati relativi, da un lato, ai dirigenti, al personale non dirigenziale e ai soggetti che, a vario titolo, lavorano nell'ambito dell'ASL, dall'altro, a sovvenzioni e benefici di natura economica e non elargiti da soggetti pubblici, nonché agli acquisti di beni e servizi. Anche la pubblicazione dei regolamenti e codici di comportamento sul sito istituzionale aziendale si inserisce nella logica dell'adempimento di un obbligo di trasparenza.

Il profilo "dinamico" della trasparenza è invece direttamente correlato alla Performance.

La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico, infatti, si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse.

Il diritto dei cittadini di conoscere l'assetto strutturale e il modo di operare delle amministrazioni pubbliche, e, nello specifico, dell'ASL di Foggia e dei suoi operatori, finalizzato al conseguente controllo sociale sulla res pubblica, deve essere, comunque, conformato al rispetto del principio di proporzionalità previsto dalla vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali.

Tutti i Direttori, i Dirigenti e i Responsabili delle Strutture ed Unità Operative Aziendali sono individuati quali Responsabili per competenza della selezione, dell'elaborazione, dell'aggiornamento e della qualità dei dati, delle informazioni e dei documenti da pubblicare sul sito internet istituzionale, nonché dell'attuazione delle misure previste.

La sezione obbligatoria di cui al D.lgs 33/2013, così come modificato dal Dlgs 97/2016, denominata "Amministrazione trasparente" è quella in cui sono rese note e disponibili le informazioni ed i documenti per i quali sussiste l'obbligo di pubblicazione, quale contenuto minimo della trasparenza aziendale.

Tuttavia, l'ASL di Foggia potrà rendere noti e disponibili altre informazioni e documenti necessari per garantire efficienza, efficacia ed economicità delle prestazioni rese, sempre nel rispetto delle disposizioni in materia di tutela dati personali. Periodicamente, il RPCT provvede a richiedere i dati e le informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria con obbligo di risposta tramite canali tracciabili (protocollo interno, posta elettronica ordinaria o certificata).

La verifica della conformità alla pubblicità obbligatoria è effettuata dal RPCT, a campione, attraverso

la navigazione della sezione “Amministrazione Trasparente” e colloqui con i Responsabili per materia ed audit interni.

Compete ai Dirigenti e ai Funzionari Responsabili delle Unità operative, aggiornare le informazioni ed i documenti sul sito web aziendale, nel rispetto delle frequenze di aggiornamento indicate e nell’osservanza delle disposizioni contenute nel vigente Codice di Comportamento aziendale.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi dell’art. 8 c. 3 del D.Lgs. n. 33/13, sono pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell’anno successivo a quello da cui decorre l’obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e di quanto previsto da specifiche previsioni normative. Alla scadenza del termine di durata dell’obbligo di pubblicazione, i documenti, le informazioni e i dati saranno comunque conservati e resi disponibili all’interno di distinte sezioni del sito di archivio.

Allo scopo di aumentare il livello di trasparenza dei dati, delle informazioni e dei documenti, facilitandone la reperibilità e l’uso, il RPCT assicurerà che in applicazione delle disposizioni di cui all’art.1 cc.32, 35 e 42 della L.190/12 i dati siano pubblicati in **formato aperto**. In particolare, il c. 35 della stessa norma stabilisce che *“per formati di dati aperti si devono intendere almeno i dati resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari, a condizione tali da permettere il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la redistribuzione senza ulteriori restrizioni d’uso, di riuso o di diffusione diverse dall’obbligo di citare la fonte e di rispettare l’integrità”*.



### 3. Organizzazione e Capitale Umano

#### 3.1 Struttura Organizzativa

##### Organigramma dell'Assetto Strutturale e Organizzativo di Base della ASL FG di Foggia

Nelle more di una complessiva revisione, l'assetto strutturale della ASL FG allo stato è quello approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1428 del 06/10/2020 che deriva dall'applicazione delle indicazioni dei Piani di Riordino Ospedaliero, della Legge Regionale del 28 dicembre 1994 n. 36, del regolamento regionale del 28 novembre 2005 n. 27, della L.R. del 3 agosto 2006 n. 25, della L.R. del 9 agosto 2006 n. 26, del R.R. del 18 aprile 2011 n. 6, della DGR del 27.12.2012 n. 3008, della D.G.R. del 4 luglio 2014 n. 1403, della D.G.R. del 6 maggio 2015 n. 930 e del R.R. del 4 giugno 2015 n. 4 e della DGR del 29.02.2016 n. 161.

Per quanto attiene i livelli di responsabilità, preliminarmente si evidenzia che per la rappresentazione della graduazione delle posizioni dirigenziali, sia PTA che Sanitarie, nonché di simili posizioni nel comparto, si rimanda a quanto definito dai CCNL specifici. Considerata la imponente struttura organizzativa dell'ASL Foggia, che non consentirebbe una agevole illustrazione di tutte le posizioni elencate, di seguito si rappresentano le tabelle con le graduazioni delle posizioni dirigenziali di primo (Strutture Semplici) e secondo livello (Strutture Complesse) di responsabilità, suddivise tra assistenza ospedaliera, territoriale, dipartimentale e strutture amministrative e di staff.

| ASL FG di Foggia<br>Assetto Strutturale di Base dell'Assistenza Ospedaliera<br>Ospedale San Severo |  |  |                                      |
|--|--|--|--------------------------------------|
| Strutture Complesse con PL Ospedale San severo   | Strutture Semplici e Strutture Semplici a valenza Dipartimentale | Strutture Semplici                             | Dipartimento                         |
| Cardiologia (con UTIC H24 can emodinamica)   |  | Unità di Terapia Intensiva cardiologica (UTIC) | Multidisciplinare internistico       |
| Chirurgia Generate   |  | Day Service Chirurgico multispecialistico      | Multidisciplinare Chirurgico         |
| Medicina Generale  |  | Lungodegenza                                   | Multidisciplinare internistico       |
|  | Neurologia Stroke unit di I Livello                              | Neurologia                                     |                                      |
| Ortopedia e traumatologia  |  |  | Multidisciplinare Chirurgico         |
| Ostetricia e Ginecologia   |  |  | Materno-Infantile                    |
| Pediatria  |  | Neonatologia                                   | Materno-Infantile                    |
| S.P.D.C.- Psichiatria  |  |  | Salute Mentale                       |
| Pneumologia  |  |  | Multidisciplinare internistico       |
|  | Nefrologia e Dialisi   |  | Multidisciplinare internistico       |
|  | Oncologia della rete oncologica Ospedale - Territorio            |  | Multidisciplinare internistico       |
|  | Endoscopia digestive   |  | Multidisciplinare Chirurgico         |
| Strutture Complesse senza PL Ospedale San Severo   | Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale | Strutture Semplici                             | Dipartimento                         |
| Anestesia e Rianimazione   |  | Terapia Intensiva (Rianimazione)               | Multidisciplinare Chirurgico         |
| Direzione Medica di Ospedale   |  | Igiene ed Edilizia Sanitaria-Ospedaliera       | Direzioni Mediche di PP.OO.          |
| Laboratorio di Analisi   |  |  | Diagnostica per immagini ed in vitro |

|  |  |                                |                                      |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------------|
| Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza<br>Centro Traumi di Zona |  |                                | Emergenza - Urgenza                  |
| Radiodiagnostica • Neuroradiologia                                       |  | Radiodiagnostica<br>Senologica | Diagnostica per<br>immagini in vitro |

| <b>Ospedale di Cerignola</b>   |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Strutture Complesse con PL Ospedale Cerignola</b>                     | <b>Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale</b> | <b>Strutture Semplici</b>                      | <b>Dipartimento</b>                     |
| Cardiologia (con UTIC H24 senza emodinamica)                             |   | Unità di Terapia Intensiva cardiologica (UTIC) | Multidisciplinare internistico          |
| Chirurgia Generale   |   | Day Service Chirurgico multispecialistico      | Multidisciplinare Chirurgico            |
| Medicina generale  |   | Lungodegenza                                   | Multidisciplinare internistico          |
| Oculistica   |   |  | Multidisciplinare Chirurgico            |
| Ortopedia e traumatologia  |   |  | Multidisciplinare Chirurgico            |
| Ostetricia e ginecologia   |   |  | Materno-Infantile                       |
| Otorinolaringoiatra  |   |  | Multidisciplinare Chirurgico            |
| Pediatria  |   | Neonatologia                                   | Materno-Infantile                       |
|  |   | Fibrosi Cistica                                |   |
| Urologia   |   |  | Multidisciplinare Chirurgico            |
|  | Nefrologia e Dialisi  |  | Multidisciplinare internistico          |
| <b>Strutture Complesse senza PL Ospedale Cerignola</b>                   | <b>Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale</b> | <b>Strutture Semplici</b>                      | <b>Dipartimento</b>                     |
| Anestesia e Rianimazione   |   | Terapia intensiva (Rianimazione)               | Multidisciplinare Chirurgico            |
| Direzione Sanitaria  |   | Acquisizione Beni e Servizi                    | Direzioni Mediche di PP.QO.             |
| Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza<br>Centro Traumi di Zona |   |  | Emergenza-Urgenza                       |
| Radiodiagnostica   |   |  | Diagnostica per<br>immagini ed in vitro |
|  |   |  | Diagnostica per<br>immagini ed in vitro |
|  | Endoscopia digestiva  |  | Multidisciplinare<br>Chirurgico         |

| Ospedale di Manfredonia  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Strutture Complesse con PL Ospedale Manfredonia                                | Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale     | Strutture Semplici                        | Dipartimento                              |
| Chirurgia Generale   |  | Day Service Chirurgico Multispecialistico | Multidisciplinare Chirurgico              |
| Medicina generale  |  | Lungodegenza                              | Multidisciplinare internistico            |
| Ortopedia e traumatologia  |  |   | Multidisciplinare Chirurgico              |
| S.P.D.C. - Psichiatria   |  |   | 9aute Mentale                             |
| Recupero e riabilitazione funzionale San Severo-Manfredonia                    |  |   | Medicina Fisica e Riabilitativa           |
|  | Cardiologia  |   | Multidisciplinare internistico            |
|  | Gastroenterologia  |   | Multidisciplinare internistico            |
| Strutture Complesse Senza PL Ospedale Manfredonia                              | Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale     |   | Dipartimento                              |
| Direzione Medica di Presidio   |  |   | Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero |
| Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Pronto Soccorso Traumatologico |  |   | Emergenza - Urgenza                       |
|  | Anestesia  |   | Multidisciplinare Chirurgico              |
|  | Laboratorio Analisi  |   | Diagnostica per immagini ed in vitro      |
|  | Gestione e Organizzazione del Sistema Emergenza urgenza Territoriale |   | Emergenza - Urgenza                       |
| Radiodiagnostica   |  |   | Diagnostica per immagini ed in vitro      |

| Dipartimento del Farmaco                     |   |                    |              |
|--|---|--------------------|--------------|
| Strutture Complesse Dipartimento del Farmaco | Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale                    | Strutture Semplici | Dipartimento |
| Farmacia Ospedaliera - Ospedale S. Severo    |   |                    | Farmaco      |
|  | Farmacia Ospedaliera Cerignola - Manfredonia  |                    | Farmaco      |
| Farmacia territoriale - Foggia               | Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle Emergenze e Catastrofi |                    | Farmaco      |

| Dipartimento Immuno-Trasfusionale                     |  |  |                                    |
|---|--|--|------------------------------------|
| Strutture Complesse Dipartimento Immuno-Trasfusionale | Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale |  | Dipartimento                       |
|   | Sezione Trasfusionale - Ospedale S. Severo                       |  | Sovraziendale Immuno-Trasfusionale |
|   | Sezione Trasfusionale -Ospedale Manfredonia-Cerignola            |  | Sovraziendale Immuno-Trasfusionale |

| Supporto Amministrativo Assistenza Ospedaliera |  |                    |              |
|--|--|--------------------|--------------|
| Strutture Complesse Assistenza Ospedaliera     | Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale | Strutture Semplici | Dipartimento |
|  | Direzione Amm.va Ospedaliera                                     |                    | -            |

| ASL FG di Foggia<br>Aspetto Strutturale di Base dell'Assistenza Distrettuale |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Strutture Complesse Distretti SocioSanitari                                  | Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale | Strutture Semplici   | Dipartimento  |
| San Marco in Lamis   |  | 1. Cure Primarie (ADI - Assistenza sanitaria di Base - Specialistica Ambulatoriale)                          |   |
|  |  | 2.. Assistenza Consultoriale (San Severo – S. Marco in Lamis) *  | Dipartimento Materno Infantile<br>{ funzione pediatria e ginecologia- ostetricia) |
| San Severo   |  | 1. Cure Primarie (ADI - Assistenza sanitaria di Base - Specialistica Ambulatoriale - Medicina Penitenziaria) |   |
|  |  | 2. Servizio di Psicologia (San Severo - S. Marco in Lamis)   |   |
| Vico del Gargano   |  | 1. Cure Primarie (ADI - Assistenza sanitaria di Base - Specialistica Ambulatoriale)                          |   |
|  |  | 2. Assistenza Consultoriale (Vico del Gargano- Manfredonia)  | Dipartimento Materno Infantile<br>(funzione pediatria e ginecologia- ostetricia)  |
| Manfredonia  |  | 1. Cure Primarie (ADI - Assistenza sanitaria di Base - Specialistica Ambulatoriale)                          |   |
|  |  | 2, Servizio di Psicologia (Vico del Gargano – Manfredonia)   |   |
| Troia-Accadia  |  | 1. Cure Primarie (ADI - Assistenza sanitaria di Base - Specialistica Ambulatoriale)                          |   |
|  |  | 2. Assistenza Consultoriale (Troia- Accadia - Lucera)  | Dipartimento Martens Infantile<br>{ funzione pediatria e ginecologia- ostetricia) |
| Lucera   |  | 1. Cure Primarie (ADI - Assistenza sanitaria di Base – Specialistica Ambulatoriale - Medicina Penitenziaria) |   |
|  |  | 2. Servizio di Psicologia (Troia -Arcadia - Lucera)  |   |
| Foggia   |  | 1. Cure Primarie (ADI - Assistenza sanitaria di Base - Specialistica ambulatoriale- Medicina Penitenziaria)  |   |
|  |  | 2.Assistenza Consultoriale (Foggia - Cerignola)  | Dipartimento Materno infantile<br>(funzione pediatria e ginecologia - ostetricia) |
| Cerignola  |  | 1. Cure Primarie (ADI - Assistenza sanitaria di Base - Specialistica Ambulatoriale - Medicina Penitenziaria) |   |
|  |  | 2. Servizio ai Psicologia (Foggia -Cerignola)  |   |
|  | Servizio di radiodiagnostica Territoriale (Foggia)               |  | Diagnostica per immagini ed in vitro  |
|  | Servizio di Senologia Territoriale (Manfredonia)                 |  | Diagnostica per immagini ed in vitro  |

\*Afferiscono funzionalmente al Dipartimento Materno- Infantile Misto Ospedale-Territorio le attività consultoriali relative alia maternità e all'infanzia, restando Strutturalmente incardinati nei Distretti SocioSanitari.

| Coordinamento delle Reti per le Patologie Croniche |  |   |              |
|--|--|---|--------------|
| Strutture Complesse Assistenza Distrettuale        | Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale | Strutture Semplici                                    | Dipartimento |
| Distretto SocioSanitario Foggia                    |  | Servizio Scopenso Cardiaco Coordinamento Territoriale |              |
| Distretto SocioSanitario Foggia                    |  | Servizio Diabetologia Coordinamento Territoriale      |              |
| Distretto SocioSanitario Foggia                    |  | Servizio BPCO Coordinamento Territoriale              |              |

| Dipartimento di Prevenzione  |  |   |              |
|--|--|---|--------------|
| Strutture Complesse Dipartimento di Prevenzione  | Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale | Strutture Semplici  | Dipartimento |
| Prevenzione e sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL) - Area Nord  |  | Promozione della salute negli ambienti di lavoro  |              |
| Prevenzione e sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL) Area Sud *   |  | Servizio di assistenza specialistica integrata patologie polmonari trasmissibili e dissuasibili negli ambienti di lavoro                                    |              |
| Sanità Animale (SIAV Area A) - area nord   |  | Gestione piani di risanamento zootecnico e anagrafe bestiame (Area  |              |
| Sanità Animate (SIAV Area A) - Area Sud *  |  | Prevenzione del Randagismo ed anagrafe  |              |
| Igiene della produzione, Trasformazione, Commercializz.ne, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di origine Animale e loro Derivati (SIAV Area B) - Area Nord   |  | Sicurezza alimentare sui prodotti di origine animale (Prodotti Ittici - Uova - Miele);  |              |
| Igiene della produzione, Trasformazione, Commercializz.ne, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di origine Animate e loro Derivati (SIAV Area B) - Area Nord   |  | Sicurezza alimenti su prodotti di origine animale (Carni - Latte e loro derivati)j  |              |
| Igiene degli Allevamenti e Delle Produz.ni Zootecniche (SIAV Area C) - Area Nord   |  | Piano dei campionamenti alimenti e residui; igiene e sicurezza alimenti per animali   |              |
| Igiene degli Allevamenti e Delle Produz.ni Zootecniche (SIAV Area C) - Area Sud *  |  | Farmaco vigilanza e benessere animale   |              |
| Igiene e Sanità Pubblica (SISP) - Area Nord  |  | Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle Malattie Infettive Parassitarie (inclusi i programmi vaccinali) e controllo delle Malattie Cronico Degenerative |              |
| Igiene e Sanità Pubblica (SISP) - Area Sud*  |  | Tutela della salute negli ambienti di vita confinati e collettivi   |              |
| Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) - Area Nord  |  | Igiene, Sorveglianza e sicurezza della nutrizione   |              |
| Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) - Area Sud*  |  | Igiene e sicurezza degli Alimenti di origine vegetale   |              |
|  | Medicina Legale  |   | Prevenzione  |
| *sono le Strutture Complesse oggetto di procedura di selezione per attribuzione di incarico per le quali è stata chiesta la deroga alla Regione Puglia dei parametri standard minimi previsti dalla D.G.R. n.1603/2021 |  |   |              |

| <b>Dipartimento di Salute Mentale</b>   |   |  |                     |
|---|---|--|---------------------|
| <b>Strutture Complesse Dipartimento di Salute Mentale</b>                       | <b>Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale</b> | <b>Strutture Semplici</b>                      | <b>Dipartimento</b> |
| CSM San Severo - San marco in Lamis, vico del Gargano                           |   | CSM Vico del Gargano<br>CSM San Marco in Lamis | Salute Mentale      |
| CSM: Foggia - Lucera - Troia  |   | CIM Lucera<br>CIM Troia                        | salute Mentale      |
| CSM: Manfredonia - Cerignola  |   | CIM Manfredonia                                | Salute Mentale      |
| Servizio di Psicologia Clinica  |   |  | Salute Mentale      |
| S.P.D.C. San Severo (contabilizzata nelle strutture dell'ospedale San Severo)   |   |  | Salute Mentale      |
| S.P.D.C. Manfredonia (contabilizzata nelle strutture dell'ospedale Manfredonia) |   |  | Salute Mentale      |
|   | Psichiatria Penitenziaria e Autori di Reato                             |  | Salute Mentale      |
|   | Servizio di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (SSD)         |  | Salute Mentale      |

| <b>Dipartimento delle Dipendenze Patologiche</b>         |   |                             |                        |
|--|---|-----------------------------|------------------------|
| <b>Strutture Complesse Dipartimento delle Dipendenze</b> | <b>Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale</b> | <b>Strutture Semplici</b>   | <b>Dipartimento</b>    |
| Ser.D. San Severo  |   |                             | Dipendenze Patologiche |
| Ser.D. Foggia - Lucera - Troia                           |   | Alcologia                   | Dipendenze Patologiche |
| Ser.D. Manfredonia - Cerignola                           |   | Ser.D. Cerignola - Ortanova | Dipendenze Patologiche |
|  | Ser.D. Torremaggiore - Apricena   |                             | Dipendenze Patologiche |
|  | Ser.D. San Giovanni Rotondo (Gargano)                                   |                             | Dipendenze Patologiche |

| <b>Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa Ospedaliera e Territoriale</b>  |   |   |                                 |
|---|---|---|---------------------------------|
| <b>Strutture Complesse Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa Ospedaliera e Territoriale</b>                                    | <b>Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale</b> | <b>Strutture Semplici</b>   | <b>Dipartimento</b>             |
| Recupero e riabilitazione funzionale Ospedaliera San severo-Manfredonia (contabilizzata nelle strutture dell'Ospedale di Manfredonia) |   |   | Medicina Fisica e Riabilitativa |
| Medicina Fisica e Riabilitativa Distrettuale  |   | Centri di riabilitazione extraospedaliera ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale - Foggia | Medicina Fisica e Riabilitativa |

| Aree di Staff                      |  |   |  |
|------------------------------------|--|---|--|
| Strutture Complesse                | Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale | Strutture Semplici  | Dipartimento                                   |
| Gestione delle Risorse Umane       |  | 1. Trattamento giuridico economico e previdenziale<br>2. Relazioni sindacali<br>3. Assunzioni, concorsi e sviluppo dei ruoli e delle funzioni   | Dipartimento Dei Servizi e Aree Amministrative |
| Gestione delle Risorse Finanziarie |  | Finanza - Clienti Fornitori - Controlli   | Dipartimento Dei Servizi e Aree Amministrative |
| Gestione Tecnica                   |  | 1. Manutenzione ordinaria e straordinaria: Progettazione ristrutturazioni, adeguamenti normativi; Gestione Appalti dci LL.PP.<br>2. Ingegneria Clinica ed Energy Management Technology. |  |
| Gestione del patrimonio            |  | Contratti e Appalti   | Dipartimento Dei Servizi e Aree Amministrative |
| Coordinamento sociosanitario       |  |   | Dipartimento Dei Servizi e Aree Amministrative |

| Strutture di Staff   |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Strutture Complesse Funzioni di Staff della Direzione Strategica | Strutture Semplici e Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale | Strutture Semplici                        | Dipartimento                                   |
| Struttura Burocratico - Legale                                   |  |   |  |
| Controllo di Gestione  |  |   | Dipartimento Dei Servizi e Aree Amministrative |
| Unità di Statistica ed Epidemiologia                             |  |   |  |
|  |  | Pianificazione e Programmazione aziendale | Dipartimento Dei Servizi e Aree Amministrative |
|  |  | Formazione Aziendale                      | Dipartimento Dei Servizi e Aree Amministrative |
|  |  | Ufficio Relazioni con il Pubblico         |  |
|  |  | UVARP                                     |  |
|  |  | Servizio Informativi Aziendali            |  |
|  |  | Gestione del rischio clinico              |  |
|  |  | Coordinamento delle Professioni Sanitarie |  |
|  |  | Gestione Amministrativa sovradistrettuale |  |

Ai sensi dell'art. 6-ter del D.lgs. 165/2001, "Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale", il comma 1 stabilisce che con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, 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 e capacità del personale da assumere anche per sostenere la transizione digitale ed ecologica della pubblica amministrazione e relative anche a strumenti e tecniche di progettazione e partecipazione a bandi nazionali ed europei, nonché alla gestione dei relativi finanziamenti. A tal riguardo si evidenzia che per le Aziende del SSR Puglia le linee guida per la rappresentazione dei Piani Triennali del Fabbisogno del Personale sono state adottate con DGR 1818/2022 e che il P. T.F.P. della ASL Foggia 2021/2023 è stato definitivamente adottato con



Deliberazione del Commissario Straordinario n. 912 del 20/12/2022.

Rispetto alla evidenziata ampiezza della struttura organizzativa e alle diverse tipologie di attività di “produzione” della Asl Foggia, così come avviene per tutte le Aziende del SSR, non può essere definito un indicatore di ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio.

### **3.2 Organizzazione del lavoro agile**

#### **PREMESSA**

Le opportunità di innovazione dei processi lavorativi offerti dall'utilizzo ed applicazione graduale di nuove tecnologie consentono un costante miglioramento delle attività organizzative e lavorative, tali da poter consentire una “organizzazione elastica” dei processi lavorativi, in modo da rendere realmente efficace la “Organizzazione del Lavoro Agile” all'interno dell'Azienda.

L'implementazione tecnologica ed organizzativa dell'insieme, insieme alle opportune misure di sicurezza applicate, rendono possibile l'utilizzo della totalità delle applicazioni aziendali in remoto.

Pur non declinando un mero elenco di attività lavorative eseguibili in modalità “agile”, il piano proposto deve essere inteso come “possibilità” organizzativa di applicazione del Lavoro Agile, quale particolare modalità di esecuzione della prestazione di lavoro subordinato introdotta al fine di incrementare la competitività e di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e lavoro.

L'articolo 1, comma 5, del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 245 del 13 ottobre, disciplinante il rientro al lavoro in presenza di tutti i dipendenti pubblici, individua l'ambito soggettivo di applicazione delle misure previste dal predetto decreto - tra le quali rientrano quelle per l'accesso al lavoro agile – per il personale dipendente delle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Elementi condizionanti l'attivazione di modalità organizzative di lavoro agile sono:

- a) invarianza dei servizi resi all'utenza
- b) adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, con prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza
- c) adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato
- e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore
- f) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
- g) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile:
  - I. le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione
  - II. le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile
- h) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti
- i) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario

Per il lavoro agile che preveda l'utilizzo di strumenti informatici propri del dipendente (BYOD), di VPN per il collegamento e del sistema di timbratura virtuale

È altresì previsto il Piano formativo per i dipendenti, che comprende l'aggiornamento delle competenze digitali e delle nuove soft skills per l'auto-organizzazione del lavoro, per la cooperazione a distanza tra colleghi e per le interazioni a distanza anche con l'utenza

Sono disponibili VPN e sistemi di videoconferenza per il collegamento dei lavoratori da remoto, per cui sarà necessario incrementare il numero di licenze disponibili, inoltre è disponibile un sistema di timbratura virtuale.

Tutti gli applicativi aziendali sono raggiungibili tramite Internet o tramite VPN.

## **Obiettivi**

La ASL Foggia con l'attivazione e sistemizzazione di procedure di lavoro agile tende, nel tempo, a conseguire i seguenti obiettivi:

- a)** aumento della produttività e qualità del lavoro
- b)** acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza
- c)** riduzione delle assenze dal servizio
- d)** risparmi economici in termini di emolumenti correlati alla prestazione di lavoro in presenza fisica e risorse logistiche obiettivo da ottenersi anche attraverso la riprogettazione degli spazi di lavoro
- e)** miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata
- f)** maggiore senso di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi di struttura e individuali
- g)** maggiore applicazione di flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione
- h)** maggiore soddisfazione dell'organizzazione del proprio lavoro
- i)** maggior benessere organizzativo
- j)** diffusione della modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati
- k)** conseguente rafforzamento della cultura della misurazione e della valutazione della performance
- l)** promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea
- m)** promozione e diffusione delle tecnologie digitali e connessa razionalizzazione delle risorse strumentali
- n)** contribuzione allo sviluppo sostenibile

La disciplina temporanea del lavoro agile presso L'Asl Foggia viene disciplinata in attuazione della normativa nazionale e regionale, in raccordo con quanto previsto dal novellato art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 e della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 giugno 2017 n. 3, e in osservanza della legge del 22 maggio 2017 n. 81, nonché con le norme contenute nei CCNL del personale dirigenziale sanitario e amministrativo nonché con quello del personale di comparto.

Pertanto l'attivazione di attività del lavoro agile è rivolta a tutto il personale dell'Azienda (dirigenza e comparto) con contratto di lavoro sia a tempo indeterminato sia a tempo determinato di qualsiasi profilo dei ruoli amministrativo, tecnico, professionale e sanitario.

Il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà l'istanza del lavoratore tenendo conto, prioritariamente, delle seguenti condizioni:

- a. Lavoratore portatore di patologie invalidanti, auto certificate e/o documentate attraverso certificazione proveniente da medici di struttura pubblica (Decreto Min. della Salute 04/02/2022)
- b. Lavoratore che usufruisce dei permessi giornalieri retribuiti ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.104/92 (autocertificazione)
- c. Lavoratore su cui grava la cura dei figli – sino ai dodici anni di età - a seguito o meno della contrazione dei servizi educativi scolastici (autocertificazione - ad esempio: asilo nido, scuola dell'infanzia, scuola primaria, ecc.)
- d. Lavoratore la cui residenza/domicilio/dimora è posto a distanze uguali o superiori ai 50 Km dalla sede di lavoro (autocertificazione)
- e. Lavoratrice madre in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.lgs. 151/2001 (autocertificazione)
- f. Ulteriori elementi che il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà in forma discrezionale nel rispetto delle priorità sopra citate (documentazione a sostegno)

I requisiti sopra elencati devono essere posseduti al momento della presentazione della istanza.

Il Direttore o il Dirigente Responsabile deve valutare e, nel caso, autorizzare, le richieste per l'accesso all'istituto del lavoro agile contemperando sia le esigenze del lavoratore richiedente sia il regolare funzionamento della propria struttura

Naturalmente, tutte le istanze devono essere valutate avendo a riferimento la complessiva organizzazione aziendale e la garanzia di funzionamento che l'Asl di Foggia, che, per il tramite delle proprie unità operative, deve assicurare per l'assolvimento dei livelli essenziali di assistenza e garantire il diritto alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione e disciplinato nelle forme sancite dalla legge n. 833/1978 e dal d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

Altre condizioni, necessarie all'attivazione di eventuali attività in lavoro agile, riguardano le attività specifiche di lavoro, ovvero:

- Siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche
- Possano essere svolte in remoto e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede
- Prevedano l'utilizzo e la produzione di documentazione digitalizzata
- Richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione
- Non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza
- Siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati, in relazione a quanto previsto dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale.
- l'attività lavorativa del dipendente dovrà essere espletata avvalendosi degli strumenti di dotazione tecnologica già in proprio possesso. Egli potrà collegarsi alla rete aziendale utilizzando notebook, personal computer, tablet, smartphone o quant'altro ritenuto opportuno e congruo dalla struttura Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy per l'esercizio dell'attività lavorativa.

Viene invece rimessa alla contrattazione nazionale la disciplina di numerosi aspetti, tra i quali:

- la responsabilità del datore di lavoro e del lavoratore per quanto attiene alla sicurezza e al buon funzionamento degli strumenti tecnologici
- il diritto a usufruire di ferie e permessi
- il diritto alla disconnessione
- l'equiparazione del lavoratore che svolge la propria attività lavorativa in modalità agile con quello operante in presenza ai fini del trattamento economico e normativo, del diritto alla salute e alla sicurezza sul lavoro e dello sviluppo delle opportunità di carriera e crescita retributiva

Soggetti coinvolti

I soggetti coinvolti nel procedimento di autorizzazione, controllo ed attuazione del lavoro agile, ognuno per le proprie specifiche competenze, sono:

- AREA GESTIONE DEL PERSONALE
- COMITATO UNICO DI GARANZIA - CUG -
- ORGANIZZAZIONI SINDACALI
- DIRIGENTE/RESPONSABILE DI STRUTTURA
- RESPONSABILE DELLA PRIVACY
- SISTEMI INFORMATIVI
- SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (S.P.P.A.)
- RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (D.P.O.)
- CONTROLLO DI GESTIONE
- ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (O.I.V.)

### **3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale**

Elemento qualificante del SSN e rilevante ai fini di una esauriente comprensione della dimensione strutturale delle aziende sanitarie è il personale, sia perché da questo dipende gran parte della qualità dei servizi erogati, sia perché costituisce una quota rilevante dei costi del sistema sanitario.

La presente sezione del PIAO si riferisce al Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), cioè lo strumento attraverso il quale l'ASL di Foggia assicura le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse umane necessarie per il miglior funzionamento delle strutture e dei servizi, compatibilmente con le disponibilità finanziarie e con i vincoli normativi alle assunzioni di personale e di finanza pubblica.

La programmazione del fabbisogno di personale deve ispirarsi a criteri di efficienza, economicità, trasparenza ed imparzialità, indispensabili per una corretta programmazione delle politiche di reclutamento e sviluppo delle risorse umane.

**Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre 2022 così suddivisa in relazione ai profili professionali presenti in ASL di Foggia:**

| <b>Profili professionali in servizio del comparto</b> | <b>Numero dei dipendenti</b> |
|---|------------------------------|
| ASSISTENTE AMMINISTRATIVO                             | 53                           |
| ASSISTENTE RELIGIOSO                                  | 2                            |
| ASSISTENTE TECNICO                                    | 6                            |
| ASSISTENTE TECNICO DIALISI                            | 3                            |
| ASSISTENTE TECNICO GEOMETRA                           | 2                            |
| AUSILIARIO SPEC. (ART.40 384/9                        | 14                           |
| AUSILIARIO SPECIALIZZATO (2000)                       | 60                           |
| AUSILIARIO SPECIALIZZATO (6500)                       | 5                            |
| C. P. ASSISTENTE SOCIALE                              | 74                           |
| C.P. SAN.TECN. NEUROFISIOPATOL                        | 1                            |
| C.P. SANITARIO - ASSISTENTE SA                        | 25                           |
| C.P. SANITARIO - CAPO SALA                            | 11                           |
| C.P. SANITARIO - DIETISTA                             | 3                            |
| C.P. SANITARIO - EDUCATORE PRO                        | 4                            |
| C.P. SANITARIO - FISIOTERAPIST                        | 110                          |
| C.P. SANITARIO - INFERMIERE                           | 1374                         |
| C.P. SANITARIO - LOGOPEDISTA                          | 14                           |
| C.P. SANITARIO - OSTETRICA                            | 76                           |
| C.P. SANITARIO SENIOR EDUC PROFES                     | 3                            |
| C.P. TECNICO SAN. LAB BIOMEDIC                        | 58                           |
| C.P. TERAPISTA NEUROPSICOMOTR.                        | 7                            |
| PEDAGOGISTA SIS                                       | 1                            |
| C.P.S SENIOR TECN.PREV.AMB.LUOGHI                     | 1                            |
| C.P.SAN.TECN.PREV.AMB.LUOGHI L                        | 64                           |
| C.P.SANITARIO-INFERMIERE PEDIA                        | 1                            |
| CENTRALINISTA NON VEDENTE                             | 7                            |
| COADIUTORE AMM.VO SENIOR                              | 8                            |
| COADIUTORE AMMINISTRATIVO                             | 149                          |
| COLL. AMM.VO PROFESS SENIOR                           | 2                            |
| COLL. PROF. I CAT. COLLAB. (OR                        | 3                            |
| COLL. SANITARIO PROFESS SENIOR                        | 2                            |
| COLL.PROF. I CAT.COLL.AUDIOMET                        | 1                            |
| COLL.PROF.I CAT.COORD.- RIAB                          | 1                            |
| COLL.PROF.SAN.TEC. DS ASS.SAN                         | 1                            |
| COLL.PROF.TECN.SAN.RAD.MEDICA                         | 75                           |
| COLLABORATORE AMMINISTRATIVO                          | 37                           |
| COLLABORATORE TECNICO PROFESS                         | 9                            |
| COMMESSE  | 72                           |
| COMMESSE PORTIERE art 40 c.1 3                        | 3                            |
| O.P. II CAT. INFERMIERE GENERI                        | 2                            |
| O.P. II CAT. PUERICULTRICE                            | 3                            |
| OP.PROF. II CAT. INF. ART. 40                         | 1                            |
| OPER SPEC.TO TECNICO AUTISTA cat C                    | 4                            |
| OPER. TECNICO ADDETTO ASSISTEN                        | 16                           |
| OPER. TECNICO CENTRALINISTA                           | 1                            |
| OPERATORE SOCIO SANITARIO BS                          | 309                          |
| OPERATORE TECN. AUTISTA P.I.                          | 4                            |
| OPERATORE TECNICO                                     | 18                           |
| OPERATORE TECNICO AUTISTA CAT. B                      | 2                            |
| OPERATORE TECNICO SPEC.TO AUTI                        | 26                           |
| OPERATORE TECNICO SPECIALIZZAT                        | 2                            |
| OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO CAT. C                | 2                            |
| PEDAGOGISTA   | 4                            |

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| PERITO INDUSTRIALE                                       | 2                           |
| <b>Profili professionali in servizio della Dirigenza</b> | <b>Numero dei Dirigenti</b> |
| DIRIGENTE AMMINISTRATIVO                                 | 20                          |
| DIRIGENTE AVVOCATO                                       | 3                           |
| DIRIGENTE BIOLOGO  | 17                          |
| DIRIGENTE MEDICO   | 383                         |
| DIRIGENTE SOCIOLOGO                                      | 6                           |
| DIRIGENTE FARMACISTA                                     | 19                          |
| DIRIGENTE INGEGNERE                                      | 4                           |
| DIRIGENTE VETERINARIO                                    | 69                          |
| DIRIGENTE PSICOLOGO                                      | 70                          |
| ARCHITETTO STRUT.SEMPL.                                  | 1                           |
| DIRIG. STRUTTURA SEMPLICE SERVIZI INFERM                 | 1                           |
| MEDICI SPECIALIZZANDI                                    | 5                           |
| DIRETT.STRUTT.COMPL-DIRIG.PSIC                           | 1                           |
| MED INC.GB STR SEMPLICE VALENZA DIP                      | 6                           |

### Programmazione Strategica delle Risorse Umane

La nuova declinazione di “fabbisogno di personale” che, tendenzialmente, sostituisce quella di “dotazione organica”, si muove nell’alveo delle seguenti disposizioni di legge:

- articolo 6, comma 2, del Dlgs n. 165/2001, così come modificato dal Dlgs n. 75/2017, che introduce alcuni importanti principi che le amministrazioni sono tenute a considerare nell’adozione del PTFP: l’ottimale impiego delle risorse pubbliche e l’ottimale distribuzione delle risorse umane, principi la cui applicazione deve, tra l’altro, essere funzionale al perseguimento dei risultati di performance organizzativa, nonché al raggiungimento di obiettivi di efficienza, economicità e qualità dei servizi resi al cittadino. E’ la stessa norma, infatti, a stabilire che il PTFP deve essere adottato “*in coerenza con la pianificazione pluriennale della attività e della performance*”, per cui è sancito non solo l’aspetto formale, ma è introdotto un ulteriore profilo, di maggiore pregnanza e significatività: la pianificazione dei fabbisogni di personale deve essere adottata per perseguire gli obiettivi definiti nel piano della performance, i quali, a loro volta, in base alle linee guida del DFP, sono principalmente obiettivi di performance organizzativa coerenti con la pianificazione pluriennale delle attività e, quindi, con il complesso degli strumenti programmatori che caratterizzano i diversi comparti delle amministrazioni pubbliche;
- articolo 6-ter del Dlgs n. 165/2001: per la predisposizione del PTFP le amministrazioni devono tenere conto delle linee d’indirizzo adottate, con atto di natura non regolamentare, dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione.

La metodologia utilizzata per la determinazione del fabbisogno di personale dell’Asl di Foggia tiene conto dei seguenti elementi:

- “*Linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani Triennali di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche*” adottate con Decreto 8 maggio 2018 della Presidenza del Consiglio dei ministri Dipartimento della Funzione Pubblica, pubblicato in GU Sezione Generale n. 173 del 27/07/2018:

- “Il piano triennale del fabbisogno deve essere definito in coerenza e a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa ...”
  - “... deve svilupparsi in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio ...”
  - “infine la pianificazione dei fabbisogni di personale, in quanto processo tra i più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, deve essere anche pienamente coerente, oltre che con i principi generali di legalità, con la disciplina in materia di anticorruzione”;
- Limite di spesa ex art. 2, comma 71, della Legge n. 191/2009 (Spesa sostenuta per il personale nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%), così come confermato per effetto dell'art. 11, comma 1 del D.L. 35/2019, convertito in Legge n. 60/2019, come disaggregato per Azienda con DGR n. 2293 dell'11.12.2018
  - Limite di spesa ex art. 9, comma 28 D. L. 78/2010, convertito in L. 122/2010 (Spesa Lavoro Flessibile: 50% spesa di personale a tempo determinato sostenuta nell'anno 2009);
  - Prescrizioni ministeriali e regionali su Fabbisogno Ospedaliero, che hanno fissato i parametri FTE min ed FTE max entro cui individuare il fabbisogno delle strutture ospedaliere;
  - DGR n. 2416 del 21/12/2018: Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R.;
  - DGR n. 2452 del 30.12.2019: Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. approvate con DGR 2416/2018. Integrazioni.
  - D.M. 132.2022 – Art. 4, Sezione Organizzazione e Capitale umano –

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale indica la consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddiviso per inquadramento professionale e deve evidenziare:

- la capacità assunzionale dell'amministrazione, calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa;
- la programmazione delle cessazioni dal servizio, effettuata sulla base della disciplina vigente, e la stima dell'evoluzione dei fabbisogni di personale in relazione alle scelte in materia di reclutamento, operate sulla base della digitalizzazione dei processi, delle esternalizzazioni o internalizzazioni o dismissioni di servizi, attività o funzioni;
- le strategie di copertura del fabbisogno, ove individuate;
- le strategie di formazione del personale, evidenziando le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale;
- le situazioni di soprannumero o le eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali.



- D.L. 36.2022 – Decreto PNRR 2 - Art. 1, comma 1, modifiche all'art. 6-ter TUPI - (Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale).

Con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, 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 e capacità del personale), da assumere anche per sostenere la transizione digitale ed ecologica della pubblica amministrazione (e relative anche a strumenti e tecniche di progettazione e partecipazione a bandi nazionali ed europei, nonché alla gestione dei relativi finanziamenti).

Il piano triennale del fabbisogno si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e, coerentemente ad essa, è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali che servono all'amministrazione si può ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e si perseguono al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività.

Il PTFP dell'Asl Foggia 2021/2023 è stato approvato in via provvisoria con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 912 del 20.12.2020, recependo il tetto di spesa del personale dell'Asl Foggia determinato in € 177.760.640,00 giusta Delibera di Giunta della Regione Puglia n. 1818 del 12.12.2022, notificata a quest'Azienda il 16.12.2022.

Nel suddetto Piano si dà atto che:

- a) la spesa complessiva è rispettosa per il personale a Tempo Indeterminato, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dal 2004 e delle categorie protette, del limite di cui all'art. 2, comma 71, della L. 191/09 come definito dalla succitata DGR n. 1818/2022 nel valore pari ad € 177.760.640,00;
- b) per il personale a tempo determinato ai sensi dell'art. 9, comma 28, D.L. 78/2010, convertito in L.n.122/2010, la spesa complessiva sostenuta negli anni 2021-2022-2023, al netto delle assunzioni Covid, è contenuta nel limite del 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009;
- c) la consistenza complessiva dei profili professionali di “Dirigente Amministrativo” e personale di comparto “Amministrativo”, rispetta il limite percentuale approvabile del 12% rispetto al totale del personale complessivo, come da dettagliato prospetto agli atti del presente provvedimento<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> La DGR n. 2452 del 30.12.2019 prevede che il fabbisogno di personale amministrativo (comparto più dirigenza) debba rientrare nel 12% dell'intera consistenza di personale in servizio presso l'Azienda: con riferimento al fabbisogno complessivo del personale appartenente al ruolo amministrativo dell'ASL FG - sia della Dirigenza che del Comparto - è rispettato il rapporto percentuale del 12% tra il numero del personale del ruolo amministrativo ed il numero totale del personale in servizio.

Nell'attuale contesto, la definizione dei fabbisogni ed il correlato reclutamento del personale risultano tuttavia condizionati da due rilevanti fattori: la carenza di professionisti sanitari sia dell'area della dirigenza che dell'area del comparto e gli effetti della diffusione del virus pandemico Covid19 nonché del successivo rientro nell'ordinario.

La carenza di alcune tipologie di specialisti medici (in particolare disciplina anestesia e rianimazione, medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, medicina interna, ginecologia ed ostetricia solo per citare i principali) ha fatto sì che non sia stato possibile assumere nella misura prevista e in modo da soddisfare l'intero fabbisogno nonostante le diverse procedure espletate.

Per quanto riguarda l'Area amministrativa, tecnica e professionale l'analisi organizzativa ha messo in evidenza la necessità di integrare la dotazione organica delle strutture, anche in considerazione delle numerose cessazioni intercorse e, soprattutto, della necessità di acquisire risorse qualificate al fine di portare avanti il processo di **digitalizzazione e modernizzazione della Pubblica Amministrazione**. Le nuove procedure e i nuovi modelli organizzativi proposti a livello nazionale e regionale hanno portato la Direzione Aziendale, perciò, a porre in essere valutazioni sull'implementazione e specializzazione della dotazione organica con risorse di categoria D.

Il percorso di analisi intrapresa per i fabbisogni del personale costituisce il primo tassello della revisione organizzativa voluta dalla Direzione Aziendale, analisi realizzata tenendo conto della situazione organizzativa attuale e della stima del trend delle cessazioni, rispettivamente previste per il triennio 2022/2024, come di seguito rappresentato:

| <b>PROFILO PROFESSIONALE</b>          | <b>CESSAZIONI<br/>2022</b> | <b>CESSAZIONI<br/>2023</b> | <b>CESSAZIONI<br/>2024</b> |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| DIRIGENTI MEDICI                      | 32                         | 38                         | 26                         |
| DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI         | 5                          | 5                          | 6                          |
| DIRIGENTI PTA                         | 2                          | 1                          | 1                          |
| PERSONALE INFERMIERISTICO             | 6                          | 13                         | 6                          |
| PERSONALE OSS                         | 1                          | 1                          | 2                          |
| PERSONALE OSTETRICO                   | 2                          | 2                          | 1                          |
| ALTRO PERSONALE COMPARTO<br>SANITARIO | 5                          | 4                          | 3                          |
| PERSONALE COMPARTO NON<br>SANITARIO   | 23                         | 25                         | 35                         |
| <b>TOTALE</b>                         | <b>76</b>                  | <b>89</b>                  | <b>80</b>                  |

Le eventuali modifiche al termine del processo di revisione del Piano di organizzazione in corso da parte della Direzione Aziendale dovranno, successivamente, comportare la revisione anche della programmazione dei fabbisogni.

## Obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse

Come ben rilevato dalla Corte dei conti, nel “Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica”, l'emergenza sanitaria ha messo in evidenza oltre ai punti di forza, gli aspetti problematici del Servizio sanitario nazionale, attribuibili soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni. Per quanto riguarda il personale, le maggiori criticità segnalate dalla Corte sono: il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, specie in alcuni ambiti, di personale specialistico. Come messo in rilievo, a seguito del blocco del *turn-over* nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), negli ultimi dieci anni il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito.

La drammaticità della crisi sanitaria ha accelerato le dinamiche già messe in atto dal c.d. Decreto Calabria (allentamento dei vincoli di spesa e superamento dell'imbuto formativo). Per fronteggiare l'emergenza, sono state utilizzate procedure straordinarie di reclutamento del personale per il potenziamento, in particolare, delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri, in deroga alla disciplina vigente, nelle azioni di contrasto all'emergenza sanitaria in corso.

Un'allocazione del personale che segue le priorità strategiche, invece di essere ancorata all'allocazione storica, può essere misurata in termini di:

- modifica della distribuzione del personale fra i diversi servizi e le diverse aree, nell'ambito degli strumenti offerti dai tre CCNL rispettivamente del Comparto, Area Sanità e Area Funzioni Locali (per la Dirigenza PTA);
- modifica del personale in termini di inquadramento e/o di livello tenendo conto delle disposizioni contrattuali e legislative vigenti.

## Strategia di copertura del fabbisogno

Le principali linee strategiche di copertura del personale da attuarsi compatibilmente con gli obiettivi previsti dalla normativa vigente, nel rispetto della compatibilità economico-finanziaria e dell'obiettivo economico assegnato dalla Regione Puglia, e alla luce delle indicazioni programmatiche declinate nel Piano della Performance, possono essere ricondotte a:

- ✓ copertura del *turn over*, finalizzata ad assumere un numero di unità coerenti con le cessazioni verificatesi nonché superamento delle carenze di alcune tipologie di specialisti medici<sup>2</sup> e di personale sanitario tramite gli strumenti in materia di reclutamento ex lege previsti:
  - concorso pubblico per titoli ed esami;
  - concorso unico regionale;
  - mobilità nazionale ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 165/2001;
  - scorrimento di graduatorie di pubblici concorsi banditi da altre Aziende del SSR, in virtù dell'Accordo del 2017 sull'utilizzo di graduatorie;
  - comandi e assegnazioni temporanee;

---

<sup>2</sup> In particolare disciplina anestesia e rianimazione, medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, medicina interna, ginecologia ed ostetricia, solo per citare i principali.

- avvisi pubblici per assunzioni a tempo determinato ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. 165/2001;
  - assunzioni previste dalla L. 68/1999 giusta Convenzione sottoscritta con l'ARPAL territorialmente competente di Foggia;
- ✓ valorizzazione e qualificazione del personale del Sistema Sanitario Regionale, nei diversi ruoli e nei vari setting operativi (assistenziali, clinici, amministrativi, gestionali e di supporto) tramite gli istituti:
- delle progressioni economiche all'interno della stessa area che avvengono, con modalità stabilite dalla contrattazione collettiva, in funzione delle capacità culturali e professionali e dell'esperienza maturata e secondo principi di selettività, in funzione della qualità dell'attività svolta e dei risultati conseguiti, attraverso l'attribuzione di fasce di merito;
  - delle progressioni verticali tra le Aree per il personale dipendente;
  - tramite il sistema degli incarichi di funzione per il personale dipendente;
  - tramite il sistema di conferimento e graduazione degli incarichi contrattualmente previsto per il personale dirigenziale;
- ✓ superamento del precariato e valorizzazione delle professionalità acquisite dal personale con rapporto di lavoro flessibile: nella determinazione del fabbisogno, in coerenza con gli obiettivi di valorizzazione e qualificazione del SSR ed in particolare con gli obiettivi di **superamento del precariato e di valorizzazione delle professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro flessibile**, si afferma altresì il principio del ricorso alle **procedure di stabilizzazione** disciplinate dall'art. 20, comma 1, del D. Lgs. 75/2017 e ss.mm.ii. e dall'art. 1 della legge n. 234/2021, con le modalità disciplinate dalle linee di indirizzo regionali, mediante la trasformazione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato delle posizioni lavorative stabili ed istituzionali ricoperte con contratti di lavoro a tempo determinato, nel rispetto dei requisiti e delle possibilità previste dalla normativa vigente.

Inoltre, l'Asl di Foggia si è avvalsa anche nell'anno 2022 dei seguenti strumenti offerti dal legislatore del periodo dell'emergenza socio sanitaria da Covid 19:

- la possibilità di stipulare di **contratti di lavoro autonomo con personale medico ed infermieristico**, con la specifica finalità di incrementare il fabbisogno di personale necessario al contrasto all'epidemia da Covid 19 (art. **2-bis del D.L. n. 18 del 2020**)<sup>3</sup>. La loro efficacia è stata **estesa al 31 dicembre 2022** dall'art. 1, comma 268, lett. a) della Legge di bilancio 2022 (L. n. 234/2021).
- il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, **collocati in quiescenza**, anche ove non iscritti al competente albo

---

<sup>3</sup> Gli incarichi di lavoro autonomo (ivi compresi incarichi di collaborazione coordinata e continuativa), previsti dalla disciplina transitoria di cui al suddetto articolo 2-bis (in particolare dal comma 1, lettera a) possono essere attribuiti **anche a tutti i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti all'ordine professionale**.

professionale in conseguenza del collocamento a riposo, nonché agli operatori socio-sanitari collocati in quiescenza (art. **2-bis, comma 5, del D.L. n. 18 del 2020**);

- la possibilità, in via transitoria, di conferire da parte degli enti ed aziende del Ssn, **incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie** e ad operatori socio-sanitari, mediante avviso pubblico, estendendo tale possibilità anche per i medici specializzandi iscritti regolarmente all'**ultimo e penultimo anno di corso della scuola di specializzazione (art. 2-ter, commi 1 e 5, del D.L. n. 18 del 2020)**<sup>4</sup>. La legge di bilancio 2022 (art. 1, comma 268, della L. n. 234 del 2020) ha esteso l'efficacia di tale disposizioni al **31 dicembre 2022**.
- l'introduzione della figura dell'**infermiere di famiglia o di comunità**: la possibilità di procedere ad assunzioni di personale infermieristico, con l'obiettivo da una parte, di potenziare, con la componente infermieristica, **l'assistenza domiciliare e la sorveglianza attiva** per i pazienti da SARS-CoV-2 non ospedalizzati, supportando le USCA (unità speciali di continuità assistenziale), e dall'altra di rafforzare **l'assistenza ai soggetti fragili e cronici**, anche attraverso la collaborazione rafforzata con i medici di medicina generale, riducendo così il carico di prestazioni e servizi ambulatoriali (art. **1, comma 5, D.L. n. 34/2020 cd. Decreto Rilancio**).
- la facoltà per gli Enti ed Aziende del SSN, verificata l'impossibilità di reperire personale sanitario facendo ricorso alle misure già a tal fine previste nel periodo emergenziale, di **trattenere in servizio, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza**, i dirigenti medici e sanitari, nonché il personale del ruolo sanitario del comparto sanità e gli operatori socio-sanitari (art. **12, comma 1, del D.L. n. 18 del 2020**). L'efficacia della norma è stata prolungata al **31.12.2022** dal D.L. 24 del 2022.

Le politiche di gestione delle risorse umane sono in particolare orientate in via prioritaria verso i profili professionali dell'area della dirigenza e del comparto direttamente impegnati nell'erogazione delle attività assistenziali.

Contestualmente, viene auspicata, compatibilmente con il normalizzarsi della situazione epidemiologica e con il superamento delle difficoltà di reclutamento tramite le ordinarie procedure in ambiti territoriali peculiari, la progressiva riduzione di tipologie di lavoro atipico per ricondursi alla strategia di riduzione già intrapresa in epoca ante Covid.

### 3.3.1 Formazione del Personale

La formazione è unanimemente accettata come un fattore basilare per supportare i comportamenti dei professionisti che operano nel Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata in favore dei cittadini.

La Direzione aziendale della ASL di Foggia riconosce il ruolo strategico dell'attività formativa, unitamente ad altri strumenti, per agire il cambiamento dell'organizzazione e delle politiche di sviluppo delle risorse umane teso ad un processo di empowerment diffuso.

---

<sup>4</sup> Le attività professionali svolte in base ai suddetti incarichi a termine costituiscono titoli preferenziali nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale.

La programmazione della Formazione del personale si sviluppa per piani aziendali che, conformemente al Regolamento per l'attività Formativa di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 2434 del 15/12/2010, si predispongono elaborando le proposte pervenute dalle singole articolazioni aziendali.

Il processo di costruzione dell'offerta formativa avviene step by step:

1. Emanazione delle linee di indirizzo

*Conformemente alle vigenti disposizioni normative e contrattuali concernenti la formazione del personale, in linea con gli obiettivi strategici aziendali, la direzione strategica individua le linee di indirizzo formative prioritarie necessarie per sostenere processi di innovazione secondo standard qualitativi elevati.*

2. Rilevazione del fabbisogno

*I Direttori di macrostruttura rilevano i bisogni formativi scaturiti dall'analisi critica degli obiettivi raggiunti ovvero mancati, dall'analisi degli "alert" inviati dall'ambiente e, soprattutto, rappresentano i bisogni formativi legati alla necessità di porre in essere azioni innovative sul piano tecnico, organizzativo e gestionale.*

3. Progettazione dei corsi

*Individuazione del target, dei contenuti didattici, dei docenti, della metodologia nonché l'individuazione delle risorse sono i cardini intorno ai quali ruota la progettazione degli interventi formativi.*

4. Erogazione dell'intervento

*Per la realizzazione dei singoli eventi formativi, di cui di seguito si declinano le tipologie, si predilige il ricorso a formatori e personale qualificato interno ricorrendo a professionalità esterne laddove determinate competenze non siano presenti in Azienda:*

*A. Formazione residenziale interattiva e in videoconferenza sincrona (RES)*

*B. Formazione sul campo (FSC), in particolare con l'utilizzo di Gruppi di lavoro/studio/miglioramento*

*C. Formazione a distanza (FAD) asincrona sulla piattaforma aziendale.*

5. Valutazione

*Questa fase si realizza attraverso la verifica dei contenuti formativi appresi, del consenso riservato alle modalità formative nonché e soprattutto dalla verifica delle ricadute attese nel tempo.*

Per il triennio 2022-2024 si individuano alcuni obiettivi formativi che, per il loro contenuto, sono trasversali e comuni a tutte le strutture aziendali ovvero obbligatori per norme specifiche, ad es.:

| AMBITO FORMATIVO                           | OBIETTIVO  | % PERSONALE COINVOLTO |
|--|--|-----------------------|
| FORMAZIONE GENERALE DEI LAVORATORI         | Corsi di formazione per rischi specifici nei luoghi di lavoro.   | 100% INTERESSATI      |
| BLS/D/PBLS                                 | Il corso blsd insegna a soccorrere i soggetti colpiti da attacco cardiaco mediante la rianimazione cardiopolmonare e la defibrillazione  | 100% INTERESSATI      |
| INFORMATIZZAZIONE E DIGITALIZZAZIONE       | ammodernamento e aggiornamento dell'intera ASLFG   | 100% INTERESSATI      |
| PARITÀ DI GENERE                           | definire le linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere  | 100% INTERESSATI      |
| POTENZIAMENTO DELLE COMPETENZE MANAGERIALI | Perfezionare la capacità di governo per il miglioramento delle prestazioni   | 100% INTERESSATI      |
| FORMAZIONE DEI NEOASSUNTI                  | Supervisione e bilancio delle competenze   | 100% INTERESSATI      |
| ETICA, ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA        | formazione obbligatoria in tema di anticorruzione, trasparenza ed etica pubblica; aggiornamento dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, ora confluiti nel <a href="#">Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)</a> previsto dall'art. 6 del D.L. 80/2021 | 100% INTERESSATI      |
| SICUREZZA INFORMATICA                      | protezione delle informazioni digitali e dei dispositivi   | 100% INTERESSATI      |
| PRIVACY                                    | strategie per la protezione del diritto alla riservatezza  | 100% INTERESSATI      |
| SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO    | Diffusione delle misure preventive da adottare continuamente per rendere sicuri e salubri i luoghi di lavoro   | 100% INTERESSATI      |

L'offerta formativa tecnico-specialistica propria di una Azienda Sanitaria deve soddisfare, inoltre, le attese derivanti dal Programma nazionale di ECM avviato nel 2002 e predisposto in base al DLgs 502/1992 (integrato dal DLgs 229/1999) che aveva istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità.

Il sistema di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) è lo strumento per garantire la formazione continua finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali degli operatori sanitari.



Il Piano formativo per il triennio 2022-2024 si arricchisce, pertanto, di corsi di formazione continua, destinati agli operatori sanitari, riferiti ai seguenti ambiti:

| AMBITO FORMATIVO                               | OBIETTIVO  | PERSONALE COINVOLTO                      |
|--|--|--|
| GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO                   | RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E FARMACI-PREVENZIONE RISCHIO CADUTA-SEGNALAZIONE DI RISCHIO CLINICO-FASE REATTIVA RISCHIO CLINICO AUDIT E RCA  | SAN/TEC                                  |
| PEDIATRIA<br>NEONATOLOGIA<br>FIBROSI CISTICA   | AUDIT CLINICI ED ORGANIZZATIVI-IL NEONATO, IL NOSTRO FUTURO NELLE NOSTRE MANI  | MEDICI INF.<br>OSS                       |
| MEDICINA LEGALE                                | EMERGENZE EPIDEMIOLOGICHE- ATTIVITA' CONSULTORIALE DELLA MEDICINA LEGALE- IL CONSENSO INFORMATO ALLA LUCE DEL DRG 219/2017 IN IPOTESI DI RESPONSABILITA' PENALE E CIVILE- LEGGE FINE VITA: TRA CAPACITA' E CONSENSI  | TUTTE LE PROFESSIONI                     |
| MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA | SCREENING  | MMG PLS                                  |
| PARITÀ DI GENERE                               | IDENTITÀ DI GENERE E ORIENTAMENTO SESSUALE   | TUTTE LE PROFESSIONI                     |
| PREVENZIONE                                    | TUBERCOLOSI E MICOBATTERIOSI -VACCINAZIONI-MEDICINE DEI VIAGGI-IGIENE DEGLI ALIMENTI- FORMAZIONE DEGLI ADDETTI AL CONTROLLO UFFICIALE PER SPIAGGIAMENTI DI ESEMPLARI DI FAUNA MARINA (CETACEI E TARTARUGHE)- ALIMENTI DOP, IGP , STG, ETICI, NOVEL FOOD E DERIVATI DA SELVAGGINA CACCIATA.   | MEDICI VETERINARI<br>TDP INF.<br>SS.SAN. |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE                       | PROTOCOLLO ERAS (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY)-TRAUMA CRANICO IN ETA' PEDIATRICA- INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO IN ETA' PEDIATRICA   | MEDICI INF                               |
| TELEMEDICINA                                   | ASSISTENZA DOMICILIARE TRA PNRR E D.M. 77/2022: DALLA TELEMEDICINA AL SISTEMA INTEGRATO E MULTIPROFESSIONALE DI GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE NELLE CURE DOMICILIARI   | TUTTE LE PROFESSIONI SAN.                |
| SCREENING ONCOLOGICI                           | MAMMELLA-UTERO-COLON   | TUTTE LE PROFESSIONI                     |
| SALUTE MENTALE                                 | L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA PERSONA AFFETTA DA DISAGIO PSICHICO GRAVE- DIALECTICAL BEHAVIOURAL THERAPY NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA'- PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE -ASSISTENZA PERSONALIZZATA IN UN CENTRO PER DEMENZE | MEDICI INF.<br>PSICOLOGI                 |
| TUTELA DELLE DONNE CONTRO LA VIOLENZA          | FORMAZIONE STAKEHOLDERS  | TUTTE LE PROFESSIONI                     |
| MEDICINA INTERNA                               | CORSO TEORICO-PRATICO DI VENTILAZIONE POLMONARE NON INVASIVA IN MEDICINA INTERNA E MEDICINA DI URGENZA   | MEDICI INF.<br>FISIOT.                   |
| RIABILITAZIONE                                 | FORMAZIONE PROFESSIONALE IN BIO-NEUROFEEDBACK - CORSO TEORICO-PRATICO SULLE PATOLOGIE DI SPALLA  | MEDICI INF.<br>FISIOT.                   |
| PROFESSIONI SANITARIE                          | L'INNOVAZIONE NEI SERVIZI TERRITORIALI: CASE DI COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E NOZIONI DI RISK MANAGEMENT SUL TERRITORIO-   | TUTTE LE PROFESSIONI                     |
| EMERGENZA URGENZA                              | AUDIT- COMUNICAZIONE EFFICACE E GESTIONE DELLE EMOZIONI IN EMERGENZA/URGENZA- MANAGEMENT E METODOLOGIA NELLA GESTIONE DELL'OBI IN P.S.   | TUTTE LE PROFESSIONI                     |

L'attività formativa si realizza prevalentemente in house con il ricorso, a volte, a istituzioni pubbliche e private esterne avanzate in specifici campi scientifici. I costi derivanti dall'attuazione dei suddetti Piani sono interamente attribuiti al bilancio aziendale e finanziati da contributo regionale nelle assegnazioni indistinte a questa Azienda Sanitaria.

Gli eventi formativi (accreditati e non ai fini ECM) tendono a favorire il coinvolgimento di tutte le figure professionali dell'Azienda, in coerenza con le finalità strategiche della stessa ed in linea con i principi di equità e pari opportunità.

## 4. Monitoraggio

L'attuazione delle strategie e la realizzazione degli obiettivi contenuti nel presente PIAO è assicurata da un sistema di monitoraggio che coinvolge diverse strutture e organi dell'Azienda, riservando particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

### **Monitoraggio Valore Pubblico e Performance**

L'Azienda procede a monitorare il valore pubblico generato per mezzo delle proprie azioni strategiche, misurando i risultati raggiunti negli ambiti indicati negli obiettivi di Performance e rendicontati nella Relazione sulla Performance.

La relazione sulla Performance è un documentato annuale orientato sia verso l'esterno, per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse dei risultati conseguiti in riferimento alle priorità strategiche (accountability) declinate negli obiettivi di Performance, che verso l'interno, per rendere conto ai vari livelli organizzativi l'esito dell'attività gestionale orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente. Con la precitata relazione, si esplicita il grado di performance che l'Azienda ha conseguito, nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, con il fine ultimo di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

In linea con quanto previsto dal Sistema di Monitoraggio e Valutazione della Performance, oltre alla verifica finale, l'Azienda attua un monitoraggio in itinere, semestrale e, nel corso del prossimo triennio anche trimestrale, fondamentale ai fini di un confronto tra i servizi e dell'aggiornamento sui risultati programmati, in quanto consente, in caso di criticità, di gestire gli scostamenti da quanto programmato e, se necessario, ridefinire il percorso con l'adozione di azioni correttive.

Tale funzione viene svolta dalla Struttura Controllo di Gestione che, sulla base dei software messi a disposizione dall'Azienda, invia alle varie strutture, soprattutto ospedaliere, dati di attività indispensabili al fine di monitorare l'andamento nel corso dell'anno.

In ogni caso il monitoraggio avverrà secondo le modalità stabilite dal decreto legislativo 150/2009 e attraverso il Sistema di Misurazione e valutazione della Performance.

### **Monitoraggio dei rischi corruttivi.**

Per quanto concerne il monitoraggio dei rischi corruttivi della ASL Foggia, si rimanda al sottoparagrafo specifico inserito nell'apposita sezione 2.3 "Rischi corruttivi e Trasparenza, precisando che, in ogni caso, il monitoraggio avverrà secondo le indicazioni ANAC.

### **Monitoraggio della customer satisfaction.**

Al fine della creazione e del mantenimento del Valore Pubblico, risulta fondamentale monitorare la percezione e la soddisfazione dei cittadini e degli stakeholders rispetto alla qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati dall'Azienda.

La ASL di Foggia, conduce da anni un'analisi sulla qualità percepita da parte dei cittadini che usufruiscono dei servizi aziendali. Questa non rappresenta un semplice sondaggio di opinioni, ma si realizza come un'occasione in cui è possibile ascoltare e comprendere fino in fondo i bisogni del cittadino, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando la capacità di dialogo e di relazione, costruendo un modello di relazione basato sulla fiducia.

In tal senso, nel corso del triennio 2023-2025 la ASL intende migliorare e continuare tale rilevazione soprattutto al fine di individuare gli aspetti critici dell'erogazione dei servizi, restituire le informazioni alle strutture e, di conseguenza, proporre le modifiche necessarie per migliorarne la qualità.

I risultati attesi a seguito dell'attuazione dei suddetti interventi riguardano l'incremento del grado di qualità percepita dal cittadino e della conformità comportamentale alle procedure nello svolgimento dei processi da parte degli operatori.

### **Monitoraggio Organizzazione e capitale umano**

Il monitoraggio relativamente a tale sezione verrà effettuato direttamente dal Direttore del Personale e dal Dirigente dell'Ufficio Concorsi ed Assunzioni, che, nel pieno rispetto dei tetti di spesa per le assunzioni a tempo determinato ed indeterminato, e sulla base delle indicazioni, oltre che nazionali e regionali, aziendali provvederanno ad assicurare il turn-over dei dipendenti, le cessazioni, le nuove assunzioni, le progressioni di carriera e l'Organizzazione del lavoro agile, al fine di migliorare l'intera organizzazione del personale dell'ASL di Foggia.

**Per la valutazione complessiva del PIAO si prevedono due momenti di verifica sullo stato di attuazione, da effettuarsi su base semestrale, a cura del Gruppo di lavoro costituito per la redazione del Piano, al fine di rilevare eventuali criticità nell'attuazione delle misure previste e propedeutiche alla eventuale modifica del PIAO in itinere, e finale per la predisposizione del nuovo Piano.**

### **Allegati**

- A) Prospetto Obiettivi Performance
- B) Analisi e Trattamento dei rischi
- C) Priorità di trattamento dei rischi
- D) Stato di attuazione delle misure
- E) Relazione annuale del RTPC 2022
- F) Obblighi di pubblicazione e Responsabili della trasmissione
- G) Piano pluriennale della rotazione del Personale