



# **PIAO**

## **Piano Integrato di Attività e Organizzazione triennio 2024-2026**



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

Il Direttore Generale  
dott. Giuseppe Pasqualone



## Sommario

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 1       | Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione.....                                       | 5  |
| 1.1     | Le attività e i principali risultati raggiunti .....   | 6  |
| 1.1.1   | Capacità di governo della domanda sanitaria, appropriatezza e qualità dell'assistenza.....   | 6  |
| 1.1.1.1 | L'attività di ricovero .....   | 6  |
| 1.1.1.2 | L'attività ambulatoriale.....  | 12 |
| 1.1.1.3 | L'attività della rete emergenza-urgenza.....   | 13 |
| 1.1.1.4 | Principali indicatori di attività-performance delle Strutture Sanitarie .....                | 14 |
| 1.1.1.5 | Adozione del Piano attuativo aziendale per il recupero delle liste d'attesa .....            | 17 |
| 1.1.1.6 | Adozione di percorsi Diagnostico-Terapeutici .....   | 17 |
| 1.1.2   | Assistenza farmaceutica: monitoraggio della spesa per farmaci e dispositivi medici.....      | 18 |
| 1.1.2.1 | Spesa farmaceutica .....   | 18 |
| 1.1.2.2 | Spesa dispositivi medici.....  | 20 |
| 1.1.3   | Aspetti economico-finanziari ed efficenza operativa.....                                     | 22 |
| 1.1.3.1 | L'indice di tempestività dei pagamenti (ITP) .....   | 22 |
| 1.1.3.2 | Avvio del nuovo sistema informativo (MOSS) per il monitoraggio della pesa del SSR .....      | 22 |
| 1.1.3.3 | Completamento del reparto operatorio sito al 6° piano del DEU e del Polo chirurgico .....    | 23 |
| 1.1.3.4 | Acquisto di tecnologie sanitarie a valere sui finanziamenti PNRR, POR-POC Puglia, CIPE ..... | 23 |
| 2       | Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione.....                                | 26 |
| 2.1     | Valore pubblico .....  | 26 |
| 2.2     | Performance.....   | 28 |
| 2.2.1   | Gli obiettivi dell'Azienda .....   | 28 |
| 2.2.2   | La programmazione annuale e il ciclo di gestione della performance .....                     | 36 |
| 2.2.3   | Dalla performance organizzativa alla performance individuale.....                            | 37 |
| 2.2.4   | Performance e programmazione di bilancio.....  | 38 |
| 2.3     | Rischi Corruttivi e Trasparenza.....   | 39 |
| 2.3.1   | Processo di elaborazione.....  | 39 |
| 2.3.2   | Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione .....                                  | 40 |
| 2.3.3   | Obiettivi Strategici anticorruzione .....  | 45 |
| 2.3.4   | Valutazione d'impatto del contesto esterno .....   | 46 |
| 2.3.5   | Valutazione d'impatto del contesto interno .....   | 52 |
| 2.3.6   | Mappatura dei processi .....   | 52 |
| 2.3.7   | Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi .....                                    | 53 |
| 2.3.8   | Misure di prevenzione .....  | 56 |
| 2.3.9   | Patto di integrità.....  | 57 |
| 2.3.10  | Conflitto di interessi.....  | 58 |
| 2.3.11  | Codice di Comportamento .....  | 59 |
| 2.3.12  | Incompatibilità successiva .....   | 60 |
| 2.3.13  | Segnalazione illeciti .....  | 61 |
| 2.3.14  | Inconferibilità ed incompatibilità.....  | 63 |
| 2.3.15  | Rotazione del Personale.....   | 63 |

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 2.3.16 | Incarichi extra-istituzionali .....                                 | 64 |
| 2.3.17 | Monitoraggio tempi procedurali .....                                | 65 |
| 2.3.18 | Formazione del Personale .....                                      | 65 |
| 2.3.19 | Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante .....                     | 66 |
| 2.3.20 | Sponsorizzazioni .....  | 66 |
| 2.3.21 | Attività conseguenti al decesso .....                               | 67 |
| 2.3.22 | Donazione e Comodati d'uso .....                                    | 67 |
| 2.3.23 | Attività Libero Professionale – ALPI .....                          | 67 |
| 2.3.24 | Referente monitoraggio Opere Pubbliche .....                        | 68 |
| 2.3.25 | Gestore procedure antiriciclaggio .....                             | 68 |
| 2.3.26 | Flussi informatici periodici .....                                  | 68 |
| 2.3.27 | Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....                 | 68 |
| 2.3.28 | Monitoraggio e Riesame Periodico .....                              | 69 |
| 2.3.29 | Trasparenza Amministrativa .....                                    | 70 |
| 2.3.30 | Coinvolgimento degli Stakeholders .....                             | 71 |
| 2.3.31 | Accesso Civico Semplice e Generalizzato .....                       | 72 |
| 2.3.32 | Allegati .....  | 73 |
| 3      | Sezione 3: Organizzazione del capitale umano.....                   | 74 |
| 3.1    | Struttura organizzativa.....  | 74 |
| 3.2    | Organizzazione del lavoro agile .....                               | 78 |
| 3.2.1  | Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile .....          | 78 |
| 3.2.2  | Modalità attuative del lavoro agile durante la fase ordinaria ..... | 78 |
| 3.2.3  | Soggetti, procedura e svolgimento della prestazione .....           | 79 |
| 3.2.4  | Strumenti tecnologici in dotazione al dipendente .....              | 82 |
| 3.2.5  | Percorsi formativi .....  | 82 |
| 3.2.6  | Programma di sviluppo del lavoro agile .....                        | 82 |
| 3.3    | Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale.....                    | 86 |
| 3.3.1  | Formazione del personale .....                                      | 91 |
| 4      | Sezione 4: Monitoraggio.....  | 93 |

## Premessa

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

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

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

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

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

## 1 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

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

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

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

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

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

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



## 1.1 Le attività e i principali risultati raggiunti

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Nota metodologica produzione aziendale**

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

#### 1.1.1.1 L'attività di ricovero

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

La marcata riduzione del numero di ricoveri diurni (-2,85%) rispecchia l'azione positiva, attuata in aderenza alle direttive regionali ed aziendali, in tema di trasferimento in Day Service di alcuni ricoveri classificati in precedenza come diurni.

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

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

Tabelle 1.1.1.1 a - N. dimissioni ricoveri

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

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

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

Tabelle 1.1.1.1 b - Valore della produzione da attività di ricovero

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

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

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

Tabelle 1.1.1.1 c - Peso medio DRG

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



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

Tabella 1.1.1.1 d - Degenza ordinaria

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

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

Tabella 1.1.1.1 e - Degenza diurna

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

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

Tabella 1.1.1.1 f - Percentuale DRG chirurgici sul totale della produzione

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

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

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

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

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

Tabella 1.1.1.1 g - Interventi chirurgici

L'attività è in miglioramento anche per l'appropriatezza di ricovero; uno degli Indicatori di appropriatezza è l'indice di inapproprietezza. I dati mostrano che la percentuale della produzione riveniente dalle dimissioni con DRG inappropriati, rapportato alla produzione totale dai dimessi, è in costante diminuzione, passando dal 3,74% del 2022 al 3,17% del 2023.

| Anno Dimissione | N.° Dimissioni Totali | N. Dimissioni con DRG inappropriati | % Dimissioni con DRG inappropriati | Valore totale SDO | Valore SDO con DRG inappropriati | % Valore SDO con DRG inappropriati |
|-----------------|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 2022            | 28.015                | 2.899                               | 10,35%                             | 111.077.557 €     | 3.204.774 €                      | 2,89%                              |
| 2023            | 27.987                | 2.297                               | 8,21%                              | 112.589.616 €     | 2.595.103 €                      | 2,30%                              |

Tabella 1.1.1.1 i - % DRG Inappropriati per ricoveri ordinari

| Anno Dimissione | N.° Dimissioni Totali | N. Dimissioni con DRG inappropriati | % Dimissioni con DRG inappropriati | Valore totale SDO | Valore SDO con DRG inappropriati | % Valore SDO con DRG inappropriati |
|-----------------|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 2022            | 3.049                 | 1.030                               | 33,78%                             | 4.297.577 €       | 1.105.244 €                      | 25,72%                             |
| 2023            | 2.962                 | 959                                 | 32,38%                             | 4.112.312 €       | 1.100.502 €                      | 26,76%                             |

Tabella 1.1.1.1 l - % DRG Inappropriati per ricoveri diurni

| Anno Dimissione | N.° Dimissioni Totali | N.° Dimissioni con DRG inappropriati | % Dimissioni con DRG inappropriati | Valore totale SDO | Valore SDO con DRG inappropriati | % Valore SDO con DRG inappropriati |
|-----------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 2022            | 31.064                | 3.929                                | 12,65%                             | 115.375.134 €     | 4.310.018 €                      | 3,74%                              |
| 2023            | 30.949                | 3.256                                | 10,52%                             | 116.701.928 €     | 3.695.605 €                      | 3,17%                              |

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

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

Limitatamente alla provenienza extraregionale dei pazienti, notiamo che la produzione, sia ordinaria che diurna, è rivolta maggiormente alle regioni limitrofe come Basilicata, Campania e Molise.

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

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

Tabelle 1.1.1.1 n - Ricoveri ordinari per provenienza regionale dei pazienti

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

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

Tabelle 1.1.1.1 o - Ricoveri diurni per provenienza regionale dei pazienti

Nel 2023 la produzione dei ricoveri ordinari è stata espletata soprattutto nei confronti dei pazienti di età superiore ai 75 anni. Si tratta di pazienti maggiormente esposti a patologie croniche ed a conseguenti rischi di complicanze.

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

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

Tabella 1.1.1.1 p - Ricoveri ordinari per fascia d'età

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

Tabella 1.1.1.1 q - Ricoveri diurni per fascia d'età

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

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

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

Tabelle 1.1.1.1 r - Prestazioni ambulatoriali per pazienti "interni"

### 1.1.1.2 L'attività ambulatoriale

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

Il Policlinico ha erogato circa 2.400.000 prestazioni ambulatoriali per un valore di quasi 56.500.000€. Esse riguardano la branca laboratoristica, la diagnostica per immagini e le altre branche al fine di garantire completezza ed esaustività dell'offerta per pazienti esterni.

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

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

Tabelle 1.1.1.2 a - Prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni

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

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

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

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

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

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

Tabella n. 1.1.1.3 a - Percentuale di ricoveri ordinari urgenti

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

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

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

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

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

Tabelle n. 1.1.1.3 b - Indicatori Pronto Soccorso

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

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

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

#### 1.1.1.4 Principali indicatori di attività-performance delle Strutture Sanitarie

Come già evidenziato nella nota metodologica, il dato non è assestato. Nonostante quest'ultimo aspetto la produzione registra una variazione assoluta di +8.532.120€, pari a +5,18%. Prendendo in esame le SDO non validate ed effettuando una valorizzazione prudenziale (totale valore SDO di ogni singola struttura/totale dimessi), si ottiene un valore di 3.649.112€ che, sommato al valore consolidato, porta la produzione ad un totale di 176.773.541€ corrispondente ad una variazione assoluta di +12.181.242€, pari a +7,40%.

Di seguito sono riportate le tabelle attinenti alle SDO non validate con indicazione del numero e del valore nonché il tabellone con i principali indici di attività inerenti alla produzione aziendale.



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

Tabella 1.1.1.4 a - SDO non validate ricoveri ordinari e diurni



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

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

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

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

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

#### 1.1.1.6 Adozione di percorsi Diagnostico-Terapeutici

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **1.1.2.1 Spesa farmaceutica**

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

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

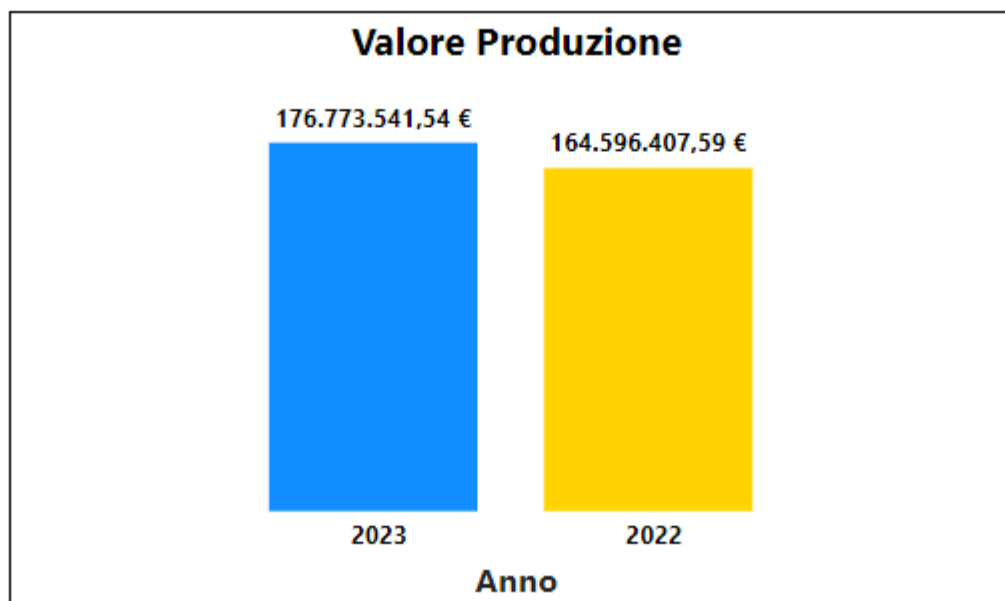
- all'assegnazione ai Direttori delle U.O. mediche aziendali di obiettivi di performance e di incarico finalizzati alla riduzione della spesa farmaceutica;
- all'adozione di specifiche procedure/direttive aziendali e inter-aziendali finalizzate alla verifica e valutazione periodica dell'appropriatezza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

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

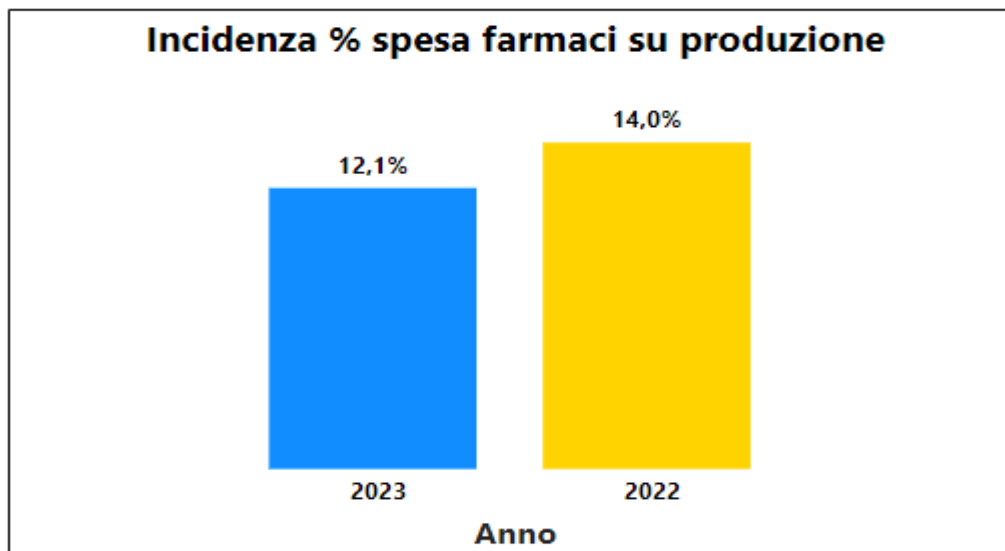
| Spesa farmaceutica al 31 dicembre |                    |                             |              |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------|
| 2023                              | 2022               | Diminuzione<br>2023 vs 2022 | %            |
| 23.058.387,54                     | 21.335.071,52      | <b>1.723.316,02</b>         | <b>8,08%</b> |
| <i>Fonte MOSS</i>                 | <i>Fonte DISAR</i> |                             |              |

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

| Produzione al 31 dicembre |                |                            |              |
|---------------------------|----------------|----------------------------|--------------|
| 2023                      | 2022           | Incremento<br>2023 vs 2022 | %            |
| 176.773.541,54            | 164.596.407,59 | <b>12.177.133,95</b>       | <b>7,40%</b> |



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



### 1.1.2.2 Spesa dispositivi medici

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

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

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

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

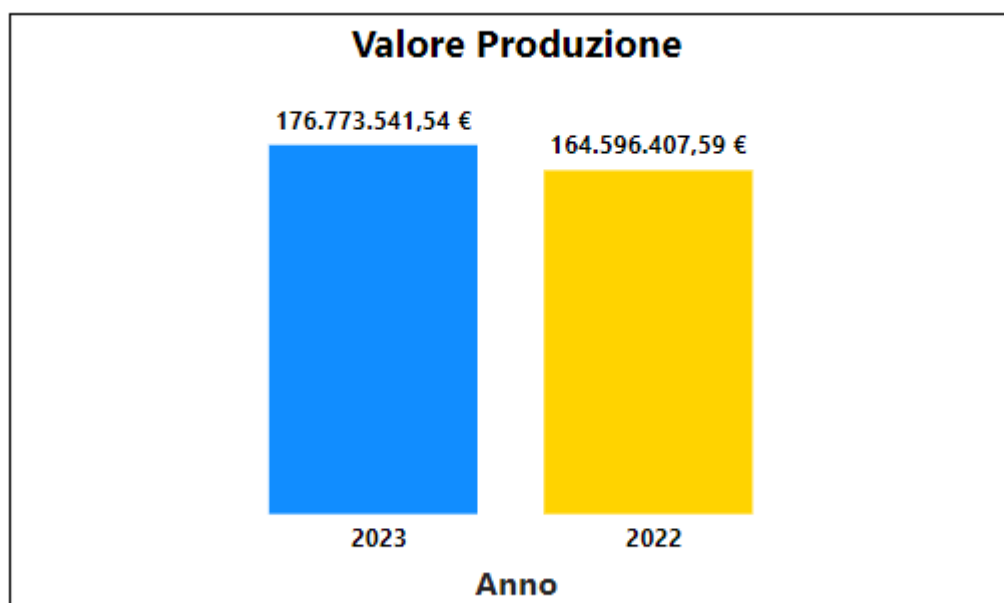


| Spesa dispositivi medici al 31 dicembre |               |                             |               |
|---|---------------|-----------------------------|---------------|
| 2023                                    | 2022          | Diminuzione<br>2023 vs 2022 | %             |
| 40.351.472,02                           | 43.882.013,07 | <b>-3.530.541,05</b>        | <b>-8,05%</b> |

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

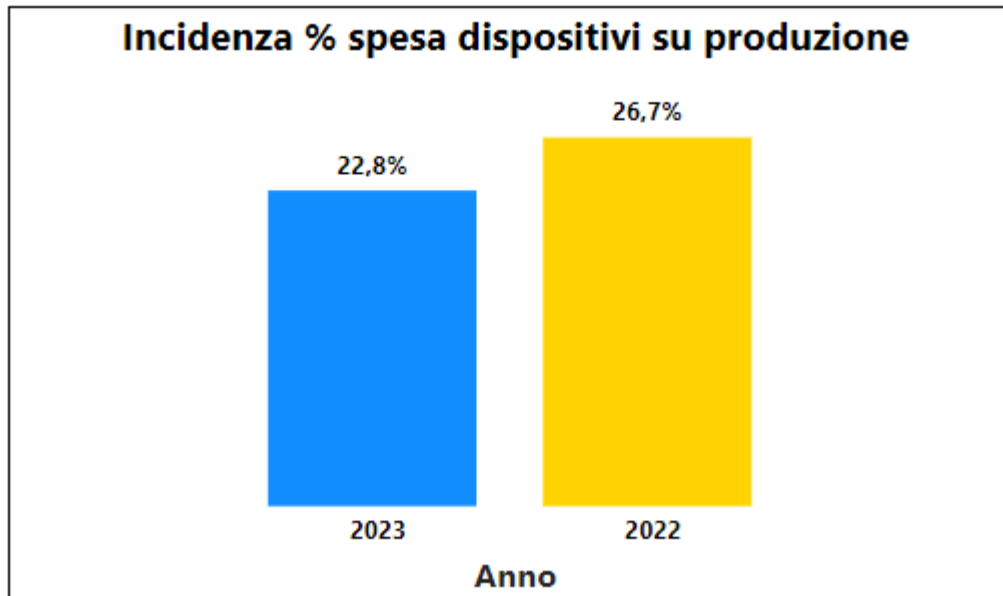
| Spesa dispositivi medici al 31 dicembre |               |                             |  |                                    |
|---|---------------|-----------------------------|--|------------------------------------|
| 2023                                    | 2022          | Diminuzione<br>2023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

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



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





### 1.1.3 Aspetti economico-finanziari ed efficenza operativa

#### 1.1.3.1 L'indice di tempestività dei pagamenti (ITP)

L'Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) è misurato secondo i criteri di calcolo stabiliti dall'art. 9 del DPCM del 22 settembre 2014. In particolare, l'Indicatore di Tempestività dei Pagamenti è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura (convenzionalmente fissato a 60gg) o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento. Sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione. La Direzione strategica, più volte nel corso dell'anno, ha invitato i Direttori delle strutture gestionali a porre in essere tutte le azioni necessarie al fine di procedere ai dovuti pagamenti entro il termine previsto dalle norme codicistiche e contrattuali e comunque non oltre i 60 giorni dall'emissione della fattura.

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

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

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

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

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

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

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

Inoltre, nel corso dell'anno 2023, si è proceduto al riallestimento del Polo chirurgico (lato maternità) utilizzato nel periodo pandemico come Rianimazione Covid. Presso il Polo chirurgico saranno disponibili n. 8 sale operatorie di cui n. 4 al 1° piano, per le Strutture di Ortopedia universitaria e ospedaliera, Neurochirurgia e Otorinolaringoiatria, e n. 4 al 2° piano, per le Strutture di Chirurgia Generale universitaria e ospedaliera, Chirurgia Plastica e Chirurgia Senologica.

Con gli interventi sopra descritti sarà colmata la carenza e inadeguatezza degli ambienti dedicati all'attività chirurgica che da diversi anni affligge l'Azienda.9+6

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

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

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

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

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

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

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

| <b>Quantità</b> | <b>Apparecchiature sanitarie</b>     | <b>Base d'asta IVA inclusa</b> |
|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 2               | Acceleratori lineari ad alta energia | 6.500.000,00                   |

## 2 Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

La presente sezione è articolata nelle seguenti sottosezioni:

a) Valore pubblico, nel quale sono definiti:

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

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

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

### 2.1 Valore pubblico

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.2 Performance

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

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

### 2.2.1 Gli obiettivi dell'Azienda

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

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

Gli Obiettivi Generali aziendali per l'anno 2024 sono stati elaborati sulla base del Nuovo Sistema di Garanzia adottato dal Ministero della Salute con Decreto del 12 marzo 2019 nonché secondo quanto previsto:

- dal sistema di valutazione delle performance sanitarie sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
- dalle indicazioni del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.), sviluppato da AGENAS, su mandato



- del Ministero della Salute, in tema di misurazione comparativa di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del SSN;
- dagli obiettivi LEA come da ultimo individuati con D.P.C.M. 12/1/2017;
  - dalla D.G.R. 129/2018, avente ad oggetto "Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018";
  - dalla D.G.R. n. 90 del 22 gennaio 2019 di approvazione delle nuove linee guida regionali in materia di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie, sia per il pubblico che per il privato accreditato;
  - dalla L.R. n. 7 del 24/03/2022 recanti "Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci";
  - dalla DGR n. 262 del 6 marzo 2023 riguardante "Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa - Linee di indirizzo per l'aggiornamento e la rimodulazione dei Programmi attuativi aziendali per il recupero delle liste di attesa (L.R. n.13/2019 - D.G.R. n.745/2019)";
  - dalla D.G.R. n. 412 del 28/03/2023 avente ad oggetto "Analisi e valutazione della spesa sanitaria (L.R. n.2/2011) – Programma operativo – Misure urgenti di riqualificazione della spesa sanitaria;
  - dalla D.G.R. n. 512 del 17/04/2023 di adozione delle "Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici";
  - dalla D.G.R. n. 513 del 17/04/2023 di adozione delle "Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci";
  - dalla D.G.R. n. 1558 del 13 novembre 2023 relativa alla "Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per gli anni 2023 e 2024".

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

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

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

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

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

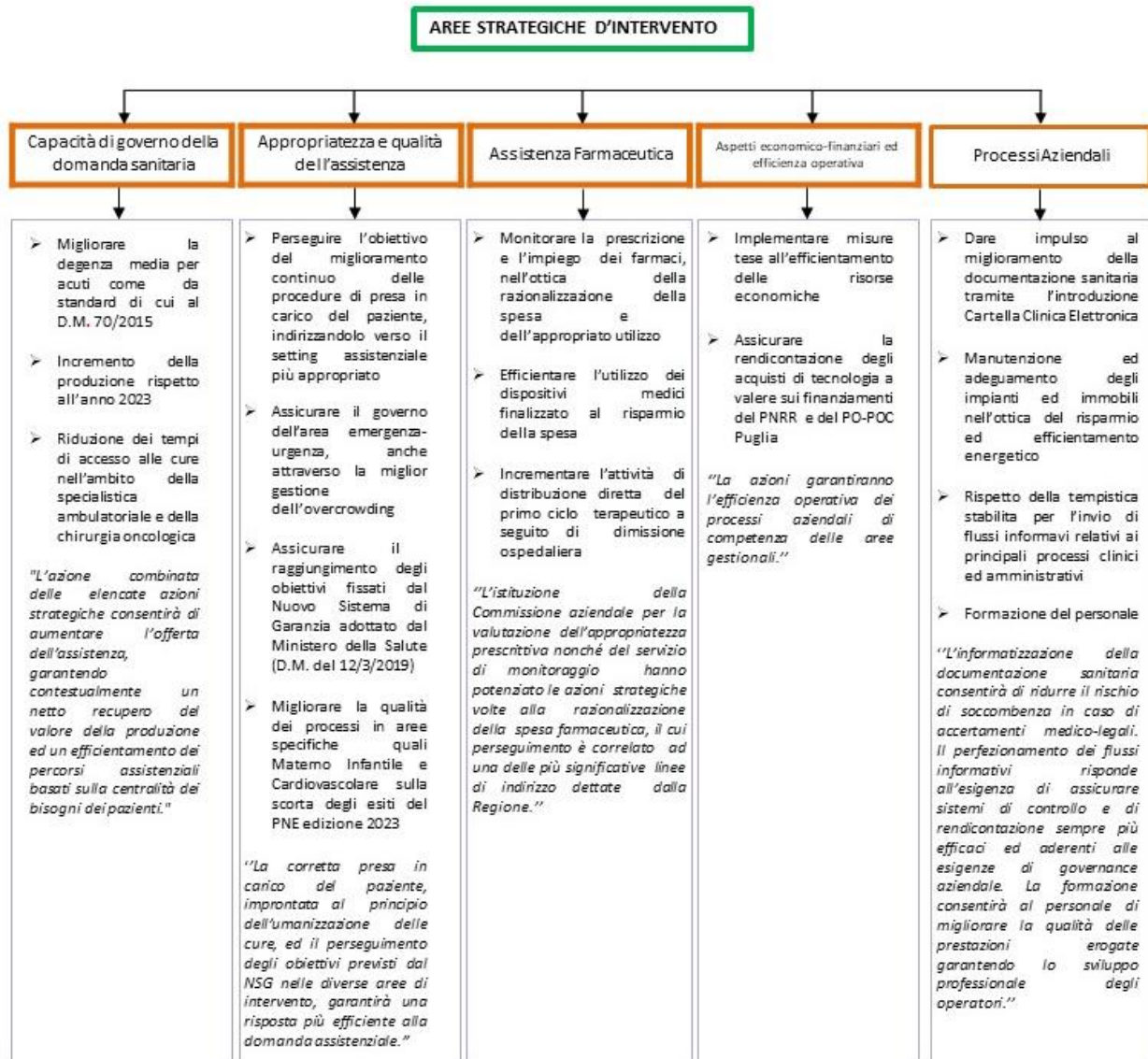
- Assistenza farmaceutica;
- Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa;
- Processi aziendali.

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

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

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

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



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

La prima stesura dei Piani operativi, elaborati in forma di "proposta", è affidata al Controllo di gestione. Essi rappresentano la base per la discussione che vede coinvolti la direzione strategica e i "responsabili del budget" (direttori di Unità Operativa Complessa o Semplice a valenza Dipartimentale). In tale fase trova spazio la negoziazione delle risorse necessarie per il perseguimento degli obiettivi di "sviluppo", se in linea con la strategia aziendale ed economicamente compatibili.

E' compito di ogni responsabile del budget, in una fase successiva del percorso, illustrare e condividere gli obiettivi assegnati con il rispettivo staff operativo. Essi hanno la responsabilità della realizzazione dei piani loro affidati e, a tal fine, coinvolgono i dirigenti ed il personale di comparto dell'unità operativa diretta, secondo il principio della cosiddetta "responsabilità diffusa". In tal modo ciascun dipendente appartenente sia all'area della dirigenza, sia all'area del comparto, è chiamato a fornire il proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, in coerenza con quanto previsto dal sistema di misurazione e valutazione delle performance.

Di seguito si presenta il Piano degli obiettivi e degli indicatori per il triennio 2024-2026.

**Piano degli obiettivi e degli indicatori triennio 2024-2026**

| MACRO-AREA<br>OBIETTIVO                                     | Obiettivo  | Codice Indicatore                                  | Descrizione Indicatore   | Target 2024   | Strutture Assegnatarie                                |
|---|--|--|--|---|---|
| <b>OBIETTIVI GENERALI</b>                                   |  |  |  |   |   |
| <b>ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA</b> | Efficienza Operativa   | [Ind.Int. 25]                                      | Incremento della produzione (ricoveri, DH/DS e prestazioni ambulatoriali)  | Incremento del 4%   | Responsabili reparti di degenza, ambulatori e servizi |
| <b>ASSISTENZA FARMACEUTICA</b>                              | Rispetto del tetto di spesa farmaceutica   | Ind. Int. 168                                      | Riduzione spesa per farmaci  | Mantenimento spesa anno 2023  | Responsabili reparti di degenza e ambulatori          |
|   | Rispetto del tetto di spesa per Dispositivi Medici   | Ind. Int. 170                                      | Riduzione spesa Dispositivi Medici propriamente detti  | Riduzione del 6%  | Responsabili reparti di degenza, ambulatori e servizi |
|   | Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera   | Ind. Int. 07                                       | Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico  | >90%  | Responsabili reparti di degenza                       |
|   | DGR 204/2021 - Appropriately prescrittiva e contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci e gas medicali                                  | [Ind.Int. 184]                                     | Riduzione della spesa indotta per acquisto diretto di farmaci dalle prescrizioni di medici specialisti nei confronti della ASL della provincia di Foggia                                   | Riduzione (min. 5% - max 20%)   | Responsabili reparti di degenza e ambulatori          |
| <b>CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA</b>         | Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015   | [Ind. MES C2a.]                                    | Indice di performance degenza media per acuti  | <= 0,35   | Responsabili reparti di degenza per acuti             |
| <b>APPROPRIATEZZA E QUALITA'</b>                            | Miglioramento qualità di processo.<br>Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa:<br>Monitoraggio tempi di attesa | [Ind.Int. 20]                                      | Tempi di attesa secondo PNLA   | U=3gg<br>B=10gg<br>D=30gg (visite)<br>D=60gg (strumentali)<br>P=120gg | Responsabili reparti e servizi                        |
|   | Complessità della casistica trattata   | [Ind. MES C1.5]                                    | Indice di case-mix   | >=1   | Responsabili reparti di degenza                       |
|   | Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica   | DGR 1558/2023 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod.Ind. H04Z)  | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza ordinari | <=0,21  | Responsabili reparti di degenza                       |
|   | Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica   | [Ind.Int. 01]                                      | % di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale  | >=80%   | Responsabili reparti di degenza                       |
|   | Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica   | [Ind.Int. 02]                                      | Percentuale dei ricoveri brevi 0-1gg   | <=10%   | Responsabili reparti di degenza                       |
|   | DGR 1558/2023 - Qualificazione Assistenza Ospedaliera  | DGR 1558/2023 (Ind. Reg. T01.2)                    | Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico  | <= 35,25%   | Responsabili reparti di degenza                       |
|   | Miglioramento qualità percepita  | [Ind. MES D18]                                     | % Dimissioni volontarie  | <=2%  | Responsabili reparti di degenza                       |
| <b>OBIETTIVI SPECIFICI AREA CHIRURGICA</b>                  |  |  |  |   |   |
| <b>APPROPRIATEZZA E QUALITA'</b>                            | Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica   | DGR 684/2022 (MES C4.1.1)                          | % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari  | <= 26,65%   | Responsabili reparti chirurgici                       |
|   | Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica   | DGR 684/2022 (MES C3)                              | Degenza media Pre-Operatoria   | =1,64gg.  | Responsabili reparti chirurgici                       |
|   | Miglioramento qualità di processo  | [Ind. MES C10d]                                    | N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per la chirurgia oncologica   | >=90%   | Responsabile reparti chirurgici                       |
|   | Miglioramento qualità di processo  | [Ind. Mes C10.4.7]                                 | N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore alla mammella   | >=85%   | Responsabile Chirurgia Senologica                     |
|   | Miglioramento qualità di processo  | DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H02Z ) | Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.  | > 150 (10% tolleranza)  | Responsabile Chirurgia Senologica                     |

| MACRO-AREA OBIETTIVO  | Obiettivo  | Codice Indicatore  | Descrizione Indicatore  | Target 2024   | Strutture Assegnatarie                  |
|---|--|--|---|---|---|
| <b>OBIETTIVI SPECIFICI AREA CHIRURGICA</b>                  |  |  |   |   |   |
| <b>APPROPRIATEZZA E QUALITA'</b>                            | Miglioramento qualità di processo  | DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H03C)                        | Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.                               | 122 gg.   | Responsabile Chirurgia Senologica       |
|   | Miglioramento qualità di processo  | [Ind. Mes C10.4.8]   | N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore alla prostata  | >=90%   | Responsabile Urologia                   |
|   | Miglioramento qualità di processo  | [Ind. Mes C10.4.9]   | N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore al colon   | >=85%   | Responsabile Chirurgia Generale         |
|   | Miglioramento qualità di processo  | [Ind. Mes C10.4.10]  | N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore al retto   | >=85%   | Responsabile Chirurgia Generale         |
|   | Miglioramento qualità di processo  | [Ind. Mes C10.4.11]  | N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore al polmone   | >=85%   | Responsabile Chirurgia Toracica         |
|   | Miglioramento qualità di processo  | [Ind. Mes C10.4.12]  | N. ricoveri con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 gg. per intervento per tumore all'utero  | >=85%   | Responsabile Ginecologia                |
|   | Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica   | NSG D.M. 12/03/2019 [Cod. Ind. H05Z]                                     | Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni   | >=70%   | Responsabile Chirurgia Generale         |
|   | Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica   | [Ind. MES C5.3]  | Percentuale di prostatectomie transuretrali   | >=85%   | Responsabile Urologia                   |
|   | Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile                                      | DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H18C)                        | % Parti cesari primipari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno  | <=20%   | Responsabile Ostetricia                 |
|   | Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile                                      | [Ind. MES C7.3]  | % Episiotomie depurate - NTSV   | <15%  | Responsabile Ostetricia                 |
|   | Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile                                      | [Ind. MES C7.6]  | % Parti operativi (uso di forcipe o ventosa)  | <5%   | Responsabile Ostetricia                 |
|   | Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile                                      | [Ind. MES C7.30]   | Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)   | >13%  | Responsabile Ostetricia                 |
|   | Miglioramento qualità di processo  | DRG 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod. Ind. H13C)                        | % Pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario   | >=60%   | Responsabile Ortopedia                  |
|   | Miglioramento qualità di processo  | [Ind. MES C5.12]   | Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate   | >=90%   | Responsabile Ortopedia                  |
| Miglioramento qualità di processo                           | [Ind. PNE68]   | Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico | <4  | Responsabile Ortopedia                                    |   |
| <b>OBIETTIVI SPECIFICI AREA MEDICA E SERVIZI</b>            |  |  |   |   |   |
| <b>APPROPRIATEZZA E QUALITA'</b>                            | Miglioramento qualità di processo  | DRG 684/2022 (Ind. Reg. T01.3)   | Numero di interventi in PTCA  | >=250   | Responsabile Cardiologia                |
|   | Miglioramento qualità di processo  | Ind. MES C5.21   | Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro novanta minuti  | > 40%   | Responsabile Cardiologia                |
|   | Controllo e verifica dei requisiti previsti dalla legge per l'effettuazione dei trattamenti sanitari obbligatori | DSM4   | Verifica documentale di tutte le condizioni previste per l'effettuazione di un TSO  | Evidenza documentale                                      | Responsabile Psichiatria                |
|   | Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso  | NSG D.M. 12/03/2019 (Cod. Ind. D08Z)                                     | Intervallo  | Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.) | Responsabile 118                        |
|   | DGR 684/2022 - Qualificazione Assistenza Ospedaliera   | DGR 684/2022 (NSG D.M. 12/03/2019 Cod.Ind. H08Z)                         | Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) | Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue           | Responsabile Medicina Trasfusionale     |
|   | Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste di emocomponenti rispetto ai criteri del PBM                   | [Ind.Int. 104]   | Numero di richieste inappropriate/totale  | Relazioni semestrali                                      | Responsabile Medicina Trasfusionale     |
| <b>ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA</b> | Efficienza Operativa   | [Ind.Int. 10]  | Scostamento tra costi e ricavi - 1° MARGINE [Ind.Int. 10]   | tendenzialmente in Utile                                  | Responsabili Diagnostica di Laboratorio |



| MACRO-AREA OBIETTIVO   | Obiettivo  | Codice Indicatore              | Descrizione Indicatore  | Target 2024  | Strutture Assegnatarie  |
|--|--|--------------------------------|---|--|---|
| <b>OBIETTIVI SPECIFICI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA</b> |  |                                |   |  |   |
| <b>APPROPRIATEZZA E QUALITA'</b>   | Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza  | [Ind. MES D9]                  | Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso  | <=2%   | Responsabile Pronto Soccorso  |
|  | Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza  | [Ind. MES C16.1.NA]            | % Accessi in P.S. con codice di priorità 2 (arancione) visitati entro 15 minuti   | >=55%  | Responsabile Pronto Soccorso  |
|  | Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza  | [Ind. MES C16.3.NA]            | Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice di priorità 4 (verde) visitati entro 2 ore   | >=75%  | Responsabile Pronto Soccorso  |
|  | Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza  | [Ind. MES C16.10]              | Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore  | <=10%  | Responsabile Pronto Soccorso  |
|  | Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza  | [Ind. MES C16.7]               | % Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione  | >=50%  | Responsabile Pronto Soccorso  |
|  | Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza  | [Ind. MES C16.4.1.N]           | Percentuale di dimessi con permanenza in PS entro le 8 ore  | >=80%  | Responsabile Pronto Soccorso  |
| <b>OBIETTIVI SPECIFICI AREA TECNICO-AMMINISTRATIVA</b>                   |  |                                |   |  |   |
| <b>ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI E CONTROLLO DI GESTIONE</b>              | Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità Generale  | DGR 1558/2023 [Ind. Reg P01.2] | Invio, entro i termini previsti, del Bilancio di verifica per Centro di Responsabilità in quadratura con il bilancio dell'esercizio precedente e dei dati di struttura relativi all'organico medio per centro di costo e dati di attività per il monitoraggio della spesa ed il completamento dei progetti regionali correlati  | Rispetto della tempistica stabilita per l'invio e quadratura al 100%           | Programmazione e Controllo di Gestione                                  |
| <b>ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA</b>              | Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario  | DGR 1558/2023                  | > Entro il 1 febbraio dell'anno successivo all'esercizio di riferimento - Trasmissione, previo invio di apposite linee guida, dell'istruttoriaeconomica con riferimento all'esercizio economico precedente:<br>- CE IV trimestre (modello NSIS) al lordo e al netto delle quote sociali; o CE IV trimestre Esteso in formato excel;<br>- Tabella Quadratura CE A0030 e CE A0070;<br>- Riepilogo Note di credito Farmaci;<br>- Dettagli su Accantonamenti, Voci straordinarie e Svalutazioni;<br>- Riepilogo Tetti e spesa ospedaliera-specialistica da privato;<br>- Dettaglio investimenti con fondi propri (excel e relazione);<br>- Altri dettagli richiesti nelle LL.GG.<br>- Entro il 15 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento - Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico dell'esercizio precedente, della bozza del modello CE e del modello SP;<br>- Entro il 29 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento - Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico precedente, del modello CE e del modello SP definitivi | Rispetto delle scadenze nel 2024 con riferimento all'esercizio economico 2023. | Gestione Risorse Finanziarie  |
|  | Avvio del processo di controllo interno in tutte le aziende secondo gli indicatori che verranno definiti con Atto Dirigenziale di futura predisposizione | DGR 1558/2023                  | Numero processi avviati / Numero processi previsti  | 100%   | Gestione Risorse Finanziarie  |
|  | Tempi di Pagamento dei fornitori   | [Ind.Int.C.10]                 | Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 e quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019 (l'indennità di risultato: - non è riconosciuta qualora la struttura registri ritardi superiore a 60 gg - è riconosciuta per la metà qualora la struttura registri ritardi compresi fra 31 ed i 60 gg - è riconosciuta per il 75% qualora la struttura registri ritardi compresi fra 11 e 30 gg - è riconosciuta per il 90% qualora la struttura registri ritardi compresi fra 1 e 10 gg)   | ITP = 0  | Gestione Risorse Finanziarie, Gestione del Patrimonio, Gestione Tecnica |
|  | Capacità progettuale e spesa per investimenti  | DGR 1558/2023                  | Rispetto degli obblighi previsti ne PNRR. Rispetto delle scadenze di milestone e target PNRR  | 100%   | Ingegneria Clinica  |
| <b>INVESTIMENTI STRUTTURALI</b>  | Capacità progettuale e spesa per investimenti  | DGR 1558/2023                  | Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo dei fondi strutturali (FESR)  | 100%   | Gestione del Patrimonio, Gestione Tecnica                               |



## 2.2.2 La programmazione annuale e il ciclo di gestione della performance

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

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

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

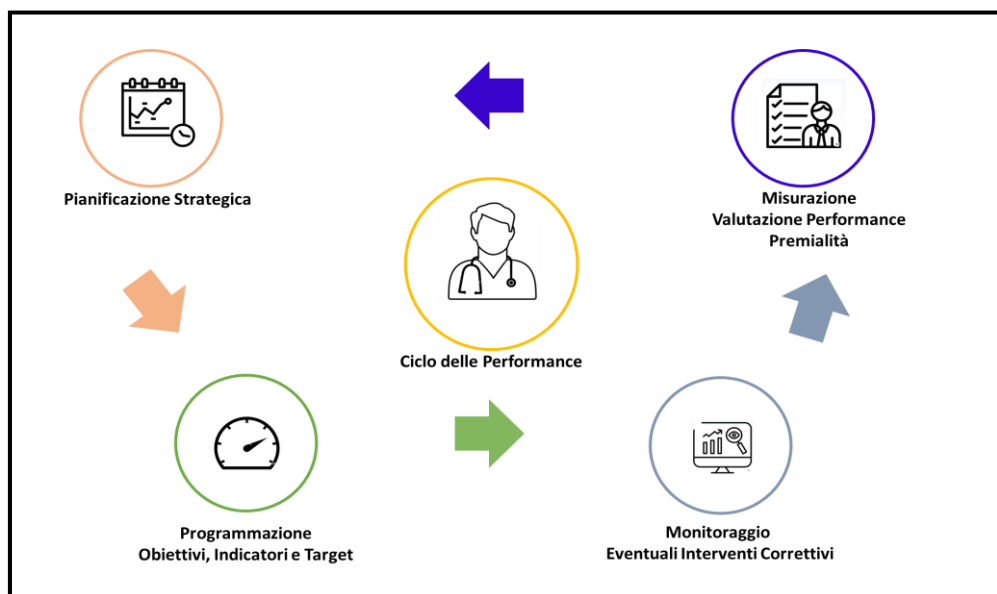
Con la traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi programmatici per il primo anno di riferimento del Piano (attraverso il percorso di budget), l'amministrazione individua, partendo dagli obiettivi triennali, i risultati attesi per l'esercizio in corso a tutti i livelli dell'organizzazione. Pertanto,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

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

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

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

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



*Rappresentazione grafica del ciclo di gestione della performance*

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

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

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

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

### **2.2.3 Dalla performance organizzativa alla performance individuale**

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

La ricaduta degli obiettivi strategici e di performance organizzativa, secondo un processo a cascata su tutti i centri di responsabilità, implica l'individuazione di obiettivi per la dirigenza sia dell'area sanitaria sia di quella amministrativa, professionale e tecnica di supporto che entrano a far parte della performance individuale. Pertanto, annualmente, una volta definiti gli obiettivi della performance

organizzativa, parte degli obiettivi individuali vengono collegati ad essa in relazione alla possibilità che ha il valutato di intervenire direttamente.

Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi, opportunamente combinate, concorrono alla definizione della valutazione finale di ciascun dipendente (Indice di Performance Individuale - IPI) che il valutatore illustra al valutato, anche ai fini dell'elaborazione di piani di miglioramento individuali ed all'acquisizione di eventuali osservazioni/ controdeduzioni.

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

## 2.2.4 Performance e programmazione di bilancio

Posta la necessaria correlazione tra gli obiettivi prefissati nella programmazione della Performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, si evidenzia che gli obiettivi di performance dell'anno 2024 sono stati resi compatibili con le risorse assegnate in via provvisoria a questa azienda dalla Regione Puglia.

Tuttavia va detto che il Bilancio di previsione 2024 presenta, in partenza, risorse finanziarie insufficienti che lo Stato dovrà necessariamente integrare e trasferire alla Regione Puglia per garantire lo sforzo da compiersi per far fronte al notevole incremento dei costi indotto dall'aumento dei prezzi. I contributi in conto esercizio assegnati all'Azienda "Policlinico Riuniti" di Foggia per il 2024 sono inferiori di 28,8 milioni di euro rispetto a quelli stanziati per il 2023.

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

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

## 2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

Il presente documento costituisce la sezione del P.I.A.O. (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al d.l. 80/2021 e s.m.i.) dedicata ai **“Rischi corruttivi e Trasparenza”** per il periodo 2024-2026, dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Foggia (d’ora in avanti anche “Azienda”), in linea di continuità con i precedenti Piani di prevenzione della corruzione e disciplina l’attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell’illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.

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

Il presente Piano predisposto secondo il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 aggiornato con deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 e alla cui elaborazione ha partecipato l’intera Struttura aziendale, altresì recependo gli ultimi orientamenti dell’ANAC per la pianificazione dell’anticorruzione e trasparenza, prevede:

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

Il presente documento:

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

### 2.3.1 Processo di elaborazione

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

quali Referenti del RPCT tutti i Direttori di Dipartimento e i Dirigenti di Struttura complessa e di Struttura semplice dipartimentale.

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

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

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

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

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

Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

### 2.3.2 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

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

#### **Il Direttore Generale**

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

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

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

Il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) esercita i seguenti compiti attribuiti dalla legge e dal presente Piano, ex art. 1, co. 7 della Legge n. 190/2012, ed assume, in caso di inadempienza, le relative responsabilità. In particolare, come previsto dall'allegato n.3 del PNA 2019 "Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)" e successivo allegato n.3 del PNA 2022 "Parte Generale RPCT e struttura supporto", provvede a:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### **Dirigenti**

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

In particolare, dovrà:

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

Ciascun Direttore di Dipartimento, Dirigente di Struttura Complessa, Dipartimentale Semplice o semplice, in qualità di Referente, relaziona semestralmente (entro il 15 luglio e 15 gennaio di ogni anno)



al Responsabile per la prevenzione della corruzione, sullo stato di attuazione relativamente ai punti di cui alle lettere d), e), f), g), h) e j). Ai fini della rendicontazione è utilizzata la piattaforma web aziendale dedicata al governo degli adempimenti in materia di anticorruzione.

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

### **Personale dipendente**

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

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

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

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

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

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

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

Il Policlinico di Foggia ha costituito e nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) con deliberazione del Direttore Generale n. 24 del 02 marzo 2023.

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

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

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

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

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

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

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

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

Rimane immutata l'incombenza:

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

Ai sensi dell'art. 55 *sexies*, comma 3 ultimo periodo, D. Lgs. 165/2001, l'Azienda individua, ove necessario anche tramite una convenzione tra aziende ai sensi dell'art. 55 *bis* D. Lgs. 165/2001, i titolari dell'azione

disciplinare (c.d. U.P.D. 2) competenti nelle ipotesi di mancato esercizio o di decadenza dall'azione disciplinare, commesse dai componenti dell'U.P.D..

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

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

In applicazione della normativa innanzi citata, con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 371 del 03 agosto 2022 è stato nominato l'U.P.D. 2 così composto:

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

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

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

Il Policlinico di Foggia ha provveduto ad adottare il Regolamento per i procedimenti disciplinari con deliberazione del Commissario Straordinario n. 76 del 04 aprile 2022.

### 2.3.3 Obiettivi Strategici anticorruzione

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

- **l'incremento della formazione** in materia, al fine di diffondere la cultura dell'etica e della legalità tra tutti i dipendenti;
- **il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata;**
- l'intensificazione delle attività di sensibilizzazione e dei controlli in materia di "**conflitto di interessi**" nell'ambito delle procedure di gara e concorsi, costituzione commissioni e nell'ambito delle sperimentazioni e sponsorizzazioni;

- il rispetto, da parte del personale dipendente, degli adempimenti relativi alle dichiarazioni previste dal **Codice di Comportamento aziendale e del divieto di pantouflage**;
- l'intensificazione delle azioni relative ai **controlli interni (monitoraggio semestrale) con particolare riferimento agli appalti e contratti**.

#### 2.3.4 Valutazione d'impatto del contesto esterno


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

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

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

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

| Attività       | Soggetti  | Incidenza variabili esogene | Impatto | Probabilità | Rischio finale   |
|----------------|---|-----------------------------|---------|-------------|--|
| Programmazione | Soggetti pubblici<br>AReSS<br>Agenas<br>Ministero della Salute<br>MEF<br>Università<br>Enti di Ricerca<br>Comunità scientifica<br>Soggetti privati<br>Associazioni di categoria | Sociali ed economiche       | Alto    | Bassa       | Medio<br> |
| Finanziamento  | Soggetti pubblici<br>Regione<br>Ministero Salute<br>Altri soggetti pubblici<br>Soggetti privati   | Sociali ed economiche       | Alto    | Bassa       | Medio<br> |

|            |   |   |      |      |   |
|------------|---|---|------|------|---|
|            | Aziende<br>Cittadini  |   |      |      |   |
| Produzione | Soggetti pubblici<br>Aziende di Servizi alla<br>Persona<br>Soggetti privati<br>Fornitori<br>Dipendenti<br>Sponsor<br>Case farmaceutiche | Territoriali,<br>criminologiche<br>culturali, sociali<br>ed<br>economiche | Alto | Alta | Alto<br> |

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

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

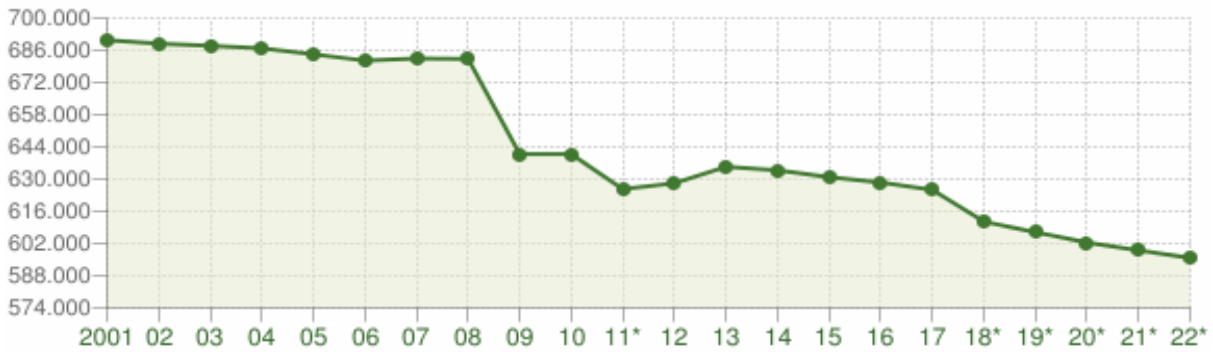
I principali eventi rischiosi rilevati in fase di mappatura delle aree e dei processi sono riconducibili ai seguenti:

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

### **Caratteristiche demografiche**

La Provincia di Foggia è una provincia italiana della Puglia di 595.682 abitanti (fonte ISTAT 2023). È la **terza provincia più vasta d'Italia** dopo quelle di Sassari e Bolzano, **prima tra quelle delle Regioni a statuto ordinario**; si estende su una superficie di 7 007,54 km<sup>2</sup> e comprende 61 comuni.

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

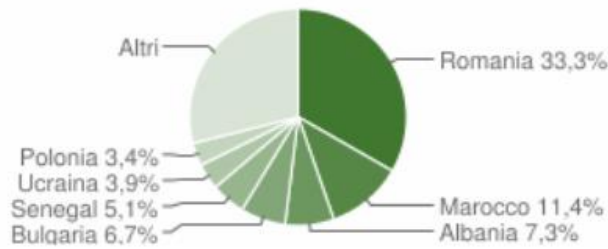


**Andamento della popolazione residente**

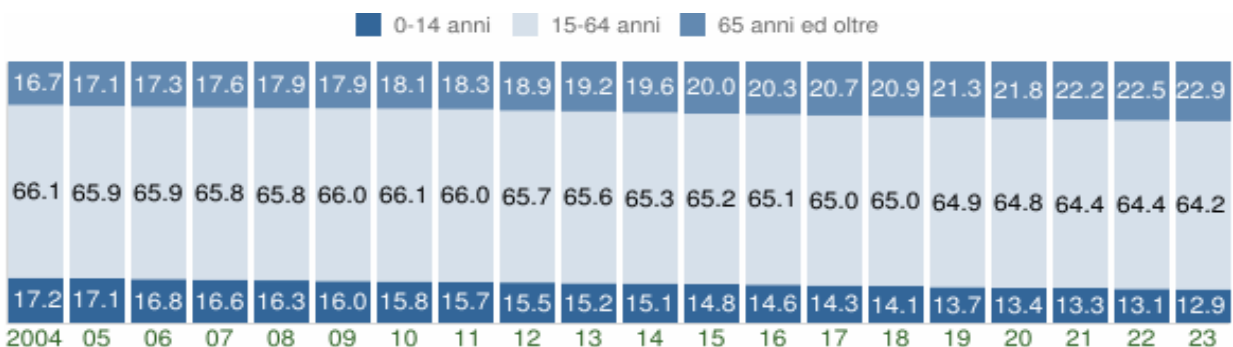
PROVINCIA DI FOGGIA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(\*) post-censimento

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



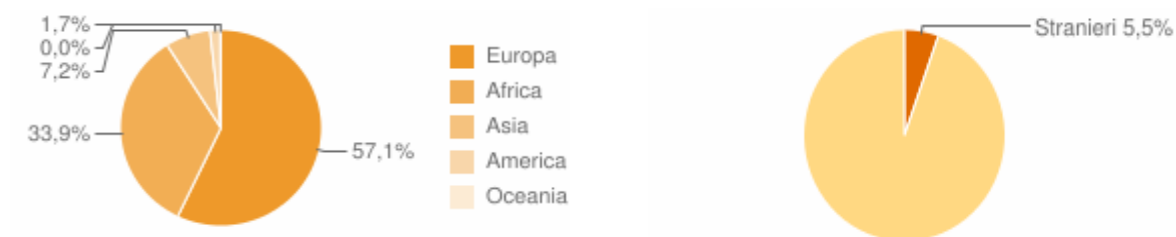
Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, sul sistema lavorativo e su quello sanitario.



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

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

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



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

### **Indicatori demografici**

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

| <b>Anno</b> | <b>Indice di vecchiaia</b> | <b>Indice di dipendenza strutturale</b> | <b>Indice di ricambi della popolazione attiva</b> | <b>Indice di struttura della popolazione attiva</b> | <b>Indice di carico di figli per donna feconda</b> | <b>Indice di natalità (x 1.000 abitanti)</b> | <b>Indice di mortalità (x 1.000 abitanti)</b> |
|-------------|----------------------------|---|---|---|--|--|---|
|             | 1° gennaio                 | 1° gennaio                              | 1° gennaio  | 1° gennaio  | 1° gennaio   | 1 gen-31 d                                   | 1 gen-31 d                                    |
| <b>2002</b> | 90,                        | 51,                                     | 76,   | 77,   | 22,  | 10,  | 8,  |
| <b>2003</b> | 93,                        | 51,                                     | 77,   | 79,   | 22,  | 10,  | 8,  |
| <b>2004</b> | 96,                        | 51,                                     | 76,   | 81,   | 21,  | 10,  | 8,  |
| <b>2005</b> | 100,                       | 51,                                     | 74,   | 84,   | 21,  | 10,  | 8,  |
| <b>2006</b> | 103,                       | 51,                                     | 74,   | 87,   | 21,  | 9,   | 8,  |
| <b>2007</b> | 106,                       | 51,                                     | 78,   | 90,   | 21,  | 9,   | 8,  |
| <b>2008</b> | 110,                       | 51,                                     | 81,   | 92,   | 20,  | 9,   | 8,  |
| <b>2009</b> | 111,                       | 51,                                     | 88,   | 95,   | 20,  | 9,   | 8,  |
| <b>2010</b> | 114,                       | 51,                                     | 94,   | 98,   | 20,  | 9,   | 8,  |
| <b>2011</b> | 116,                       | 51,                                     | 99,   | 101,  | 20,  | 9,   | 9,  |
| <b>2012</b> | 122,                       | 52,                                     | 101,  | 104,  | 20,  | 8,   | 9,  |
| <b>2013</b> | 126,                       | 52,                                     | 101,  | 105,  | 19,  | 8,   | 9,  |
| <b>2014</b> | 129,                       | 53,                                     | 99,   | 107,  | 19,  | 8,   | 9,  |



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

#### **Indice di vecchiaia**

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

#### **Indice di dipendenza strutturale**

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

#### **Indice di ricambio della popolazione attiva**

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

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

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

#### **Carico di figli per donna feconda**

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

#### **Indice di natalità**

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

#### **Indice di mortalità**

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

#### **Età media**

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

### Criminalità organizzata

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

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

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

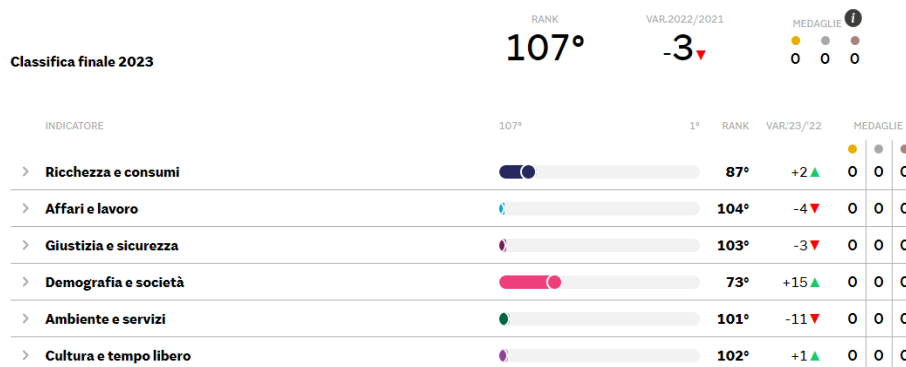
### Occupazione

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

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

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

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



### 2.3.5 Valutazione d'impatto del contesto interno

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

**Il Policlinico di Foggia si articola in 12 Dipartimenti. Nel calcolo delle Strutture Complesse presenti non è compresa la centrale operativa del Servizio 118 ubicata in sede.**

Essendo un'Azienda integrata con l'Università degli Studi di Foggia, il Policlinico di Foggia interagisce costantemente con la Facoltà di Medicina dell'Ateneo foggiano, in modo coordinato ed inscindibile con l'attività di ricerca e di didattica che in essa si svolge per la formazione dei professionisti del futuro. La "mission" del Policlinico è rispondere alla domanda di salute (fisica e psichica), garantendo appropriatezza, sicurezza, qualità ed efficienza delle prestazioni e delle cure anche mediante un progressivo sviluppo della ricerca (in ambito clinico e biomedico) e un miglioramento delle competenze degli operatori, grazie ad attività didattiche di supporto.

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

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

### 2.3.6 Mappatura dei processi

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

Preso atto dell'importanza strategica della mappatura dei processi nell'ambito dell'analisi del contesto interno, nel corso dell'anno 2023, i Referenti del RCPT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate con l'ausilio di una piattaforma web centralizzata.

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

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

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

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

#### **B) Affidamento di lavori, servizi e forniture**

1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti
2. Definizione dell'oggetto ed individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione

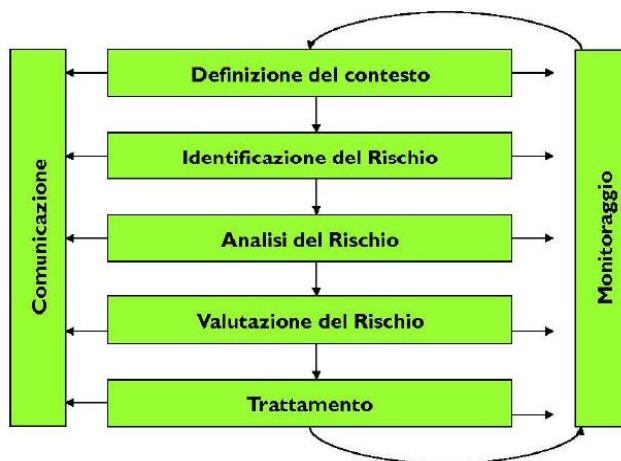
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

**C) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**

**D) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.**

**Di seguito le aree a rischio individuate:**

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



*Figura 1 Fasi dell'analisi del rischio*

Nel corso dell'anno 2023 sono stati mappati ed analizzati 184 processi aziendali. Per dettagli si rinvia al documento "Allegato 1 - Analisi dei rischi".

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

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

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



Figura 2 - Schema gestione del rischio

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

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

Con la nuova metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori risulta il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si dà particolare rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori

costituiscono un “alert” per la gestione del rischio corruttivo e porteranno i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro “intrinseca rischiosità”.

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

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

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

Si è ritenuta coerente la seguente ponderazione del rischio:

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3.8 Misure di prevenzione

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### 2.3.9 Patto di integrità

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

| Programmazione triennale della misura | 2024   | 2025   | 2026   |
|---------------------------------------|--|--|--|
|                                       | controlli su sottoscrizione patto di integrità | controlli su sottoscrizione patto di integrità | controlli su sottoscrizione patto di integrità |

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

L'art. 1 c. 17 della Legge 190/2012 prevede che "Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara." Si tratta pertanto di uno strumento volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice sia nei confronti dei concorrenti, sia nei confronti dell'amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione e del senso di responsabilità. Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento. Il Policlinico di Foggia ha elaborato un "Patto di integrità" per le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, anche sotto-soglia che è stato notificato a tutti i Responsabili e Direttori di Strutture amministrative, tecniche e professionali, giusta nota dell'11 marzo 2019 a prot. n. 3361.

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

### 2.3.10 Conflitto di interessi

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

| Programmazione triennale della misura | 2024                             | 2025                             | 2026                             |
|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|                                       | Monitoraggio conflitti interessi | Monitoraggio conflitti interessi | Monitoraggio conflitti interessi |

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

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

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

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

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

In particolare, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

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

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

- a) rapporti di collaborazione e consulenza, sia retribuiti che a titolo gratuito, svolti nell'ultimo quinquennio, a favore di soggetti ai quali sia stato aggiudicato, nel medesimo periodo o concorso ad aggiudicare, in nome e per conto dell'Azienda, appalti di lavori, forniture e servizi;
- b) eventuali relazioni di parentela o affinità fino al secondo grado, sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con l'Azienda stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, limitatamente agli ambiti di lavoro di competenza;
- c) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti, con i quali l'Azienda ha in corso di definizione qualsiasi controversia civile, amministrativa o tributaria;
- d) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti privati, con i quali l'Azienda ha instaurato o è in procinto di instaurare un rapporto di partenariato.

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

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

**Durante l'anno 2023 non sono state rilevate/segnalate situazioni di sussistenza di conflitto di interessi.**

### 2.3.11 Codice di Comportamento

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

| Programmazione triennale della misura | 2024                             | 2025                             | 2026                             |
|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|                                       | Attuazione e monitoraggio Codice | Attuazione e monitoraggio Codice | Attuazione e monitoraggio Codice |

L'art. 54, co. 5 del D.lgs. n. 165/2001, così modificato e sostituito dall'art. 1, co. 44, della Legge 190/2012, prevede che ciascuna Amministrazione Pubblica approvi, con procedura aperta alla partecipazione e

previo parere favore dell'Organismo di Vigilanza, un proprio Codice di Comportamento nel rispetto dei criteri, delle linee guida e dei modelli predisposti dall'ANAC.

Il Policlinico di Foggia ha predisposto una proposta di aggiornamento del proprio Codice di Comportamento, alla luce di quanto disposto dal d.P.R. 13 giugno 2023, n. 81, recante modifiche al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 in tema di "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165". Il nuovo decreto ha introdotto in particolare l'art. 11-bis rubricato "utilizzo delle tecnologie informatiche" e l'art. 11-ter rubricato "utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media".

Il Codice di comportamento aziendale, già adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 397 del 08 luglio 2020, è stato aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n. 30 del 12 gennaio 2024.

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

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

Nel corso dell'anno 2023 sono emerse alcune violazioni al Codice di comportamento aziendale, così come riportate nell'allegata Relazione del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

### 2.3.12 Incompatibilità successiva

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

| Programmazione triennale della misura | 2024  | 2025  | 2026  |
|---------------------------------------|---|---|---|
|                                       | Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento | Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento | Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento |

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

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

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

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. n. 165/2001 e dell' art. 21 del D.Lgs. 39/2013, il Policlinico di Foggia adotta le seguenti misure:

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

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

### 2.3.13 Segnalazione illeciti

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

| Programmazione triennale della misura | 2024  | 2025                      | 2026                      |
|---------------------------------------|---|---------------------------|---------------------------|
|                                       | Attuazione nuovo regolamento whistleblowing | Monitoraggio segnalazioni | Monitoraggio segnalazioni |

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

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

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

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

Con il D. LGS. n. 24/2023 aumentano le condotte meritevoli di segnalazione; la disciplina prevista dal decreto si estende infatti anche alle violazioni che possano ledere gli interessi dell'Unione Europea. Ricadono nella normativa anche le violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della Pubblica Amministrazione o dell'ente privato, inclusi gli illeciti amministrativi, contabili, civili o penali. Rimangono, invece, escluse dal decreto le segnalazioni circa i rapporti individuali di lavoro e quelle in materia di sicurezza e difesa nazionale.

Nel corso dell'anno 2023 non risultano comportamenti illeciti da parte del personale dipendente.

### 2.3.14 Inconferibilità ed incompatibilità

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

| Programmazione triennale della misura | 2024                      | 2025                      | 2026                      |
|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                                       | Verifiche su attestazioni | Verifiche su attestazioni | Verifiche su attestazioni |

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

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

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

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

In fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2023, sono state acquisite le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità al conferimento dell'incarico del Direttore Generale, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, senza rilevare criticità.

### 2.3.15 Rotazione del Personale

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

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

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



conoscenza nella gestione di processi caratterizzati da discrezionalità e da relazioni intrattenute con gli utenti per ottenere vantaggi illeciti”, e pertanto ha previsto tra le misure organizzative di prevenzione alla corruzione l’applicazione della rotazione o delle misure alternative finalizzate a prevenire il citato fattore di rischio. L’Autorità ha anche chiarito che la rotazione non può comunque tradursi nella sottrazione di competenze professionali specialistiche ad Uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.

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

La valutazione in merito alla rotazione dei Dirigenti e del personale del comparto titolare di posizioni organizzativa viene effettuata alla scadenza dell’incarico. Fatti salvi i casi di sospensione cautelare per procedimento penale, il soggetto competente alla nomina procede comunque, nel rispetto delle procedure e delle garanzie previste dai contratti collettivi di lavoro e dalle altre norme applicabili, alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva o non conformi a canoni di correttezza ai sensi della normativa vigente in materia.

Il Policlinico di Foggia, nel corso dell’anno 2023, ha applicato la misura della rotazione con riferimento a taluni profili dirigenziali ed in aggiunta ha applicato le seguenti misure alternative di mitigazione del rischio corruttivo:

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

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

### 2.3.16 Incarichi extra-istituzionali

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

| Programmazione triennale della misura | 2024                        | 2025                        | 2026                        |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|                                       | Monitoraggio autorizzazioni | Monitoraggio autorizzazioni | Monitoraggio autorizzazioni |

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

Infatti, ai sensi dell’art. 53, comma 5 del D.Lgs. n. 165/2001 come modificato dalla legge n.190 del 2012, si stabilisce che “...il conferimento operato direttamente dall’Amministrazione, nonché l’autorizzazione

*all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgano attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente".*

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

### 2.3.17 Monitoraggio tempi procedurali

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

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

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

Nel corso dell'anno 2023 non sono state rilevate criticità sui tempi di conclusione dei procedimenti amministrativi.

### 2.3.18 Formazione del Personale

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

| Programmazione triennale della misura | 2024                              | 2025                              | 2026                              |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|                                       | Programmazione attività formative | Programmazione attività formative | Programmazione attività formative |

La formazione del personale costituisce uno degli strumenti fondamentali per la messa a punto di una efficace strategia di prevenzione della corruzione. Una formazione adeguata consente di fornire al personale la necessaria conoscenza delle leggi e soprattutto degli strumenti di prevenzione della corruzione e delle modalità per riconoscere i segnali d'allarme, quali ad esempio situazioni in cui sussiste il conflitto di interessi. Nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diviene sistemica, divenga oltre che un comportamento illegale del singolo anche un indicatore di una cultura che se radicata compromettere l'integrità ed il buon funzionamento dell'organizzazione, occorre investire in percorsi formativi che supportino un cambiamento culturale ed organizzativo.

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

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

Nel corso dell'anno 2023 sono stati programmati eventi formativi sul tema dell'etica e della legalità, sia di livello generale che specifico per i Dirigenti. Le attività formative proseguiranno nel triennio 2024-2026 in linea con gli aggiornamenti normativi nazionali e regionali.

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

### 2.3.19 Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante

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

Il Policlinico di Foggia ha nominato il RASA con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 425 del 9 settembre 2022.

### 2.3.20 Sponsorizzazioni

Le attività di sponsorizzazione e i rapporti che si creano tra il Policlinico di Foggia e le Aziende private, Associazioni ed Enti profit e non profit, sono ambiti esposti a rischio corruzione, anche in considerazione dell'incremento dell'attività in tale settore. Nel corso dell'anno 2018 è stato elaborato uno specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 462 del 14 giugno 2018.

Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro attività, sui quali gravi la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, delle consulenze e collaborazioni (legali e tecniche), il Policlinico di Foggia intende avviare, nel triennio 2024-2026, l'iter per l'acquisizione delle "dichiarazioni pubbliche di interesse" su modello Agenas.

I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:

- **Prima Sezione** - "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti".
- **Seconda Sezione** - "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario".
- **Terza Sezione** - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi".

- **Quarta Sezione** - “Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all’organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi”.
- **Quinta Sezione** - “Modulo per la notifica dei doni ricevuti”.

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

### 2.3.21 Attività conseguenti al decesso

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

### 2.3.22 Donazione e Comodati d’uso

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

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

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

Il Policlinico di Foggia ha provveduto:

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

### 2.3.23 Attività Libero Professionale – ALPI

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

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

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

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

### **2.3.24 Referente monitoraggio Opere Pubbliche**

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

Con riferimento alle procedure in materia di monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13 della L. n. 196/2009, il Policlinico di Foggia ha provveduto alla nomina del Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche previsto dal decreto legislativo n. 229/2001, designando quale referente interno presso la Struttura Gestione Tecnica, giusta Deliberazione del Commissario Straordinario n. 478 del 10 ottobre 2022.

### **2.3.25 Gestore procedure antiriciclaggio**

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

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

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno, il Policlinico di Foggia ha provveduto alla nomina del gestore delle comunicazioni alla UIF giusta Deliberazione del Commissario Straordinario n. 26 del 19 marzo 2022 e all'adozione del Regolamento delle procedure di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e finanziamento del terrorismo giusta Deliberazione del Commissario Straordinario n. 118 del 19 aprile 2022.

### **2.3.26 Flussi informatici periodici**

Il Policlinico di Foggia prevede, nel triennio 2024-2026, periodici flussi informativi verso il RPCT la cui presa in carico e corretta gestione è obbligatoria in capo ai relativi Responsabili delle Strutture Aziendali, secondo la tabella riportata nell'allegato "**Allegato\_3-StatoAttuazioneMisure**".

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

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

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

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

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

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

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

### 2.3.28 Monitoraggio e Riesame Periodico

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

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

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

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

Nel corso dell'anno 2023, è stato effettuato un monitoraggio interno di I livello (da parte dei Referenti RPCT) e di II livello con campionamento ragionato e statistico (da parte del RPCT), che ha permesso la correzione di inesattezze e l'aggiornamento di alcuni processi, rischi e relative misure di mitigazione del rischio corruttivo.

Entrambi i monitoraggi hanno riguardato sia lo stato di attuazione delle misure di carattere generale che lo stato di attuazione delle misure di carattere specifico. L'obiettivo del monitoraggio è stato quello di accertare la corretta applicazione, da parte dei Dirigenti, delle misure predisposte secondo le modalità e nei tempi previsti, e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio. Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l'attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta. Il riesame generale è effettuato dal RPCT, entro il mese di gennaio di ciascun anno, al fine di valutare l'efficienza ed efficacia del sistema anticorruttivo nel suo complesso.

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

In particolare, sono state rendicontate da ciascun Referente RPCT le misure di mitigazione del rischio corruttivo per ciascun processo a rischio, ivi compreso l'indicatore con relativo stato di avanzamento



delle attività. Gli esiti complessivamente positivi del monitoraggio al 31 dicembre 2023, confermano l'adeguatezza della programmazione definita a monte, in termini di efficacia ed efficienza delle medesime misure.

Dei risultati del monitoraggio si è dato conto anche nella Relazione annuale del RPCT per l'anno 2023, di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, pubblicata sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione - Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione.

### 2.3.29 Trasparenza Amministrativa

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

La trasparenza deve essere finalizzata a:

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

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

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

Ciascun Direttore/Dirigente, sulla scorta del quadro sinottico in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di dati, informazioni e documenti da parte dell'Azienda, oltre all'attività di controllo e supervisione diretta, si avvale di uno o più dipendenti, dal medesimo formalmente incaricati, e provvede alle operazioni di pubblicazione, aggiornamento, correzione dei dati, delle informazioni e dei documenti inerenti alle attività istituzionali di propria competenza, come meglio decritti nel precitato schema allegato, conforme alle prescrizioni normative in allegato al D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e alle recenti "Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015/2017" emanate dall'ANAC.

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



Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di trasparenza per le procedure di gara avviate dopo il 01/01/2024 sono contenute nel provvedimento ANAC n. 264 del 20/06/2023 e successivi aggiornamenti nonché nel relativo allegato, cui il Policlinico fa riferimento.

L'assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31/12/2023 (assoggettate al decreto legislativo n. 50/2016 o al decreto legislativo n. 36/2023) avviene mediante trasmissione attraverso il sistema Simog dei dati relativi alle suddette fasi.

Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di pubblicità legale dei contratti sono contenute nel provvedimento ANAC n. 263 del 20/6/2023 e riguardano tutte le procedure indette a partire dal 01/01/2024.

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

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

Nel corso del triennio 2024-2026 è **prevista la pubblicazione dei seguenti dati ulteriori**, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

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

### 2.3.30 Coinvolgimento degli Stakeholders

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

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

i Cittadini fruitori dei servizi sanitari, i Familiari, le Associazioni di volontariato, le Associazioni di Malattia, le Associazioni dei Consumatori, gli Enti pubblici e Istituzioni, i Sindacati, i Patronati, i Media, gli Ordini

Professionali, i Dipendenti del Policlinico di Foggia, le Pubbliche Assistenze, i Fornitori, le Strutture Pubbliche e Convenzionate, gli Studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari.

### 2.3.31 Accesso Civico Semplice e Generalizzato

#### **Accesso civico semplice**

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

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

#### **Accesso civico generalizzato**

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel corso dell'anno 2023 sono stati rilevati n 5 accessi civici resi disponibili nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente all'indirizzo

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

### 2.3.32 Allegati

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

## 3 Sezione 3: Organizzazione del capitale umano

### 3.1 Struttura organizzativa

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

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

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

Inoltre, nel rispetto dei parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR approvati in ultimo con D.G.R. n. 1603/2018, la Regione e l'Università hanno approvato le modifiche all'allegato C2 del Protocollo d'intesa Regione/Università di Foggia per l'attività assistenziale integrata, definito ai sensi degli art. 1 e 2, co.4 del D. Lgs n. 517 del 21.12.1999, recepito da questo Policlinico con DCS n. 537 del 26/10/2022 di presa d'atto della DGR. n. 1255 del 12.09.2022. A seguito della presa d'atto del nuovo assetto aziendale, sono state adottate le Deliberazioni del Commissario Straordinario nn. 594 e 595 del 29/11/2022, n. 611 del 01/12/2022 e la D.D.G. n. 638/2023.

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

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

Tabella n.3.1.1 – Articolazione dipartimentale

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

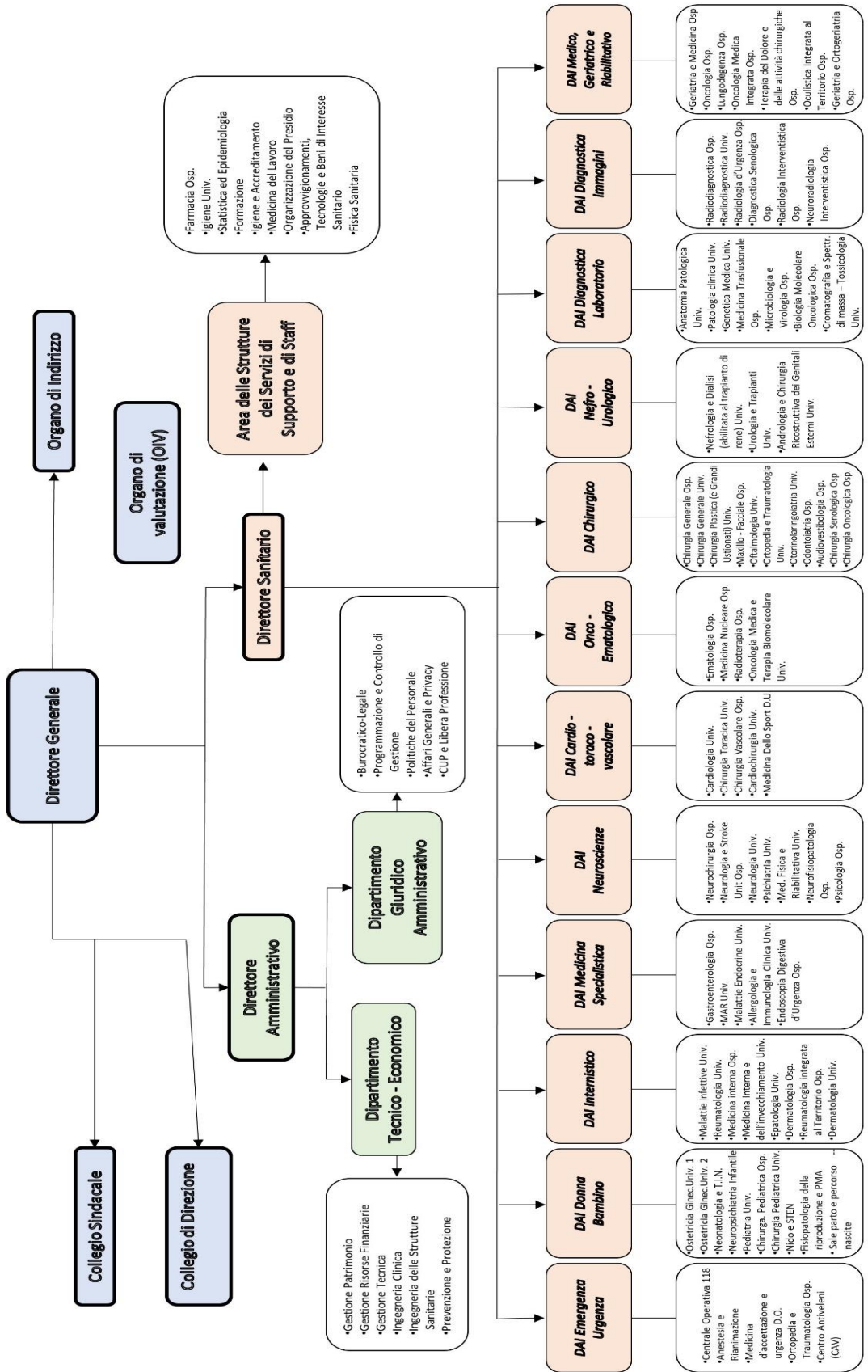
| DIPARTIMENTI                                       | STRUTTURE COMPLESSE                                   | Direzione<br>Ospedaliera | Direzione<br>Universitaria |
|--|---|--------------------------|----------------------------|
|  | STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE           |                          |                            |
| Nefro-Urologico                                    | Nefrologia e Dialisi (abilitata al trapianto di rene) |                          | U                          |
|  | Urologia e Trapianti                                  |                          | U                          |
|  | Andrologia e Chirurgia ricostruttiva Genitali Esterni |                          | U                          |
| Diagnostica di Laboratorio                         | Anatomia Patologica                                   |                          | U                          |
|  | Genetica Medica                                       |                          | U                          |
|  | Medicina Trasfusionale                                | H                        |                            |
|  | Patologia Clinica                                     |                          | U                          |
|  | Microbiologia e Virologia                             | H                        |                            |
|  | Biologia Molecolare Oncologica                        | H                        |                            |
|  | Cromatografia e Spettr. di massa - Tossicologia       |                          | U                          |
| Diagnostica per Immagini                           | Radiodiagnostica                                      | H                        |                            |
|  | Radiodiagnostica                                      |                          | U                          |
|  | Radiologia d'Urgenza                                  | H                        |                            |
|  | Diagnostica Senologica                                | H                        |                            |
|  | Neuroradiologia Interventistica                       | H                        |                            |
|  | Radiologia Interventistica                            | H                        |                            |
| Dipartimento Medico,<br>Geriatrico e Riabilitativo | Geriatria e Medicina                                  | H                        |                            |
|  | Oncologia   | H                        |                            |
|  | Lungodegenza  | H                        |                            |
|  | Oncologia Medica Integrata                            | H                        |                            |
|  | Oculistica integrata al Territorio                    | H                        |                            |
|  | Terapia del dolore e delle attività chirurgiche       | H                        |                            |
|  | Geriatria e Orto geriatria                            | H                        |                            |

Sono poi in essere n. 1 Dipartimento delle Strutture dei Servizi di Supporto e di Staff alla Direzione Sanitaria e n. 2 Dipartimenti amministrativi, istituiti con DDG n. 341 del 2015 e ridefinite con DDG n. 571 di luglio 2018 e con DDG n. 41 del 27/01/2023 e articolati come segue:

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

|   |                   |  |
|---|-------------------|--|
| Area delle Strutture e dei Servizi di Supporto e di Staff | SC                | Statistica ed Epidemiologia                                  |
|   | SC                | Farmacia   |
|   | SC                | Igiene a Dir. Universitaria                                  |
|   | SSD               | Formazione   |
|   | SSD               | Igiene e Accreditamento                                      |
|   | SSD               | Organizzazione del Presidio                                  |
|   | SSD               | Medicina del Lavoro  |
|   | SSD               | Fisica Sanitaria   |
|   | SSD               | Approvvigionamenti, tecnologie e beni di interesse sanitario |
| Giuridico-Amministrativo                                  | SC                | Burocratico-Legale   |
|   | SC                | Programmazione e Controllo di Gestione                       |
|   | SC                | Politiche del Personale                                      |
|   | SSD               | Affari Generali e Privacy                                    |
|   | SSD               | CUP e Libera Professione                                     |
|   | Tecnico-Economico | SC   |
| SC  |                   | Gestione Risorse Finanziarie                                 |
| SC  |                   | Gestione Tecnica   |
| SSD   |                   | Ingegneria Clinica   |
| SSD   |                   | Ingegneria delle Strutture Sanitarie                         |
| SSD   |                   | Prevenzione e Protezione                                     |

# Organigramma Aziendale





### 3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

#### 3.2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

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

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

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

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

#### 3.2.2 Modalità attuative del lavoro agile durante la fase ordinaria

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

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

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

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

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

### 3.2.3 Soggetti, procedura e svolgimento della prestazione

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

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

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

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

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

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

Al fine di garantire una efficace ed efficiente interazione e un completo svolgimento dell'attività lavorativa, il personale autorizzato al lavoro agile dovrà garantire il collegamento telefonico e via mail nella fascia di contattabilità coincidente con l'orario giornaliero di lavoro. Durante questa fascia, il dipendente sarà tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza. Durante le giornate di lavoro agile, il dipendente potrà fruire di tutti i permessi o altri istituti previsti dalle disposizioni contrattuali e normative, previa comunicazione e autorizzazione del Direttore della struttura di appartenenza.

Qualora il dipendente autorizzato dovesse, per motivi eccezionali o per fruire di permessi brevi, allontanarsi dal proprio domicilio dovrà immediatamente comunicare al proprio servizio l'interruzione della prestazione e, per la durata della stessa, è sollevato dagli obblighi previsti per la fascia di contattabilità. In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio Dirigente o Responsabile. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.2.4 Strumenti tecnologici in dotazione al dipendente**

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

### **3.2.5 Percorsi formativi**

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

### **3.2.6 Programma di sviluppo del lavoro agile**

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

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

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

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



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

### 3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*1. Le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2,*

*gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.*

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

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

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

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

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

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

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

Con DPCM dell'8/05/2018 sono state emanate le prime Linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 6 ter, co. 1 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. che hanno fornito indicazioni preliminari dando seguito alle novità legislative introdotte dal D.Lgs. n. 75/2017; in modo particolare, sono orientate verso il definitivo

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

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

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

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

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

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

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

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

| <b>AZIENDA SANITARIA</b>        | <b>TOTALE<br/>31/12/2019</b> | <b>TOTALE<br/>31/12/2022</b> |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| AOU - OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA | 2.570                        | 3.398                        |

si è stabilito tra l'altro,

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



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

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

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

- di procedere, ad integrazione del modello di predisposizione dei PTFP aziendali approvato con deliberazione di Giunta Regionale n. 261 del 06/03/2023, all'adozione del prospetto integrativo di dettaglio del fabbisogno di personale destinato alle finalità di cui al D.L. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020 e al D.M. n. 77/2022;
- di procedere, a parziale modifica ed integrazione del prospetto denominato "Costi PTFP" di cui al modello di predisposizione dei PTFP approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 261 del 06/03/2023, all'adozione del prospetto comprensivo dei riferimenti alle voci di costo che la citata Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006 include espressamente ai fini del vincolo di spesa 2004-1,4%, e delle quote percentuali standard rideterminate con deliberazione di Giunta regionale n. 640 del 10/05/2023 in misura pari al -20,80% per il personale del Comparto e pari al -17,72% per il personale dei ruoli dirigenziali, da applicarsi in detrazione da parte di ciascuna Azienda ed Ente del SSR rispetto al costo complessivo del fabbisogno di personale.

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

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

Il PTFP 2022-2024 è disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente" all'indirizzo:

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

### 3.3.1 Formazione del personale

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

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

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

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

- Centralità della persona;
- Appropriatelyzza, Efficacia, efficienza delle cure;
- Completezza e continuità assistenziale;
- Integrazione col la rete dei servizi territoriali;
- Affidabilità, sicurezza;
- Ricerca scientifica;
- Benessere della comunità;
- Economia delle risorse.

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

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



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

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

## 4 Sezione 4: Monitoraggio

L'Azienda procede a monitorare il valore pubblico generato per mezzo delle proprie azioni strategiche misurando i risultati raggiunti negli ambiti delineati in questo Piano 2024 – 2024 e rendicontati nella Relazione sulla Performance. Come già evidenziato nel paragrafo “La programmazione annuale e il ciclo di gestione della Performance” nella sezione “Performance”, l'Azienda attraverso il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato con deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 59 del 01/02/2022, valuta le Strutture aziendali e il personale dipendente appartenente sia alla Dirigenza delle diverse Aree che all'Area di Comparto. Il ciclo si conclude con l'adozione della Relazione sulla Performance da parte della Direzione Strategica che è soggetta alla validazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.). In tale attività, la Direzione Strategica è coadiuvata dalla Struttura Programmazione e Controllo di Gestione.

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














**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026**

***Policlinico Foggia***

*ospedaliero-universitario*



### Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

| Area di rischio  | Valutazione<br>Rischio   | Basso | Medio | Alto | Totale<br>Processo |
|--|--|-------|-------|------|--------------------|
| A - GESTIONE RISORSE UMANE   | <br>Medio   | 6     | 11    | 0    | 17                 |
| B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <br>Medio   | 4     | 24    | 9    | 37                 |
| C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO | <br>Medio   | 0     | 1     | 0    | 1                  |
| D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO      | <br>Medio   | 0     | 2     | 0    | 2                  |
| E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE  | <br>Medio   | 4     | 8     | 2    | 14                 |
| F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO  | <br>Medio   | 8     | 8     | 1    | 17                 |
| G - INCARICHI E NOMINE   | <br>Medio  | 0     | 2     | 0    | 2                  |
| H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO  | <br>Medio | 0     | 5     | 0    | 5                  |
| I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA  | <br>Medio | 16    | 9     | 0    | 25                 |
| M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA  | <br>Medio | 2     | 8     | 1    | 11                 |
| N - DECESSI INTRA AZIENDALI  | <br>Medio | 0     | 1     | 0    | 1                  |
| <b>TOTALE AREE</b> 11  | <b>TOTALE</b>  | 40    | 79    | 13   | 132                |



**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026**

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



**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026**

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



**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026**

| Area di rischio  | Valutazione Rischio | Sottoarea                             | Valutazione Rischio |
|--|---------------------|---------------------------------------|---------------------|
| <b>M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA</b> | Medio 😞 8           | <u>M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO</u>      | Medio 😞 7           |
|  |                     | <u>M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI</u> | Medio 😞 7           |
|  |                     | <u>M.M5 - SEGNALAZIONI</u>            | Medio 😞 8           |
|  |                     | <u>M.M6 - SOMMINISTRAZIONE</u>        | Medio 😞 7           |
|  |                     | <u>M.M7 - SPERIMENTAZIONI</u>         | Medio 😞 5           |
|  |                     | <u>M.M8 - SPONSORIZZAZIONI</u>        | Medio 😞 11          |
| <b>N - DECESSI INTRA AZIENDALI</b>   | Medio 😞 9           | <u>N.N1 - DECESSI</u>                 | Medio 😞 9           |





## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

### Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

|   |  |   |                            |
|---|--|---|----------------------------|
| <b>Sottoarea</b>  | <b><u>A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE</u></b>   |   |                            |
| <b>Processo</b>   | <b>A.A1.4.ORG013 - Procedure di reclutamento del personale - Procedure per progressione di carriera - Procedure di conferimento incarichi (dirigenziali, di posizione, di coordinamento)</b>   |   |                            |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio  |    | 5                          |
| <b>Struttura</b>  | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI   | <b>Responsabile</b>   | CARDINALE LUCREZIA         |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |  |   |                            |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>   | Le procedure di reclutamento del personale avvengono nel rispetto della pianificazione e programmazione prevista dai piani di fabbisogno adottati con deliberazione del Direttore Generale ed approvati dalla Giunta Regionale con proprio atto (in quanto organo tutorio garante del rispetto della capacità assunzionale e garante del rispetto del limite di spesa), in pieno ossequio delle procedure previste dalla normativa vigente e dalle disposizioni regionali in materia. Il reclutamento avviene attraverso procedure concorsuali, nei limiti del Piano dei fabbisogni, avviate e gestite nel rispetto delle disposizioni in materia e, in particolare, dai DPR nn. 483/1997 e 484/1997 per la dirigenza e n. 220/2001 per il personale dell'Area di comparto |   |                            |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>   |                            |
| RA.01 - Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutar | <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>052 - Trasparenza amministrativa nei procedimenti concorsuali  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale pubblicazioni eseguite su AT e Albo pretorio online rispetto al totale delle procedure di reclutamento (Perc. 2023: 100,00% ) |                            |
|   | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>245 - Controlli interni previsti dai regolamenti  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Acquisizione delle attestazioni di insussistenza conflitto interessi e di incompatibilità in sede contrattuale (S/N )                     |                            |
|   |  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale controlli a campione sui requisiti di accesso (Perc. )  |                            |
|   |  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Verifica della insussistenza della condizione ostativa per soggetti in quiescenza (S/N )  |                            |
|   |  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Verifica della sussistenza di precedenti penali al momento della formazione di Commissioni di concorso (S/N )                             |                            |
| <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Verifica della sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici (S/N )  |  |   |                            |
| <b>Sottoarea</b>  | <b><u>A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO</u></b>  |   |                            |
| <b>Processo</b>   | <b>A.A10.16.ORG050 - Attività didattico-formativa</b>  |   |                            |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio  |    | 11                         |
| <b>Struttura</b>  | ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.   | <b>Responsabile</b>   | Santantonio Teresa Antonia |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |  |   |                            |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>   |                            |
| RA.07 - Discrezionalità e favoritismi   | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>254 - Seduta pubblica in sede di prove orali  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza verifiche collegiali sulla preparazione studenti (S/N )  |                            |


## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

### Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

|   |  |   |                          |
|---|--|---|--------------------------|
| <b>Sottoarea</b>  | <b>A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO</b>   |   |                          |
| <b>Processo</b>   | <b>A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa</b>  |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Basso  |                                    | 2                        |
| <b>Struttura</b>  | ORG082 - SC REUMATOLOGIA<br>UNIVERSITARIA  | <b>Responsabile</b>   | CANTATORE Francescopaolo |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |  |   |                          |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>   |                          |
| RA.07 - Collusione e favoritismi  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>215 - Previsione della presenza di più docenti in commissione per esami   | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Applicazione misura della co-presenza docenti in Commissione (S/N ) |                          |
| RA.15 - Omessa verifica di eventuali incompatibilità per attività sponsorizzate | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b>   |                          |
| <b>Processo</b>   | <b>A.A10.24.ORG009 - Autorizzazione personale partecipazione eventi, corso o master per formazione specialistica/specifica (agg. facoltativo e obbligatorio) sia di tipo sanitario che tecnico-professionale e amministrativo con oneri</b>  |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio  |                                    | 11                       |
| <b>Struttura</b>  | ORG009 - SSD FORMAZIONE  | <b>Responsabile</b>   | CANCELLARO GIUSEPPE      |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |  |   |                          |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>                                     | Atto Deliberativo n. 339 del Registro, adottato dal Direttore Generale il 30 novembre 2012, avente ad oggetto "Regolamento Aziendale per le Attività di Formazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria OO.RR. di Foggia, in considerazione di quanto regolamentato dalle "Linee di indirizzo regionale sull'attività di formazione nelle aziende sanitarie", adottato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 394 del 5 marzo 2012. |   |                          |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>   |                          |
| RA.14 - Formazione e sensibilizzazione  | <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>004 - Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice   | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N 2023:Si )  |                          |
|   | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>255 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza banca dati interna per controlli (S/N 2023:Si )            |                          |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026


### Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

|  |   |   |                    |
|--|---|---|--------------------|
| <b>Sottoarea</b>   | <b><u>A.A11 - BORSE DI STUDIO</u></b>   |   |                    |
| <b>Processo</b>  | <b>A.A11.26.OORG012 - Procedimento di assegnazione di borse di studio</b>   |   |                    |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio   |    | 12                 |
| <b>Struttura</b>   | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY   | <b>Responsabile</b>   | SILVESTRIS LAURA   |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |   |   |                    |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>  | <p>L'assegnazione delle Borse di Studio viene effettuata al termine di un iter amministrativo delineato da un Regolamento Aziendale che disciplina i presupposti, i requisiti e le procedure per il loro conferimento destinate a laureati e/o diplomati, finanziate dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia o da terzi, sia pubblici che privati.</p> <p>Le Borse di Studio comportano erogazioni in favore di soggetti esterni, per sostenere attività di studio e ricerca o assimilate.</p> <p>La procedura di conferimento si attiva su diretta indicazione della Direzione Strategica ovvero a seguito di specifica e motivata richiesta presentata alla stessa dal Direttore della struttura aziendale presso la quale si svolgerà l'attività di studio a seguito di un iter formale di valutazione dei candidati. Il Direttore Generale, una volta verificata la regolarità della procedura, con deliberazione approva gli atti predisposti dalla Commissione e procede con il conferimento della BdS al candidato ritenuto maggiormente idoneo alla stessa.</p> |   |                    |
| <b>RISCHIO</b>   | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>   |                    |
| RA.06 - Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari | Misura effettiva specifica obbligatoria 013 - Regolamento per conferimento e autorizzazione incarichi   | Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento (S/N 2023:Si )  |                    |
|  | Misura effettiva specifica ulteriore 243 - Attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi   | Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione sistema di gestione delle segnalazioni illeciti (S/N 2023:Si )  |                    |
| <b>Sottoarea</b>   | <b><u>A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI</u></b>   |   |                    |
| <b>Processo</b>  | <b>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</b>   |   |                    |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Basso   |    | 2                  |
| <b>Struttura</b>   | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY   | <b>Responsabile</b>   | SILVESTRIS LAURA   |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |   |   |                    |
| <b>RISCHIO</b>   | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>   |                    |
| RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche  | Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice  | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarichi (Perc. 2023:100,00% ) |                    |
|  | Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni   | Indicatori di monitoraggio della misura: Numero verbali all'anno in materia di privacy audit (Num. 2023:100,00 )  |                    |
| <b>Processo</b>  | <b>A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-officio di competenza</b>   |   |                    |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio   |    | 9                  |
| <b>Struttura</b>   | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI  | <b>Responsabile</b>   | CARDINALE LUCREZIA |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |   |   |                    |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>  | <p>Gli incarichi extraistituzionali sono disciplinati da apposito regolamento aziendale in applicazione di quanto previsto dall'art. 53 del d. lgs. n. 165/2001 e s.m.i. A completamento della procedura di conferimento o di autorizzazione si provvede all'inserimento dell'incarico nella piattaforma digitale PERLAPA - Anagrafe delle prestazioni</p>  |   |                    |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026


### Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

| Sottoarea  | <b>A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI</b>  |  |
|--|---|--|
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |
| RA.04 - Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità | Misura effettiva specifica ulteriore<br>211 - Intensificazione dei controlli a campione | Indicatori di monitoraggio della misura: Numero controlli interni a campione (Num. )                   |
| RA.15 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità                      | Misura effettiva specifica ulteriore<br>245 - Regolamentazione                          | Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento incarichi extra-aziendali (S/N 2023:Si ) |


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

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

| Sottoarea | <b>A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE</b> |
|-----------|---------------------------------------|
|-----------|---------------------------------------|

|   |  |   |                    |
|---|--|---|--------------------|
| <b>Processo</b>                             | <b>H.H2.220.ORG014 - Rapporti e informative sindacali</b>  |   |                    |
| <b>Valutazione Rischio</b>                  | Basso  |  | 3                  |
| <b>Struttura</b>                            | ORG014 - SS RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI   | <b>Responsabile</b>   | CARDINALE LUCREZIA |
| <b>Storico fattori di rischio</b>           |  |   |                    |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | I rapporti con i sindacati delle varie categorie avvengono nel rispetto delle disposizioni contrattuali in materia e nel pieno spirito di collaborazione. L'informativa avviene regolarmente quando dovuta mediante trasmissione della documentazione e degli atti con la consueta forma con cui avvengono le convocazioni ai tavoli di contrattazione |   |                    |


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

|   |   |   |                    |
|---|---|---|--------------------|
| <b>Processo</b>                             | <b>A.A3.9.ORG013 - Corresponsione mensile emolumenti stipendiali, emolumenti accessori, competenze arretrate, cessione del quinto dello stipendio, rilascio certificati di stipendio</b>  |   |                    |
| <b>Valutazione Rischio</b>                  | Medio   |  | 8                  |
| <b>Struttura</b>                            | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI  | <b>Responsabile</b>   | CARDINALE LUCREZIA |
| <b>Storico fattori di rischio</b>           |   |   |                    |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | La corresponsione degli emolumenti stipendiali previsti dai CC.CC.NN.LL. di categoria avviene mensilmente con apposito provvedimento dirigenziale a seguito di verifica sulla documentazione riferita al trattamento economico accessorio del personale, debitamente autorizzata, pervenuta agli uffici dell'Area e inserita nel sistema di gestione del personale. La liquidazione attiene anche al trattamento fondamentale e alle provvidenze spettanti al personale dipendente come previsto dalle disposizioni di legge e contrattuali in materia. |   |                    |


## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

### Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

| Sottoarea                      |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE |  |  |
| RISCHIO                        | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI   |
| RA.07 - Collusione             | Misura effettiva specifica ulteriore<br>245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N ) |

| Sottoarea  |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE                            |   |                                 |
| Processo   |   |                                 |
| A.A4.12.ORG013 - Attestazione della presenza in servizio |   |                                 |
| Valutazione Rischio                                      | Medio  9   |                                 |
| Struttura  | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI  | Responsabile CARDINALE LUCREZIA |
| Storico fattori di rischio                               |   |                                 |
| Descrizione processo e relative fasi                     | L'attestazione della presenza in servizio avviene attraverso procedura informatica collegata ai marca tempo dislocati nei vari plessi aziendali e viene verificata attraverso procedure di controllo sulla corretta utilizzazione del cartellino fornito a ciascun dipendente per attestare la presenza in servizio. Eventuali assenze dal servizio vengono giustificate in applicazione delle disposizioni contrattuali in materia e inserite manualmente nel sistema di rilevazione delle presenze. |                                 |


| RISCHIO                                   | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI   |
|---|--|--|
| RA.07 - Omissione dei controlli di merito | Misura effettiva specifica ulteriore<br>225 - Nell'ambito delle risorse disponibili, informatizzazione del servizio di gestione del personale con controlli incrociati automatizzati | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza sistema rilevazione presenze informatizzato (S/N ) |


| Sottoarea  |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI  |   |                                 |
| Processo   |   |                                 |
| A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni |   |                                 |
| Valutazione Rischio  | Basso  0   |                                 |
| Struttura  | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI  | Responsabile CARDINALE LUCREZIA |
| Storico fattori di rischio   |   |                                 |
| Descrizione processo e relative fasi   | Il processo di collocamento a riposo dei dipendenti, nonché le operazioni propedeutiche alle determinazioni dell'assegno pensionistico da parte dell'INPS, compresi gli adempimenti connessi agli scatti e alle ricongiunzioni sono gestite nel rispetto delle disposizioni in materia tramite appositi provvedimenti dirigenziali, la cui adozione presuppone le dovute verifiche sui requisiti di legge, le cui risultanze sono comunicate in via telematica all'INPS |                                 |

| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |
|---|---|---|
| RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati | Misura effettiva specifica obbligatoria<br>002 - Codice di Comportamento: Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo. | Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N ) |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

### Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

|  |   |   |                    |
|--|---|---|--------------------|
| <b>Sottoarea</b>                               | <b><u>A.A6 - BENEFICI EX LEGE</u></b>   |   |                    |
| <b>Processo</b>                                | <b>A.A6.16.ORG013 - Riconoscimento di benefici non economici connessi a permessi, congedi e aspettative dal servizio (L.104 etc.)</b>   |   |                    |
| <b>Valutazione Rischio</b>                     | Medio   |    | 5                  |
| <b>Struttura</b>                               | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI  | <b>Responsabile</b>   | CARDINALE LUCREZIA |
| <b>Storico fattori di rischio</b>              |   |   |                    |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>    | Il riconoscimento dei benefici avviene con appositi provvedimenti dirigenziali a seguito delle verifiche sulla sussistenza dei requisiti previsti dalle disposizioni di legge e contrattuali in materia. Per quanto attiene ai permessi ex L. 104/1992 si provvede adempimenti previsti per legge sulla piattaforma digitale PERLAPA nell'apposita sezione. |   |                    |
| <b>RISCHIO</b>                                 | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>   |                    |
| RA.10 - Illegittimo rilascio di autorizzazioni | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000).  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza misura di controllo (S/N ) |                    |

|   |  |   |                     |
|---|--|---|---------------------|
| <b>Sottoarea</b>  | <b><u>A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI</u></b>  |   |                     |
| <b>Processo</b>   | <b>A.A7.18.ORG009 - Elaborazione Piano Formativo Aziendale</b>   |   |                     |
| <b>Valutazione Rischio</b>                                  | Basso  |    | 0                   |
| <b>Struttura</b>  | ORG009 - SSD FORMAZIONE  | <b>Responsabile</b>   | CANCELLARO GIUSEPPE |
| <b>Storico fattori di rischio</b>                           |  |   |                     |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>                 | Analisi e Ricognizione dei Bisogni di Formazione, indirizzata ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori e Responsabili delle Strutture Sanitarie, Tecniche e Amministrative, ai Dirigenti del Servizio Infermieristico, ai Preposti (Posizioni Organizzative, Coordinatori e Infermiere Ostetrico e Tecnico) e ai Referenti della Formazione), resa pubblica sul sito web dell'Azienda de quo.<br>Comunicazione del Piano Formativo Aziendale, corredato del parere favorevole del Comitato Scientifico ECM e della Commissione paritetica sull'Attività di Formazione, al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario dell'Azienda de quo, per ogni eventuale e necessaria adozione di atti o comportamenti consequenziali. |   |                     |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>   |                     |
| RA.14 - Piano aziendale - regolamentazione della formazione | <b>Misura effettiva trasversale obbligatoria</b><br>385 - Aggiornamento Piano formativo aziendale e Formazione del personale   | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale sul tema della legalità, codice di comportamento e sull'istituto del whistleblowing (Num. ) |                     |
|   |  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Inserimento nel PFA di percorsi formativi al personale in materia di etica, legalità e codice di comportamento (S/N 2023:Si )                             |                     |
|   |  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Rilevazione fabbisogni formativi dalle strutture aziendali (S/N 2023:Si )   |                     |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

### Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE

|   |   |   |                     |
|---|---|---|---------------------|
| <b>Sottoarea</b>                            | <b><u>A.A8 - ECM</u></b>  |   |                     |
| <b>Processo</b>                             | <b>A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)</b>  |   |                     |
| <b>Valutazione Rischio</b>                  | Medio   |   | 11                  |
| <b>Struttura</b>                            | ORG009 - SSD FORMAZIONE   | <b>Responsabile</b>   | CANCELLARO GIUSEPPE |
| <b>Storico fattori di rischio</b>           |   |   |                     |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | In attuazione all'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, mediante la Struttura di Formazione, in ottemperanza al DGR n. 1.381 DEL 21/06/2011, è riconosciuta quale soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità ed è, pertanto, abilitata a realizzare attività formative idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai progetti ed eventi del Piano Formativo Aziendale, nella qualità di Provider Regionale. |   |                     |
| <b>RISCHIO</b>                              | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>   |                     |
| RC.06 - Abuso della discrezionalità         | Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità?  | Indicatori di monitoraggio della misura: Utilizzo portale Agenas (S/N 2023:Si ) |                     |

|                                   |   |  |                    |
|-----------------------------------|---|--|--------------------|
| <b>Sottoarea</b>                  | <b><u>A.A9 - FORMAZIONE NORMATA</u></b>   |  |                    |
| <b>Processo</b>                   | <b>A.A9.32.ORG075 - Attività didattico-formativa</b>  |  |                    |
| <b>Valutazione Rischio</b>        | Basso   |  | 1                  |
| <b>Struttura</b>                  | ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE   | <b>Responsabile</b>  | SOLLITTO Francesco |
| <b>Storico fattori di rischio</b> |   |  |                    |
| <b>RISCHIO</b>                    | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>  |                    |
| RA.07 - Favoritismi               | Misura effettiva specifica ulteriore 249 - Costituzione di commissioni secondo criteri precisi e vincolanti | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza calendario per tirocini e frequenza (S/N ) |                    |

|   |  |                     |                     |
|---|--|---------------------|---------------------|
| <b>Processo</b>                             | <b>A.A9.22.ORG009 - Formazione per Enti pubblici rivolti al Personale Dipendente Aziendale</b>   |                     |                     |
| <b>Valutazione Rischio</b>                  | Medio  |                     | 12                  |
| <b>Struttura</b>                            | ORG009 - SSD FORMAZIONE  | <b>Responsabile</b> | CANCELLARO GIUSEPPE |
| <b>Storico fattori di rischio</b>           |  |                     |                     |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | <p>Questa Azienda Ospedaliera Universitaria ha organizzato:</p> <p>Progetto Formativo Aziendale E.C.M obbligatorio di formazione ed informazione, previsto dagli articoli 36 e 37 del D.L.gs. 81/2008, in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, destinati ai Dirigenti, ai Preposti, ai Lavoratori ed ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza;</p> <p>Progetto Formativo Aziendale E.C.M obbligatorio, articolato nei seguenti Corsi BLS-D (Basic Life Support - Defibrillation) - Adulto e Pediatrico, e ALS (Advance Life Support) rivolti ai Medici e al Comparto Sanitario, per aggiornare le conoscenze teoriche e le abilità pratiche in tema di gestione avanzata dell'Emergenza Urgenza, in ottemperanza alle vigenti normative in materia.</p> <p>Il Provider di Formazione Residenziale, di Formazione sul Campo e proprio del Policlinico Riuniti, inoltre, garantisce l'attività formativa per tutte le figure professionali ECM e tecnico-amministrative, al fine di assicurare l'evoluzione ed il miglioramento qualitativo degli operatori attraverso l'implementazione di un sistema di sviluppo professionale continuo.</p> |                     |                     |



**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026****Area di rischio A - GESTIONE RISORSE UMANE**

Sottoarea

**A.A9 - FORMAZIONE NORMATA**

RISCHIO

MISURA DI PREVENZIONE

ALTRI DATI




RA.14 - Lobbying

Misura effettiva specifica ulteriore  
211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000).

Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale intensificazione controlli interni (Perc. 2023:100,00% )

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026


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

| Sottoarea   | <b>B.B1 - PROCEDURA APPALTO</b>   |   |                          |
|---|---|---|--------------------------|
| <b>Processo</b>   | <b>B.B1.66.ORG075 - Rapporti con le aziende del farmaco</b>   |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio   |    | 10                       |
| <b>Struttura</b>  | ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE   | <b>Responsabile</b>   | SOLLITTO Francesco       |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |   |   |                          |
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |                          |
| RB.10 - Elusione delle regole per la corretta concorrenza   | Misura effettiva specifica ulteriore 282 - Accordi illeciti con aziende del farmaco.  | Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione Codice dei Contratti (S/N )   |                          |
| <b>Processo</b>   | <b>16PRO.B.B20.ORG018 - Individuazione procedura di gara</b>  |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio   |    | 5                        |
| <b>Struttura</b>  | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA  | <b>Responsabile</b>   | BORRELLI LUIGI           |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   | Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto  |   |                          |
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |                          |
| RB.03 - Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente piu? vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa | Misura effettiva specifica ulteriore 282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza chiedend | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale gare con il criterio OEV rispetto al prezzo più basso (Perc. )   |                          |
| <b>Processo</b>   | <b>B.B1.29.ORG017 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento. Procedure di scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ex Codice contratti pubblici relativi a lavori e f</b>                   |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio   |    | 13                       |
| <b>Struttura</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO   | <b>Responsabile</b>   | NOTARANGELO Maria Loreta |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |   |   |                          |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>   | Viene individuato un RUP, un DEC secondo la normativa del Codice dei Contratti.   |   |                          |
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |                          |
| RB.23 - Violazione delle norme in materia di gare ed affidamenti pubblici   | Misura effettiva specifica ulteriore 816 - Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione.  | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza della motivazione nella determina a contrarre circa la scelta dello strumento di affidamento (S/N 2023:Si ) |                          |
| Sottoarea   | <b>B.B10 - FABBISOGNI</b>   |   |                          |
| <b>Processo</b>   | <b>16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni</b>  |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Basso   |    | 0                        |
| <b>Struttura</b>  | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI  | <b>Responsabile</b>   | NOTARANGELO Maria Loreta |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |   |   |                          |


## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

| Sottoarea   | <b>B.B10 - FABBISOGNI</b>   |   |
|---|---|---|
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |
| RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ | Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture.  | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di programmazione (S/N 2023:Si ) |
|   | Misura effettiva specifica ulteriore 805 - In fase di individuazione del quadro dei fabbisogni, predeterminazione dei criteri per individuarne le priorità. | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura (S/N 2023:Si )                   |

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




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

| Processo                             | <b>B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto</b>  |   |                          |
|--------------------------------------|--|---|--------------------------|
| Valutazione Rischio                  | Alto   |  | 20                       |
| Struttura                            | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO  | Responsabile  | NOTARANGELO Maria Loreta |
| Storico fattori di rischio           |  |   |                          |
| Descrizione processo e relative fasi | I fabbisogni vengono calcolati sulla base dei consumi storici e sulle necessità espresse dai Reparti. I Capitolati tecnici rispondenti alla normativa del Codice dei Contratti vengono predisposti sulla base delle caratteristiche definite dai tecnici di settore (ingegneria clinica, farmacia, etc.) e nella maggioranza dei casi direttamente dai suddetti Servizi. |   |                          |

| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |
|---|---|--|
| RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ | Misura effettiva specifica ulteriore 802 - Aggiornamenti annuali programmazione per acquisti di servizi e forniture (sopra la soglia 40k) | Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione programmazione degli acquisti sul sito web istituzionale (S/N 2023:Si ) |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

| Sottoarea  | <b>B.B11 - CONVENZIONI</b>   |   |                       |
|--|--|---|-----------------------|
| <b>Processo</b>  | <b>B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato</b>   |   |                       |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio  |                                  | 5                     |
| <b>Struttura</b>   | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY  | <b>Responsabile</b>   | SILVESTRIS LAURA      |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |  |   |                       |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Richiesta protocollata da parte dell'associazione</li> <li>- Fase di studio e fattibilità da parte dell'Azienda</li> <li>- Stesura dell'accordo di convenzione</li> <li>- Deliberazione dell'accordo</li> <li>- Sottoscrizione dell'accordo di convenzione</li> </ul> |   |                       |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |                       |
| RB.07 - Elusione delle regole di individuazione delle associazioni di volontariato, al fine di agevolare un particolare soggetto | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.                                 | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Pubblicazione atti relativi alle Convenzioni (S/N 2023:Si )       |                       |
| RB.13 - Collusione   | <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse. Adeguate iniziative di formazione/informazione  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale attestazioni conflitti rilevate (Perc. 2023:100,00% ) |                       |
| <b>Processo</b>  | <b>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</b>  |   |                       |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio  |                                | 9                     |
| <b>Struttura</b>   | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY  | <b>Responsabile</b>   | SILVESTRIS LAURA      |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |  |   |                       |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |                       |
| RB.10 - Omissioni pubblicazioni  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.                                 | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale pubblicazioni dati (Perc. 2023:100,00% )              |                       |
| RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Adozione Regolamento interno (S/N 2023:Si )                       |                       |
| <b>Processo</b>  | <b>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</b>   |   |                       |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio  |                                | 11                    |
| <b>Struttura</b>   | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE   | <b>Responsabile</b>   | MASTROPIERI SIMONETTA |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |  |   |                       |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>  | Attività professionale che riguarda l'intero iter amministrativo-legale dei procedimenti. Formazione degli atti e compimento delle attività fino alla chiusura e archiviazione del fascicolo.  |   |                       |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

| Sottoarea   | <b><u>B.B11 - CONVENZIONI</u></b>   |  |
|---|---|--|
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |
| RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati | Misura effettiva specifica ulteriore<br>288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo interno (S/N 2023:Si ) |

| Sottoarea | <b><u>B.B2 - CAPITOLATI</u></b> |  |
|-----------|---------------------------------|--|
|-----------|---------------------------------|--|

| Processo | <b>B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)</b> |  |
|----------|---|--|
|----------|---|--|

|                     |      |   |    |
|---------------------|------|---|----|
| Valutazione Rischio | Alto |  | 20 |
|---------------------|------|---|----|

|           |                                 |              |                          |
|-----------|---------------------------------|--------------|--------------------------|
| Struttura | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO | Responsabile | NOTARANGELO Maria Loreta |
|-----------|---------------------------------|--------------|--------------------------|

|                            |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|
| Storico fattori di rischio |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|

|                                      |   |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Descrizione processo e relative fasi | Definizione delle caratteristiche tecniche necessarie in fase di progettazione dell'appalto, senza individuazione di prodotti che corrispondono ad un marchio specifico |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|

| RISCHIO | MISURA DI PREVENZIONE | ALTRI DATI |
|---------|-----------------------|------------|
|---------|-----------------------|------------|

|   |  |  |
|---|--|--|
| RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara. | Misura effettiva specifica ulteriore<br>823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche. | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura pre-informazione (S/N 2023:Si ) |
|---|--|--|

| Processo | <b>B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione</b> |  |
|----------|---|--|
|----------|---|--|

|                     |      |   |    |
|---------------------|------|---|----|
| Valutazione Rischio | Alto |  | 20 |
|---------------------|------|---|----|

|           |                                 |              |                          |
|-----------|---------------------------------|--------------|--------------------------|
| Struttura | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO | Responsabile | NOTARANGELO Maria Loreta |
|-----------|---------------------------------|--------------|--------------------------|

|                            |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|
| Storico fattori di rischio |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|

|                                      |   |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Descrizione processo e relative fasi | Gli artt. 99 e 100 del nuovo Codice dei contratti pubblici (D. Lgs 36/2023) disciplinano i requisiti che le imprese concorrenti devono possedere per tutta la durata della procedura di evidenza pubblica |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|

| RISCHIO | MISURA DI PREVENZIONE | ALTRI DATI |
|---------|-----------------------|------------|
|---------|-----------------------|------------|

|   |   |  |
|---|---|--|
| RB.02 - Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione) | Misura effettiva specifica ulteriore<br>290 - Definizione di requisiti proporzionati al valore e all'oggetto della gara | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2023:Si ) |
|---|---|--|

| Processo | <b>B.B2.33.ORG017 - Requisiti di aggiudicazione</b> |  |
|----------|---|--|
|----------|---|--|

|                     |      |   |    |
|---------------------|------|---|----|
| Valutazione Rischio | Alto |  | 20 |
|---------------------|------|---|----|

|           |                                 |              |                          |
|-----------|---------------------------------|--------------|--------------------------|
| Struttura | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO | Responsabile | NOTARANGELO Maria Loreta |
|-----------|---------------------------------|--------------|--------------------------|


|                            |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|
| Storico fattori di rischio |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|

|                                      |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|
| Descrizione processo e relative fasi | Seguendo i criteri e i requisiti di aggiudicazione previsti nei disciplinari di gara, si perviene all'aggiudicazione della procedura. Il soggetto economico aggiudicatario stipula il contratto di appalto e si occupa della sua esecuzione. |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|


## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

| Sottoarea   | <b>B.B2 - CAPITOLATI</b>   |   |
|---|--|---|
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |
| RB.63 - Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito. | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza criteri obiettivi (S/N 2023:Si ) |



| Processo                             | <b>B.B2.34.ORG017 - Valutazione delle offerte</b>  |                                       |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Valutazione Rischio                  | Alto  20  |                                       |
| Struttura                            | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO  | Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta |
| Storico fattori di rischio           |  |                                       |
| Descrizione processo e relative fasi | L'aggiudicazione degli appalti di servizi e forniture avviene secondo i criteri previsti all'art. 100 del Codice degli appalti (D.Lgs 36/2023) ovvero dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo o del minor prezzo. |                                       |

| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |
|--|---|--|
| RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>842 - Scelta dei componenti delle commissioni  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Scelta commissari di gara da Albo ANAC (S/N )  |
|  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>867 - Formalizzazione e pubblicazione da parte dei funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale acquisizione attestazioni da tutto il personale coinvolto ( Perc. 2023:100,00% ) |

| Sottoarea  | <b>B.B3 - BANDI</b>  |   |
|--|--|---|
| Processo   | <b>B.B3.36.ORG017 - Revoca dei bandi</b>   |   |
| Valutazione Rischio  | Medio  10   |   |
| Struttura  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO  | Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta   |
| Storico fattori di rischio   |  |   |
| Descrizione processo e relative fasi   | il provvedimento amministrativo ad efficacia durevole può essere revocato da parte dell'organo che lo ha emanato nei casi in cui non vi sia più interesse alla procedura per sopravvenuti motivi di pubblico interesse ovvero nel caso di mutamento della situazione di fatto o di nuova valutazione dell'interesse pubblico originario. |   |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |
| RB.12 - Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>854 - Controlli interni in caso di revoche di procedure di gara.  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Numero procedure revocate (Num. 2023:0,00 ) |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026


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

| Sottoarea   | <b>B.B4 - COMMISSIONI</b>  |  |                          |
|---|--|--|--------------------------|
| <b>Processo</b>   | <b>B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara</b>   |  |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Alto   |   | 15                       |
| <b>Struttura</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO  | <b>Responsabile</b>  | NOTARANGELO Maria Loreta |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |  |  |                          |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>   | <p>Ai fini della selezione della migliore offerta nelle procedure di aggiudicazione di contratti di appalti con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, dopo la scadenza del termine per la presentazione delle offerte, è nominata una commissione giudicatrice (art. 95 Codice degli appalti).</p> <p>La commissione è composta da un numero dispari di componenti, in numero massimo di cinque, esperti nello specifico settore cui si riferisce l'oggetto del contratto. Possono essere nominati componenti supplenti.</p> <p>La commissione è presieduta e composta da dipendenti della stazione appaltante o delle amministrazioni beneficiarie dell'intervento, in possesso del necessario inquadramento giuridico e di adeguate competenze professionali. Della commissione giudicatrice può far parte il RUP. In mancanza di adeguate professionalità in organico, la stazione appaltante può scegliere il Presidente e i singoli componenti della commissione anche tra funzionari di altre amministrazioni e, in caso di documentata indisponibilità, tra professionisti esterni. Le nomine di cui al presente comma sono compiute secondo criteri di trasparenza, competenza e rotazione.</p> |  |                          |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>  |                          |
| RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti. | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>840 - Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti.  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale pubblicazione atti Commissioni (Perc. 2023:100,00% )                                     |                          |
|   | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale attestazione insussistenza conflitti acquisiti rispetto al totale ( Perc. 2023:100,00% ) |                          |
| <b>Processo</b>   | <b>B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici</b>  |  |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio  |   | 10                       |
| <b>Struttura</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO  | <b>Responsabile</b>  | NOTARANGELO Maria Loreta |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |  |  |                          |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>   | Le Commissioni vengono nominate tra esperti della materia che non abbiano cause di esclusione previste o incompatibilità.  |  |                          |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>  |                          |
| RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti. | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>843 - Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari e consulenti, anche prevedendo la rendicontazione periodica al RPC, almeno per contratti di importo rilevante, atti a far emergere l'eventuale frequente ricorrenza dei medesimi nomi   | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza misura di controllo (S/N 2023:Si )  |                          |




## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026


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

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
| <b>Sottoarea</b>                            | <b><u>B.B4 - COMMISSIONI</u></b>   |   |                  |
| <b>Processo</b>                             | <b>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</b>                                  |   |                  |
| <b>Valutazione Rischio</b>                  | Medio  |  | 11               |
| <b>Struttura</b>                            | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY  | <b>Responsabile</b>   | SILVESTRIS LAURA |
| <b>Storico fattori di rischio</b>           |  |   |                  |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | Le attività di sponsorizzazioni da parte di terzi sono regolamentate con DDG n. 462 del 2018 |   |                  |

| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |
|--|---|---|
| RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.  | <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni      | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Adozione Regolamento Sponsorizzazioni (S/N 2023:Si )  |
|  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti (Perc. 2023:100,00% ) |
| RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti           | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Misura di controllo tramite check-list (S/N 2023:Si )   |

|   |  |   |                          |
|---|--|---|--------------------------|
| <b>Sottoarea</b>                            | <b><u>B.B5 - REQUISITI</u></b>   |   |                          |
| <b>Processo</b>                             | <b>B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.</b>  |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>                  | Medio  |  | 10                       |
| <b>Struttura</b>                            | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO  | <b>Responsabile</b>   | NOTARANGELO Maria Loreta |
| <b>Storico fattori di rischio</b>           |  |   |                          |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | La stazione appaltante ha l'obbligo di verificare il possesso dei requisiti di ordine generale e quindi l'assenza delle cause di esclusione automatiche (art. 94) attraverso:<br>la consultazione del fascicolo virtuale dell'operatore economico FVOE (art.24);<br>la consultazione degli altri documenti allegati dall'operatore economico;<br>l'interoperabilità con la piattaforma digitale nazionale dati di cui all'articolo 50-ter del codice dell'amministrazione digitale, di cui al dlgs 82/2005 e con le banche dati delle pubbliche amministrazioni. |   |                          |


| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |
|--|--|---|
| RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>285 - Attività di controllo di procedimenti, atti, altre informazioni da parte di almeno due dipendenti secondo rotazione casuale | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Controlli requisiti ex dlgs 36/2023. Controlli antimafia ai sensi dell'art.85 d.lgs. n. 159/11 (S/N 2023:Si )                                 |
|  |  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale presenza della clausola anti-pantouflage nei bandi e negli atti di gara rispetto al totale delle procedure (Perc. 2023: 100,00% ) |

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


## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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


| Sottoarea   | <b>B.B6 - CONTRATTI</b>  |   |
|---|--|---|
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |
| RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti. | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>882 - Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione. | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Verifica insussistenza conflitto interessi (S/N 2023:Si ) |

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

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

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


| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI   |
|---|--|--|
| RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>801 - Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei. | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza misura di controllo dei fabbisogni (S/N 2023:Si ) |

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


## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

| Sottoarea  | <b>B.B6 - CONTRATTI</b>   |  |
|--|---|--|
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |
| RB.53 - Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>812 - Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione nella nomina del RP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso.  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale attestazione insussistenza conflitti del RUP acquisite sul totale delle procedure (Perc. 2023:100,00% )    |
| RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali; | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale acquisizione attestazioni insussistenza conflitti sul totale dei collaudi effettuati (Perc. 2023:100,00% ) |

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




| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI   |
|---|--|--|
| RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti. | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>850 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti, alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'art. 51 c.p.c., e di quanto previsto dall'art. 93 del D.lgs 36/2023 | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale dichiarazioni acquisite sul totale delle procedure di gara concluse (Perc. ) |

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

| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |
|--|---|--|
| RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.        | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>304 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza misura di controllo (S/N )  |
| RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>288 - Controlli sui requisiti dell'OE ai sensi del d.lgs 36/2023   | <b>Tempi e modi di attuazione:</b> Dopo l'espletamento della procedura di gara, ai fini dell'aggiudicazione definitiva, viene effettuata la verifica ex artt.94-95-96-97 D.lgs 36/2023 oltre ai controlli antimafia, carichi pendenti, casellario giudizi e fallimentare.<br><b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale controlli requisiti secondo norma sul totale degli affidamenti ( Perc. 2023:100,00% ) |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026


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

| Sottoarea  | <b>B.B6 - CONTRATTI</b>   |   |                          |
|--|---|---|--------------------------|
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |                          |
| RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>881 - Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo.   | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale pubblicazioni obbligatorie per professionisti incaricati (Perc. ) |                          |
| <b>Processo</b>  | <b>16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva</b>  |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio   |    | 13                       |
| <b>Struttura</b>   | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA  | <b>Responsabile</b>   | BORRELLI LUIGI           |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  | Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto  |   |                          |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |                          |
| RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte   | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.   | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Utilizzo di check list di controllo (S/N 2023:Si )                            |                          |
| RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari. | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>827 - Direttive/linee guida interne, oggetto di pubblicazione, che disciplinino la procedura da seguire, improntata ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza check-list di auto-controllo (S/N )                                  |                          |
| <b>Processo</b>  | <b>B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari</b>   |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio   |    | 12                       |
| <b>Struttura</b>   | ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA   | <b>Responsabile</b>   | ESPOSITO Elisabetta      |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |   |   |                          |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |                          |
| RB.15 - Omissione di programmazione degli acquisti   | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>802 - Controllo della Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture.  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza programmazione (S/N )  |                          |
| <b>Processo</b>  | <b>B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali</b>  |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Alto  |    | 20                       |
| <b>Struttura</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO   | <b>Responsabile</b>   | NOTARANGELO Maria Loreta |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |   |   |                          |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>  | Le prosecuzioni e le proroghe dei rapporti contrattuali vengono effettuate per il tempo necessario a preparare le nuove procedure.  |   |                          |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |                          |
| RB.04 - Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa   | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.   | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza misura di pubblicazione avviso (S/N 2023:Si )                        |                          |


## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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


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

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Processo</b>                             | <b>B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti</b>  |  |
| <b>Valutazione Rischio</b>                  | Medio  10  |  |
| <b>Struttura</b>                            | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO   | <b>Responsabile</b> NOTARANGELO Maria Loreta |
| <b>Storico fattori di rischio</b>           |   |  |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | Al termine della gara, la stessa viene aggiudicata con Determinazione del Direttore Area Patrimonio o con Deliberazione del Direttore Generale e successivamente viene stipulato il contratto, secondo tempi e modi di legge. |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>RISCHIO</b>   | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>  |
| RB.57 - Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione. | Misura effettiva specifica ulteriore 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice. | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale massima di procedure per le quali è pervenuta una sola offerta (Perc. )<br>Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza check-list auto-controllo (S/N 2023:Si ) |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Processo</b>                             | <b>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</b>  |   |
| <b>Valutazione Rischio</b>                  | Medio  11  |   |
| <b>Struttura</b>                            | ORG009 - SSD FORMAZIONE   | <b>Responsabile</b> CANCELLARO GIUSEPPE |
| <b>Storico fattori di rischio</b>           |   |   |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | Attività gratuita dei docenti universitari della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Foggia e dei docenti ospedalieri interni.<br>Autocertificazioni attestanti l'assenza del conflitto di interesse dei relatori partecipanti all'evento. |   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>   |
| RB.14 - Proposta di nominativo pilotata                                   | Misura effettiva specifica ulteriore 564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione. | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni previste dalla norma (Perc. 2023:100,00% )           |
| RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità | Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione  | Indicatori di monitoraggio della misura: Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi (Num. 2023: 100,00 ) |

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

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

### Area di rischio B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI

| Sottoarea  | <b>B.B7 - TRASPARENZA</b>   |   |
|--|---|---|
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |
| RB.17 - Omissione di pubblicazione o di Regolamentazione aziendale | Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - Trasparenza amministrativa ai sensi del DLgs 33/13 e smi                              | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni obbligatorie (Perc. )  |
|  | Misura effettiva specifica obbligatoria 017 - Attestazioni Incompatibilità e Inconferibilità  | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione attestazioni (Perc. )  |
|  | Misura effettiva specifica obbligatoria 029 - Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari | Indicatori di monitoraggio della misura: Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale aziendale in materia di trasparenza e corruzione (Num. ) |
|  | Misura effettiva specifica obbligatoria 127 - Adozione di Regolamenti aziendali   | Indicatori di monitoraggio della misura: Numero dei Regolamenti aziendali adottati (Num. 2023:2,00 )  |

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

| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI   |
|--|--|--|
| RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. | Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione | Tempi e modi di attuazione: Misura già attuata<br>Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione misure previste dal PTPCT (S/N 2023:Si ) |



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

| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI   |
|---|--|--|
| RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche | Misura effettiva specifica obbligatoria 003 - Codice di Comportamento: Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici (Perc. 2023:100,00% ) |
|   | Misura effettiva specifica ulteriore 245 - Intensificazione dei controlli interni  | Indicatori di monitoraggio della misura: Numero verbali all'anno in materia di privacy audit (Num. 2023:100,00 )   |



## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026



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

|  |   |  |                          |
|--|---|--|--------------------------|
| <b>Sottoarea</b>   | <b><u>B.B7 - TRASPARENZA</u></b>  |  |                          |
| <b>Processo</b>  | <b>B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie</b>  |  |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio   |   | 5                        |
| <b>Struttura</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO   | <b>Responsabile</b>  | NOTARANGELO Maria Loreta |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |   |  |                          |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>  | <p>La pubblicità degli avvisi e dei bandi di gara, nella materia dei contratti pubblici, è un aspetto fondamentale, perché garantisce la massima divulgazione dei documenti di gara e la più ampia partecipazione dei soggetti interessati, unico strumento per l'individuazione del miglior contraente.</p> <p>La pubblicazione è prevista all'inizio della gara ed al termine della stessa pubblicando l'esito di aggiudicazione.</p> |  |                          |
| <b>RISCHIO</b>   | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>  |                          |
| RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari. | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>835 - Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, predefinizione e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari.  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale pubblicazione atti sul web (Perc. )  |                          |
| <b>Processo</b>  | <b>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</b>  |  |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio   |    | 5                        |
| <b>Struttura</b>   | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY   | <b>Responsabile</b>  | SILVESTRIS LAURA         |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |   |  |                          |
| <b>RISCHIO</b>   | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>  |                          |
| RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.  | <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione   | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite (Perc. <b>2023:</b> 100,00% ) |                          |



## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026


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


| Sottoarea   | <b>B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO</b>  |   |                          |
|---|---|---|--------------------------|
| <b>Processo</b>   | <b>B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto</b>  |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Alto  |                                  | 20                       |
| <b>Struttura</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO   | <b>Responsabile</b>   | NOTARANGELO Maria Loreta |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |   |   |                          |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>   | <p>La disciplina dell'esecuzione dei contratti pubblici di servizi e forniture è stata riordinata nel nuovo Codice appalti e nel suo Allegato II.14.</p> <p>RUP</p> <p>Per i contratti aventi ad oggetto servizi e forniture, l'art. 114, comma 7, del D. Leg.vo 36/2023, prevede che le funzioni e i compiti del direttore dell'esecuzione sono svolti, di norma, dal RUP, il quale provvede, anche con l'ausilio di uno o più direttori operativi individuati dalla stazione appaltante in relazione alla complessità dell'appalto, al coordinamento, alla direzione e al controllo tecnico contabile e amministrativo dell'esecuzione del contratto.</p> <p>Direttore dell'esecuzione</p> <p>Per i contratti di servizi e forniture di particolare importanza, per qualità o importo delle prestazioni - individuati dall'art. 32 dell'Allegato II.14 al Codice - il direttore dell'esecuzione deve essere diverso dal RUP.</p> <p>Fermo restando il rispetto delle disposizioni di servizio eventualmente impartite dal RUP, il direttore dell'esecuzione opera in autonomia in ordine al coordinamento, alla direzione e al controllo tecnico-contabile nell'esclusivo interesse all'efficiente e sollecita esecuzione del contratto.</p> <p>Verifica di conformità</p> <p>I contratti pubblici di forniture e di servizi sono soggetti a verifica di conformità al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accertarne la regolare esecuzione, rispetto alle condizioni e ai termini stabiliti nel contratto, alle eventuali leggi di settore e alle disposizioni del Codice;</li> <li>- accertare che i dati risultanti dalla contabilità e dai documenti giustificativi corrispondano fra loro e con le risultanze di fatto, fermi restando gli eventuali accertamenti tecnici previsti dalle leggi di settore.</li> </ul> |   |                          |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>   |                          |
| RB.05 - Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>875 - Controlli interni e pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza controlli interni (Perc. 2023:50,00% )                   |                          |
| <b>Processo</b>   | <b>B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori</b>   |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio   |                                | 11                       |
| <b>Struttura</b>  | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA  | <b>Responsabile</b>   | BORRELLI LUIGI           |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   | Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto  |   |                          |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>   |                          |
| RB.70 - Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>804 - Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Monitoraggio periodico dei tempi programmati (SAL) (S/N 2023:Si ) |                          |



**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026**

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

|   |  |   |                          |
|---|--|---|--------------------------|
| <b>Sottoarea</b>  | <b>B.B9 - ORDINI</b>   |   |                          |
| <b>Processo</b>   | <b>B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni</b>   |   |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio  |          | 13                       |
| <b>Struttura</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO  | <b>Responsabile</b>   | NOTARANGELO Maria Loreta |
| <b>Storico fattori di rischio</b>                                       |  |   |                          |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>                             | L'ordine va notificato alla Ditta aggiudicataria tramite NSO. Dopo la consegna del bene o lo svolgimento del servizio, a seguito di regolare consegna/esecuzione, viene liquidata la fattura, previa idonea istruttoria (verifica Durc, etc...).     |   |                          |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>   |                          |
| RB.76 - Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti. | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>820 - Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici. | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza clausole standard (S/N 2023:Si ) |                          |

| Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026  |   |   |
|---|---|---|
| <b>Area di rischio C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO</b> |   |   |
| Sottoarea   | <b>A.A8 - ECM</b>   |   |
| Processo  | <b>A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)</b>  |   |
| Valutazione Rischio   | Medio    | 11  |
| Struttura   | ORG009 - SSD FORMAZIONE   | Responsabile CANCELLARO GIUSEPPE  |
| Storico fattori di rischio  |   |   |
| Descrizione processo e relative fasi  | In attuazione all'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, mediante la Struttura di Formazione, in ottemperanza al DGR n. 1.381 DEL 21/06/2011, è riconosciuta quale soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità ed è, pertanto, abilitata a realizzare attività formative idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai progetti ed eventi del Piano Formativo Aziendale, nella qualità di Provider Regionale. |   |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>   |
| RC.06 - Abuso della discrezionalità   | Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità?  | Indicatori di monitoraggio della misura: Utilizzo portale Agenas (S/N 2023:Si ) |



**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026**

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

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Sottoarea</b> | <b><u>G.G1 - INCARICHI E NOMINE</u></b> |
|------------------|---|

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Processo</b> | <b>G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti</b> |
|-----------------|---|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Valutazione Rischio</b> | Medio  11 |
|----------------------------|--|

|                  |                         |                     |               |
|------------------|-------------------------|---------------------|---------------|
| <b>Struttura</b> | ORG003 - SSD CUP E ALPI | <b>Responsabile</b> | TONTI TIZIANA |
|------------------|-------------------------|---------------------|---------------|

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Storico fattori di rischio</b> |  |
|-----------------------------------|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | il processo inizia con note protocollate tra i due enti. Si perfeziona la convenzione con disciplinare di convenzione sottoscritto dai rappresentanti degli enti e si prende atto del suddetto disciplinare sottoscritto con deliberazione del direttore generale. |
|---|--|

| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE | ALTRI DATI  |
|---|-----------------------|-------------|
| RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità |                       | Indicatori: |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Processo</b> | <b>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</b> |
|-----------------|--|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Valutazione Rischio</b> | Medio  11 |
|----------------------------|--|

|                  |                         |                     |                     |
|------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Struttura</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE | <b>Responsabile</b> | CANCELLARO GIUSEPPE |
|------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Storico fattori di rischio</b> |  |
|-----------------------------------|--|

|   |   |
|---|---|
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | Attività gratuita dei docenti universitari della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Foggia e dei docenti ospedalieri interni.<br>Autocertificazioni attestanti l'assenza del conflitto di interesse dei relatori partecipanti all'evento. |
|---|---|

| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI   |
|---|--|--|
| RB.14 - Proposta di nominativo pilotata                                   | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione. | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale pubblicazioni previste dalla norma (Perc. 2023:100,00% )           |
| RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità | <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi (Num. 2023: 100,00 ) |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026


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


| Sottoarea   | <b><u>E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO</u></b>  |  |                          |
|---|--|--|--------------------------|
| <b>Processo</b>   | <b>E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche</b>  |  |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio  |   | 12                       |
| <b>Struttura</b>  | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI   | <b>Responsabile</b>  | NOTARANGELO Maria Loreta |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |  |  |                          |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>                               | Vengono inventariate le apparecchiature informatiche indispensabile per tener traccia delle apparecchiature e le relative assegnazioni.<br>E viene regolarmente dichiarato il fuori uso. |  |                          |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>  |                          |
| RE.05 - Effettuare registrazioni e rilevazioni non corrette/non veritiere | Misura effettiva specifica ulteriore<br>507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio   | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di inventariazione (S/N 2023:Si )   |                          |
| Sottoarea   | <b><u>E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI</u></b>  |  |                          |
| <b>Processo</b>   | <b>16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili</b>  |  |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio  |   | 12                       |
| <b>Struttura</b>  | ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA  | <b>Responsabile</b>  | ESPOSITO Elisabetta      |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |  |  |                          |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>  |                          |
| RE.05 - Omissione di procedure contabili                                  | Misura effettiva specifica ulteriore<br>504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)  | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza PAC ( S/N 2023:Si )  |                          |
| <b>Processo</b>   | <b>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</b>  |  |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Basso  |   | 2                        |
| <b>Struttura</b>  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY  | <b>Responsabile</b>  | SILVESTRIS LAURA         |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |  |  |                          |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>  |                          |
| RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche                         | Misura effettiva specifica obbligatoria<br>003 - Codice di Comportamento:<br>Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice                               | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici (Perc. 2023:100,00% ) |                          |
|   | Misura effettiva specifica ulteriore<br>245 - Intensificazione dei controlli interni   | Indicatori di monitoraggio della misura: Numero verbali all'anno in materia di privacy audit (Num. 2023:100,00 )   |                          |
| <b>Processo</b>   | <b>E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento</b>  |  |                          |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio  |   | 7                        |
| <b>Struttura</b>  | ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO  | <b>Responsabile</b>  | DI GIOVINE GIUSEPPE      |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   | Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto   |  |                          |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>                               | Manuale delle procedure amministrativo - contabili   |  |                          |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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


| Sottoarea  | <b><u>E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI</u></b>  |  |
|--|--|--|
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI   |
| RE.03 - Corresponsioni non dovute per mancanza di tutti gli elementi necessari relativi ai controlli e alla liquidazione, secondo gli assetti organizzativi e le competenze previste   | Misura effettiva specifica ulteriore 222 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili e Disposizioni di servizio | <p>Tempi e modi di attuazione: Misura attuata</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale campione minimo di controlli su mandati emessi nel trimestre (Perc. 2023:1,00% )</p> |
|  |  | <p>Tempi e modi di attuazione: Misura attuata</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2023:Si )</p>  |
| RE.06 - Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente | Misura effettiva specifica ulteriore 502 - Verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati          | <p>Tempi e modi di attuazione: Misura attuata</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2023:Si )</p>  |


| Sottoarea   | <b><u>E.E12 - CASSA</u></b>   |  |
|---|---|--|
| Processo  | <b>E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale</b>   |  |
| Valutazione Rischio                                       | Basso  3   |  |
| Struttura   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO   | Responsabile NOTARANGELO Maria Loreta  |
| Storico fattori di rischio                                |   |  |
| Descrizione processo e relative fasi                      | La Cassa Economale permette l'acquisto per cassa fino ad € 516,00, secondo il regolamento aziendale di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 225 del 30/06/2016. |  |
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |
| RE.05 - Effettuare rilevazioni non corrette/non veritiere | Misura effettiva trasversale ulteriore 461 - Controllo di regolarità contabile e Regolamentazione   | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza Regolamento Cassa economale (S/N 2023:Si ) |


| Sottoarea   | <b><u>E.E2 - PROGRAMMAZIONE</u></b>  |   |
|---|--|---|
| Processo  | <b>E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare</b>   |   |
| Valutazione Rischio   | Medio  8  |   |
| Struttura   | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA   | Responsabile BORRELLI LUIGI   |
| Storico fattori di rischio  | Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto   |   |
| Descrizione processo e relative fasi  | Il Programma triennale opere pubbliche con gli aggiornamenti annuali è redatto sulla base di studi di fattibilità ed analisi dei bisogni dell'ente ed in particolare individua le opere da realizzare, specificando le caratteristiche delle stesse. |   |
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |
| RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte | Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio  | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione dati relativi alla programmazione (Perc. 2023: 100,00% ) |


## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

|                                   |   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|
| Sottoarea                         | <b><u>E.E3 - MANUTENZIONI</u></b>   |   |   |
| Processo                          | <b>E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma triennale degli acquisti di beni e servizi ai sensi del d.lgs 36/2023</b> |   |   |
| Valutazione Rischio               | Alto  |  | 15  |
| Struttura                         | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO   | Responsabile  | NOTARANGELO Maria Loreta  |
| Storico fattori di rischio        |   |   |   |
| <b>RISCHIO</b>                    | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  |   | <b>ALTRI DATI</b>   |
| RE.01 - Assenza di programmazione | Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Programmazione e Misure di trasparenza   |   | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza programmazione triennale con aggiornamenti annuali (S/N 2023:Si ) |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Sottoarea  | <b><u>E.E4 - BENI e RISORSE</u></b>  |   |   |
| Processo   | <b>E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili</b>   |   |   |
| Valutazione Rischio                              | Alto   |  | 15  |
| Struttura  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO  | Responsabile  | NOTARANGELO Maria Loreta  |
| Storico fattori di rischio                       |  |   |   |
| <b>RISCHIO</b>                                   | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   |   | <b>ALTRI DATI</b>   |
| RE.07 - Omissione inventariazione o irregolarità | Misura effettiva specifica ulteriore 504 - Verifiche periodiche ed Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) |   | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misure PAC (S/N 2023:Si ) |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Processo  | <b>16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili</b>   |   |  |
| Valutazione Rischio   | Medio  |  | 12   |
| Struttura   | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA   | Responsabile  | BORRELLI LUIGI   |
| Storico fattori di rischio  | Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto |   |  |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   |   | <b>ALTRI DATI</b>  |
| RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte | Misura effettiva specifica ulteriore 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio        |   | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione informazioni richieste dal dlgs 33/13 (Perc. 2023:100,00% ) |


|                                      |   |   |                    |
|--------------------------------------|---|---|--------------------|
| Sottoarea                            | <b><u>E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE</u></b>  |   |                    |
| Processo                             | <b>A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni</b>   |   |                    |
| Valutazione Rischio                  | Basso   |  | 0                  |
| Struttura                            | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI  | Responsabile  | CARDINALE LUCREZIA |
| Storico fattori di rischio           |   |   |                    |
| Descrizione processo e relative fasi | Il processo di collocamento a riposo dei dipendenti, nonché le operazioni propedeutiche alle determinazioni dell'assegno pensionistico da parte dell'INPS, compresi gli adempimenti connessi agli scatti e alle ricongiunzioni sono gestite nel rispetto delle disposizioni in materia tramite appositi provvedimenti dirigenziali, la cui adozione presuppone le dovute verifiche sui requisiti di legge, le cui risultanze sono comunicate in via telematica all'INPS |   |                    |




## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Sottoarea</b>  | <b><u>E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE</u></b>   |   |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>   |
| RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati | Misura effettiva specifica obbligatoria<br>002 - Codice di Comportamento:<br>Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo. | Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N ) |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Processo</b>                             | <b>E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance</b>   |  |
| <b>Valutazione Rischio</b>                  | Basso  3   |  |
| <b>Struttura</b>                            | ORG005 - SC CONTROLLO DI GESTIONE   | <b>Responsabile</b> QUARTUCCI COSTANTINO |
| <b>Storico fattori di rischio</b>           |   |  |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | <p>Nell'ambito dei controlli interni all'azienda, il Controllo di Gestione espleta le sue attività al fine di verificare i risultati raggiunti in termini di efficienza, efficacia ed economicità.</p> <p>Il Controllo di Gestione permette di ottimizzare la gestione delle risorse economiche e produttive, sulla base delle risorse effettive a disposizione dell'azienda, mediante l'analisi regolare e sistematica degli obiettivi strategici con i risultati prodotti. Ciò implica la misurazione degli obiettivi, dei risultati raggiunti tramite il monitoraggio periodico e sistematico che viene trasmesso a tutte le strutture destinatarie di obiettivi di budget, quanto alla Direzione strategica e agli organi preposti alla verifica e controllo.</p> |  |


|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>RISCHIO</b>   | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>   |
| RE.05 - Alterazione degli indicatori di risultato al fine di consentire un'attribuzione indebita dei compensi legati al raggiungimento degli obiettivi | Misura effettiva specifica ulteriore<br>215 - Previsione della presenza di più soggetti e strutture competenti e relazione annuale su criticità eventualmente riscontrate nella gestione dei progetti di performance | Tempi e modi di attuazione: Misura già applicata<br>Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza attività in forma collegiale (S/N 2023:Si ) |
|  | Misura effettiva trasversale ulteriore<br>452 - Informatizzazione dei processi e aggiornamento SMVP  | Indicatori di monitoraggio della misura: Aggiornamento sistema SMIVAP (S/N 2023:Si )  |
|  | Misura effettiva trasversale ulteriore<br>456 - Validazione dell' Organismo di valutazione<br>Pubblicazione su Amministrazione Trasparente della validazione OIV della Relazione sulla performance                   | Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione validazione OIV sulla relazione Performance (S/N 2023:Si )                                 |

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


|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>RISCHIO</b>   | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>  |
| RE.05 - Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/ non veritiere | Misura effettiva specifica ulteriore<br>504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) e Manuale Procedure amministrativo-contabili | Tempi e modi di attuazione: Misura attuata<br>Indicatori di monitoraggio della misura: Manuale delle procedure amministrativo-contabili (S/N 2023:Si ) |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

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





| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |
|---|---|--|
| RE.02 - Discrezionalità nell'effettuazione dei solleciti e del rispetto dei termini per il recupero crediti | Misura effettiva trasversale obbligatoria<br>381 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili | Indicatori di monitoraggio della misura: Controllo periodico sullo scadenziario (S/N 2023:Si ) |

|   |   |   |              |
|---|---|---|--------------|
| <b>Sottoarea</b>                            | <b><u>E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI</u></b>   |   |              |
| <b>Processo</b>                             | <b>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</b>   |   |              |
| <b>Valutazione Rischio</b>                  | Medio   |  | 13           |
| <b>Struttura</b>                            | ORG016 - SC FARMACIA  | <b>Responsabile</b>   | STEA ROSANNA |
| <b>Storico fattori di rischio</b>           |   |   |              |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b> | La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura scritta consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, caricando sul sistema, il Documento di Trasporto e definendo nel magazzino la posizione e le quantità del farmaco/dispositivo. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO. |   |              |

| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |
|--|--|---|
| RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino | Misura effettiva specifica ulteriore<br>660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale max rettifiche magazzino (Perc. 2023:0,01% ) |
|  |  | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza sistema informatizzato (S/N 2023:Si )           |
|  |  | Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica mensile inventario magazzino (S/N 2023:Si )     |




## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

| Sottoarea  | <b>F.F1 - RISCHI E MISURE</b>   |  |                          |
|--|---|--|--------------------------|
| Processo   | <b>E.E10.01.ORG012 - Procedimenti amministrativi</b>                                |  |                          |
| Valutazione Rischio                              | Medio   |   | 10                       |
| Struttura  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY                                       | Responsabile   | SILVESTRIS LAURA         |
| Storico fattori di rischio                       |   |  |                          |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |                          |
| RF.05 - Omissione monitoraggio tempi procedurali | Misura effettiva specifica obbligatoria 001 - Mappatura e Monitoraggio procedimenti | Indicatori di monitoraggio della misura: N° Procedimenti Amministrativi Conclusi con Ritardo (Num. 2023:0,00 )<br>Indicatori di monitoraggio della misura: N° Procedimenti Amministrativi Conclusi entro i Termini (Num. 2023:100,00 )<br>Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale procedimenti amministrativi mappati per competenza (Perc. 2023:100,00% )<br>Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione procedimenti in Amministrazione Trasparente (art. 35 del D.Lgs 33/13) (S/N 2023:Si ) |                          |
| Processo   | <b>F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale</b>                          |  |                          |
| Valutazione Rischio                              | Basso   |   | 0                        |
| Struttura  | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE  | Responsabile   | MASTROPIERI SIMONETTA    |
| Storico fattori di rischio                       |   |  |                          |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |                          |
| RF.05 - Omissione dei controlli di merito        | Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori                | Indicatori di monitoraggio della misura:   |                          |
| Processo   | <b>F.F1.05.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale</b>                          |  |                          |
| Valutazione Rischio                              | Alto  |   | 15                       |
| Struttura  | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI  | Responsabile   | NOTARANGELO Maria Loreta |
| Storico fattori di rischio                       |   |  |                          |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |                          |
| RF.05 - Omissione dei controlli di merito        | Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori                | Indicatori di monitoraggio della misura:   |                          |
| Processo   | <b>F.F1.05.ORG012 - Monitoraggio periodico trasversale</b>                          |  |                          |
| Valutazione Rischio                              | Medio   |   | 10                       |
| Struttura  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY                                       | Responsabile   | SILVESTRIS LAURA         |
| Storico fattori di rischio                       |   |  |                          |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI   |                          |
| RF.05 - Omissione dei controlli di merito        | Misura effettiva trasversale ulteriore 468 - Monitoraggio indicatori                | Indicatori di monitoraggio della misura:   |                          |



## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

| Sottoarea                                 | F.F1 - RISCHI E MISURE   |   |                          |
|---|--|---|--------------------------|
| Processo                                  | F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale  |   |                          |
| Valutazione Rischio                       | Basso  |    | 0                        |
| Struttura                                 | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI   | Responsabile  | CARDINALE LUCREZIA       |
| Storico fattori di rischio                |  |   |                          |
| Descrizione processo e relative fasi      | Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione avviene di regola trimestralmente sulle sezioni di competenza della Struttura. |   |                          |
| RISCHIO                                   |  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI               |
| RF.05 - Omissione dei controlli di merito | Misura effettiva trasversale ulteriore<br>468 - Monitoraggio indicatori  | Indicatori di monitoraggio della misura:  |                          |
| Processo                                  | F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale  |   |                          |
| Valutazione Rischio                       | Basso  |    | 0                        |
| Struttura                                 | ORG016 - SC FARMACIA   | Responsabile  | STEA ROSANNA             |
| Storico fattori di rischio                |  |   |                          |
| RISCHIO                                   |  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI               |
| RF.05 - Omissione dei controlli di merito | Misura effettiva trasversale ulteriore<br>468 - Monitoraggio indicatori  | Indicatori di monitoraggio della misura:  |                          |
| Processo                                  | F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale  |   |                          |
| Valutazione Rischio                       | Basso  |  | 0                        |
| Struttura                                 | ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA  | Responsabile  | DE SANTIS MASSIMO        |
| Storico fattori di rischio                |  |   |                          |
| RISCHIO                                   |  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI               |
| RF.05 - Omissione dei controlli di merito | Misura effettiva trasversale ulteriore<br>468 - Monitoraggio indicatori  | Indicatori di monitoraggio della misura:  |                          |
| Processo                                  | F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale  |   |                          |
| Valutazione Rischio                       | Basso  |  | 0                        |
| Struttura                                 | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO  | Responsabile  | NOTARANGELO Maria Loreta |
| Storico fattori di rischio                |  |   |                          |
| RISCHIO                                   |  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI               |
| RF.05 - Omissione dei controlli di merito | Misura effettiva trasversale ulteriore<br>468 - Monitoraggio indicatori  | Indicatori di monitoraggio della misura:  |                          |
| Processo                                  | F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale  |   |                          |
| Valutazione Rischio                       | Medio  |  | 5                        |
| Struttura                                 | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA   | Responsabile  | BORRELLI LUIGI           |
| Storico fattori di rischio                | Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto                 |   |                          |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

| Sottoarea  | <b>F.F1 - RISCHI E MISURE</b>  |   |                  |
|--|--|---|------------------|
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |                  |
| RF.05 - Omissione dei controlli di merito            | Misura effettiva trasversale ulteriore<br>468 - Monitoraggio indicatori  | Indicatori di monitoraggio della misura:  |                  |
| <b>Processo</b>                                      | <b>116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico</b>  |   |                  |
| <b>Valutazione Rischio</b>                           | Basso  |    | 1                |
| <b>Struttura</b>                                     | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY  | <b>Responsabile</b>   | SILVESTRIS LAURA |
| <b>Storico fattori di rischio</b>                    |  |   |                  |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |                  |
| RF.02 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità | Misura effettiva specifica obbligatoria<br>004 - Codice di Comportamento:<br>Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice | Indicatori di monitoraggio della misura: Clausola di osservanza del Codice comportamentale alla sottoscrizione del contratto di assunzione (S/N 2023:Si ) |                  |
|  | Misura effettiva specifica obbligatoria<br>029 - Formazione del personale:<br>Realizzare percorsi formativi                                  | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale personale formato in materia di gestione documentale informatizzata (Perc. )                         |                  |
|  | Misura effettiva specifica ulteriore<br>531 - Standardizzazione dei processi   | Indicatori di monitoraggio della misura: Aggiornamento manuale di gestione documentale (S/N 2023:Si )   |                  |
| <b>Processo</b>                                      | <b>F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale Il livello RPCT</b>   |   |                  |
| <b>Valutazione Rischio</b>                           | Basso  |    | 0                |
| <b>Struttura</b>                                     | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY  | <b>Responsabile</b>   | SILVESTRIS LAURA |
| <b>Storico fattori di rischio</b>                    |  |   |                  |



**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026**

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

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



**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026**

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

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

|                                   |   |                     |                  |
|-----------------------------------|---|---------------------|------------------|
| <b>Processo</b>                   | <b>F.F1.92.ORG010 - Sorveglianza sanitaria</b>                  |                     |                  |
| <b>Valutazione Rischio</b>        | Medio   |                     | 5                |
| <b>Struttura</b>                  | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE | <b>Responsabile</b> | PERRONE Giuseppe |
| <b>Storico fattori di rischio</b> |   |                     |                  |

| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI   |
|--|--|--|
| RF.06 - Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti | Misura effettiva specifica ulteriore<br>214 - Controlli e regolamentazione | Indicatori di monitoraggio della misura: Controlli periodici sulle attività espletate da società esterna incaricata (S/N 2023:Si ) |




|                                   |   |                     |                  |
|-----------------------------------|---|---------------------|------------------|
| <b>Processo</b>                   | <b>ORG010.F.F1 - Monitoraggio periodico trasversale</b>         |                     |                  |
| <b>Valutazione Rischio</b>        | Basso   |                     | 0                |
| <b>Struttura</b>                  | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE | <b>Responsabile</b> | PERRONE Giuseppe |
| <b>Storico fattori di rischio</b> |   |                     |                  |

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




## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

| Sottoarea  | <b><u>F.F2 - ASTENSIONI</u></b>   |   |                        |
|--|---|---|------------------------|
| <b>Processo</b>  | <b>F.F2.94.ORG010 - Prevenzione e gestione di conflitti (utenza esterna e dipendenti)</b>   |   |                        |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio   |    | 9                      |
| <b>Struttura</b>   | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI<br>- PREVENZIONE E PROTEZIONE  | <b>Responsabile</b>   | PERRONE Giuseppe       |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |   |   |                        |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |                        |
| RF.02 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. | <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza casi astensione per conflitto di interesse (S/N 2023:Si )  |                        |
|  |   | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Presenza misura di controllo (S/N 2023:Si )   |                        |
| Sottoarea  | <b><u>F.F3 - SORVEGLIANZA SANITARIA</u></b>   |   |                        |
| <b>Processo</b>  | <b>F.F3.96.ORG010 - Gestione cartelle sanitarie e di rischio</b>  |   |                        |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio   |    | 9                      |
| <b>Struttura</b>   | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI<br>- PREVENZIONE E PROTEZIONE  | <b>Responsabile</b>   | PERRONE Giuseppe       |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |   |   |                        |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |                        |
| RF.09 - Omissione misure di riservatezza per cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>533 - Controlli periodici sull'applicazione delle misure di sicurezza  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Controlli periodici sull'applicazione delle misure di sicurezza fisiche per l'accesso alle cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori ( S/N 2023:Si ) |                        |
| Sottoarea  | <b><u>F.F4 - RIFIUTI SPECIALI</u></b>   |   |                        |
| <b>Processo</b>  | <b>F.F4.99.ORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri</b>  |   |                        |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio   |    | 9                      |
| <b>Struttura</b>   | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA  | <b>Responsabile</b>   | MEZZADRI Franco Angelo |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |   |   |                        |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |                        |
| RF.06 - Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti   | <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Numero attestazioni ricevute di conflitto interessi (Num. )   |                        |
|  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>215 - Attività di sorveglianza   | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Monitoraggio e sorveglianza periodica (S/N )  |                        |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026



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

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






**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026**

**Area di rischio G - INCARICHI E NOMINE**

|   |  |  |                     |
|---|--|--|---------------------|
| <b>Sottoarea</b>  | <b>G.G1 - INCARICHI E NOMINE</b>   |  |                     |
| <b>Processo</b>   | <b>G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti</b>  |  |                     |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio  |   | 11                  |
| <b>Struttura</b>  | ORG003 - SSD CUP E ALPI  | <b>Responsabile</b>  | TONTI TIZIANA       |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |  |  |                     |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>                               | il processo inizia con note protocollate tra i due enti. Si perfeziona la convenzione con disciplinare di convenzione sottoscritto dai rappresentanti degli enti e si prende atto del suddetto disciplinare sottoscritto con deliberazione del direttore generale. |  |                     |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>  |                     |
| RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità |  | Indicatori:  |                     |
| <b>Processo</b>   | <b>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</b>   |  |                     |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio  |   | 11                  |
| <b>Struttura</b>  | ORG009 - SSD FORMAZIONE  | <b>Responsabile</b>  | CANCELLARO GIUSEPPE |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |  |  |                     |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>                               | Attività gratuita dei docenti universitari della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Foggia e dei docenti ospedalieri interni.<br>Autocertificazioni attestanti l'assenza del conflitto di interesse dei relatori partecipanti all'evento.          |  |                     |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>   | <b>ALTRI DATI</b>  |                     |
| RB.14 - Proposta di nominativo pilotata                                   | <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.   | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Percentuale pubblicazioni previste dalla norma (Perc. 2023:100,00% )           |                     |
| RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità | <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione  | <b>Indicatori di monitoraggio della misura:</b> Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi (Num. 2023: 100,00 ) |                     |



## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

## Area di rischio H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

|   |   |  |                       |
|---|---|--|-----------------------|
| <b>Sottoarea</b>  | <b>H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI</b>  |  |                       |
| <b>Processo</b>   | <b>H.H1.108.ORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione</b>   |  |                       |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio   |                           | 10                    |
| <b>Struttura</b>  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY   | <b>Responsabile</b>  | SILVESTRIS LAURA      |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |   |  |                       |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>                                     | La gestione dei sinistri è effettuata di concerto con il Broker assicurativo, la SSD medicina Legale e la SC Burocratico Legale. Vi è un Comitato Valutazione Sinistri Aziendale che discute le varie strategie risolutive in base al sinistro.<br>Secondo la nuova regolamentazione della gestione dei sinistri che La SC Burocratico Legale è stata individuata quale soggetto unico di responsabilit |  |                       |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>  |                       |
| RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente | Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Regolamentazione e Codice di Comportamento  | Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione Regolamento e Codice di Comportamento (S/N 2023:Si ) |                       |
| <b>Sottoarea</b>  | <b>H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI</b>   |  |                       |
| <b>Processo</b>   | <b>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</b>   |  |                       |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio   |                           | 9                     |
| <b>Struttura</b>  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY   | <b>Responsabile</b>  | SILVESTRIS LAURA      |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |   |  |                       |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>  |                       |
| RB.10 - Omissioni pubblicazioni   | Misura effettiva specifica ulteriore 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.  | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni dati (Perc. 2023:100,00% )              |                       |
| RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente | Misura effettiva specifica ulteriore 285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno   | Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento interno (S/N 2023:Si )                       |                       |
| <b>Processo</b>   | <b>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</b>  |  |                       |
| <b>Valutazione Rischio</b>  | Medio   |                         | 11                    |
| <b>Struttura</b>  | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE  | <b>Responsabile</b>  | MASTROPIERI SIMONETTA |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |   |  |                       |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>                                     | Attività professionale che riguarda l'intero iter amministrativo-legale dei procedimenti. Formazione degli atti e compimento delle attività fino alla chiusura e archiviazione del fascicolo.   |  |                       |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  | <b>ALTRI DATI</b>  |                       |
| RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati                             | Misura effettiva specifica ulteriore 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione  | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo interno (S/N 2023:Si )               |                       |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

### Area di rischio H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO




| Sottoarea   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI</b>   |   |   |  |
| <b>Processo</b>   |   |   |  |
| <b>H.H2.111.ORG012 - Gestione risarcimento danni</b>  |   |   |  |
| <b>Valutazione Rischio</b>  |   |   |  |
| Medio   |    | 9   |  |
| <b>Struttura</b>  |   | <b>Responsabile</b>   |  |
| ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY   |   | SILVESTRIS LAURA  |  |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |   |   |  |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>   |   |   |  |
| Le parti in causa sottoscrivono un atto di transazione che viene adottato con Deliberazione del Direttore Generale a seguito di istruttoria interna che vede il coinvolgimento della Struttura interessata, della Medina Legale e del broker assicurativo nonché delle strutture amministrative Affari Generali e Burocratico-legale. La reiezione del sinistro ovvero la decisione di proposta transattiva comprensiva del quantum da corrispondere viene valutata per la decisione finale in sede di Comitato Valutazione Sinistri.<br>Questa fase è di responsabilità esclusiva della SC Burocratico Legale.     |   |   |  |
| RISCHIO   |   | MISURA DI PREVENZIONE   |  |
| RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati   |   | Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Controlli e trasparenza  |  |
|   |   | Indicatori di monitoraggio della misura: Monitoraggio e verifica efficacia regolamentazione aziendale (S/N 2023:Si )  |  |
|   |   | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazione dati risarcimenti ultimi 5 anni (Perc. 2023: 100,00% )   |  |
|   |   | Indicatori di monitoraggio della misura: Verifiche interne congruenza importi richiesti con importi liquidati (S/N 2023:Si )  |  |
| <b>Processo</b>   |   |   |  |
| <b>H.H2.112.ORG006 - Recupero crediti</b>   |   |   |  |
| <b>Valutazione Rischio</b>  |   |   |  |
|   |   |   |  |
| <b>Struttura</b>  |   | <b>Responsabile</b>   |  |
| ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE  |   | MASTROPIERI SIMONETTA   |  |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |   |   |  |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>   |   |   |  |
| I procedimenti relativi al recupero dei crediti sono curati in modo diretto, anche in via stragiudiziale, nel caso di possibile notevole risparmio di spesa per l'Azienda.  |   |   |  |
| RISCHIO   |   | MISURA DI PREVENZIONE   |  |
| RH.05 - Crediti non recuperati per favoritismi  |   | Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale |  |
|   |   | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli recupero crediti (Perc. )  |  |
| Sottoarea   |   |   |  |
| <b>H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI</b>   |   |   |  |
| <b>Processo</b>   |   |   |  |
| <b>H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali</b>  |   |   |  |
| <b>Valutazione Rischio</b>  |   |   |  |
| Medio   |  | 8   |  |
| <b>Struttura</b>  |   | <b>Responsabile</b>   |  |
| ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE  |   | MASTROPIERI SIMONETTA   |  |
| <b>Storico fattori di rischio</b>   |   |   |  |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>   |   |   |  |
| Per il conferimento degli incarichi legali è stato pubblicato avviso pubblico per la costituzione di un elenco aperto degli avvocati esterni sul sito aziendale e costantemente aggiornato. Al fine di ridurre il rischio di conflitti di interessi e di garantire criteri di legalità e trasparenza, nonché di evitare e prevenire l'insorgenza di fenomeni corruttivi, sono adottate misure che favoriscono la rotazione dei professionisti secondo criteri di competenza e considerato il rapporto fiduciario che comunque deve caratterizzare il conferimento dell'incarico su mandato della Direzione Generale |   |   |  |

**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026****Area di rischio H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO**

| <b>Sottoarea</b>  |  |  |
|---|--|--|
| <b>H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI</b>   |  |  |
| <b>RISCHIO</b>  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>                                   | <b>ALTRI DATI</b>  |
| RH.02 - Rispetto delle Linee guida ANAC n. 12 Affidamento dei servizi legali - delibera ANAC n. 907 del 24 ottobre 2018 | Misura effettiva specifica ulteriore<br>214 - Regolamentazione | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza regolamento (S/N 2023:Si ) |

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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


| Sottoarea   | I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE   |   |               |
|---|---|---|---------------|
| Processo  | I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI   |   |               |
| Valutazione Rischio   | Medio   |    | 7             |
| Struttura   | ORG003 - SSD CUP E ALPI   | Responsabile  | TONTI TIZIANA |
| Storico fattori di rischio  |   |   |               |
| Descrizione processo e relative fasi  | L'Azienda gestisce l'ALPI della dirigenza secondo il regolamento aziendale deliberato con atto n°492/2017 redatto in ottemperanze al regolamento Regolamento Regionale n° 2 del 2016 e alle disposizioni normative nazionali. Con lo stesso regolamento aziendale sono state predisposte e adottate le tariffe. |   |               |
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |               |
| RI.06 - Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale | Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Codice di Comportamento e controlli ALPI  | Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di comportamento (S/N 2023:Si )   |               |
|   |   | Indicatori di monitoraggio della misura: Verifiche incrociate dei dati relativi alla timbratura causalizzata come libera professione e gli orari delle prenotazioni libero professionali (S/N 2023:Si ) |               |
| RI.11 - Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale  | Misura effettiva specifica ulteriore 607 - Adozione di un sistema informatizzato dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione   | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione della prenotazione (S/N 2023:Si )   |               |
| Processo  | I.I1.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia   |   |               |
| Valutazione Rischio   | Medio   |    | 8             |
| Struttura   | ORG003 - SSD CUP E ALPI   | Responsabile  | TONTI TIZIANA |
| Storico fattori di rischio  |   |   |               |
| Descrizione processo e relative fasi  | La struttura in ottemperanza al regolamento aziendale utilizza una modulistica. Il dirigente medico che richiede l'autorizzazione allo svolgimento dell'ALPI compila la suddetta modulistica e riceve il nulla osta da parte della Direzione .  |   |               |
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |               |
| RI.05 - Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata                                   | Misura effettiva specifica ulteriore 601 - Negoziazione dei volumi di attività' in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali   | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale controlli sui volumi attività ALPI (Perc. 2023:100,00% )   |               |
| Processo  | I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi  |   |               |
| Valutazione Rischio   | Medio   |    | 7             |
| Struttura   | ORG003 - SSD CUP E ALPI   | Responsabile  | TONTI TIZIANA |
| Storico fattori di rischio  |   |   |               |
| Descrizione processo e relative fasi  | La struttura si occupa di tutta la fatturazione attiva utilizzando i sistemi informatici aziendali. Si occupa dell'invio dei flussi informativi riguardanti la specialistica ambulatoriale alla Regione e al MEF compreso i dati per il 730 precompilato.   |   |               |
| RISCHIO   | MISURA DI PREVENZIONE   | ALTRI DATI  |               |
| RI.01 - Omissione debiti informativi regionali e nazionali  | Misura effettiva specifica ulteriore 600 - Controlli flussi informativiecessari allo svolgimento dell'ALPI (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rete)   | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale prenotazione tramite CUP (Perc. )  |               |





## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026


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

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

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





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

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

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

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

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

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

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

## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026

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

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




## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026



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

| Sottoarea  | <u>I.I2 - PRESTAZIONI E CUP</u>  |   |                        |
|--|--|---|------------------------|
| <b>Processo</b>  | <b>16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale</b>  |   |                        |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio  |    | 6                      |
| <b>Struttura</b>   | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA   | <b>Responsabile</b>   | MEZZADRI Franco Angelo |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |  |   |                        |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |                        |
| RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa | Misura effettiva specifica obbligatoria 002 - Informatizzazione agende di prenotazione   | Indicatori di monitoraggio della misura: Monitoraggio disdette e controlli tra pazienti visitati e fatturati in ALPI (S/N ) |                        |
|  | Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Codice di Comportamento   | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione liste di attesa (S/N )                                  |                        |
|  |  | Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione Codice (S/N )   |                        |
| <b>Processo</b>  | <b>I.I2.123.ORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP)</b>  |   |                        |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio  |    | 10                     |
| <b>Struttura</b>   | ORG003 - SSD CUP E ALPI  | <b>Responsabile</b>   | TONTI TIZIANA          |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |  |   |                        |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>                                | la struttura gestisce il CUP aziendale utilizzando un apposito software. Le prenotazioni possono essere effettuate nella massima trasparenza attraverso più canali: sportelli, on line sul sito web aziendale, tramite Call Center e sul CUP integratore della Regione Puglia. |   |                        |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |                        |
| RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa | Misura effettiva specifica ulteriore 603 - Informatizzazione delle liste di attesa   | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione liste di attesa (S/N 2023:Si )                          |                        |
| <b>Processo</b>  | <b>I.I2.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale</b>   |   |                        |
| <b>Valutazione Rischio</b>   | Medio  |    | 5                      |
| <b>Struttura</b>   | ORG003 - SSD CUP E ALPI  | <b>Responsabile</b>   | TONTI TIZIANA          |
| <b>Storico fattori di rischio</b>  |  |   |                        |
| <b>Descrizione processo e relative fasi</b>                                | La struttura si occupa delle prenotazioni dell'attività ambulatoriale dal punto di vista amministrativo che va dalla gestione della prenotazione all'eventuale incasso del ticket.   |   |                        |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI  |                        |
| RI.11 - Irregolarità sui volumi attività erogata                           | Misura effettiva specifica ulteriore 606 - Verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione   | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo volumi (S/N 2023:Si )                                 |                        |



## Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026





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


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

| Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026  |  |  |                           |
|---|--|--|---------------------------|
| Area di rischio <b>M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA</b>  |  |  |                           |
| Sottoarea   |  | <b><u>M.M1 - PIANI TERAPEUTICI</u></b>   |                           |
| Processo  |  | <b>M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici</b>  |                           |
| Valutazione Rischio   |  | Medio   | 9                         |
| Struttura   |  | ORG016 - SC FARMACIA   | Responsabile STEA ROSANNA |
| Storico fattori di rischio  |  |  |                           |
| Descrizione processo e relative fasi  |  | Controllo sistematico di tutti i Piani Terapeutici da parte del farmacista prima della dispensazione del farmaco. Trimestralmente reportistica per l'individuazione di eventuali anomalie.   |                           |
| RISCHIO   |  | MISURA DI PREVENZIONE  |                           |
| RM.02 - Scarsa tracciabilità del ciclo di utilizzo dei farmaci  |  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore 662 - Sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente</b>   |                           |
|   |  | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2023:Si )   |                           |
| Sottoarea   |  | <b><u>M.M2 - GESTIONE SPESA</u></b>  |                           |
| Processo  |  | <b>M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica</b>   |                           |
| Valutazione Rischio   |  | Medio   | 12                        |
| Struttura   |  | ORG016 - SC FARMACIA   | Responsabile STEA ROSANNA |
| Storico fattori di rischio  |  |  |                           |
| Descrizione processo e relative fasi  |  | Reportistica per la Direzione aziendale  |                           |
| RISCHIO   |  | MISURA DI PREVENZIONE  |                           |
| RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale |  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore 662 - Sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente</b>   |                           |
|   |  | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza regolamento interno (S/N 2023:Si )   |                           |
| Sottoarea   |  | <b><u>M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO</u></b>  |                           |
| Processo  |  | <b>M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto</b>  |                           |
| Valutazione Rischio   |  | Medio   | 7                         |
| Struttura   |  | ORG016 - SC FARMACIA   | Responsabile STEA ROSANNA |
| Storico fattori di rischio  |  |  |                           |
| Descrizione processo e relative fasi  |  | Tutti i prodotti ordinati dalla Farmacia provengono da procedure di gara effettuate dall'area Patrimonio. E' presente una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Altri sono effettuate periodiche attività di controllo interno. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. |                           |
| RISCHIO   |  | MISURA DI PREVENZIONE  |                           |
| RM.04 - Omissioni e/o irregolarità  |  | <b>Misura effettiva specifica ulteriore 212 - Razionalizzazione organizzativa dei controlli</b>  |                           |
|   |  | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2023:Si )   |                           |



| Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026   |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Area di rischio <b>M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA</b>                                   |  |   |   |
| Sottoarea  |  | <b><u>M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI</u></b>  |   |
| Processo   |  | <b>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</b>   |   |
| Valutazione Rischio  |  | Medio    | 13                                      |
| Struttura  |  | ORG016 - SC FARMACIA  | Responsabile STEA ROSANNA               |
| Storico fattori di rischio   |  |   |   |
| Descrizione processo e relative fasi   |  | La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura scritta consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, caricando sul sistema, il Documento di Trasporto e definendo nel magazzino la posizione e le quantità del farmaco/dispositivo. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO. |   |
| RISCHIO  |  | MISURA DI PREVENZIONE   |   |
| RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino   |  | Misura effettiva specifica ulteriore 660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte   |   |
|  |  | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale max rettifiche magazzino (Perc. 2023:0,01% )   |   |
|  |  | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza sistema informatizzato (S/N 2023:Si )   |   |
|  |  | Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica mensile inventario magazzino (S/N 2023:Si )   |   |
| Sottoarea  |  | <b><u>M.M5 - SEGNALAZIONI</u></b>   |   |
| Processo   |  | <b>M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci</b>  |   |
| Valutazione Rischio  |  | Medio    | 8                                       |
| Struttura  |  | ORG016 - SC FARMACIA  | Responsabile STEA ROSANNA               |
| Storico fattori di rischio   |  |   |   |
| Descrizione processo e relative fasi   |  | Secondo normativa nazionale e regionale.  |   |
| RISCHIO  |  | MISURA DI PREVENZIONE   |   |
| RM.04 - Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo qualitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria |  | Misura effettiva specifica ulteriore 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale   |   |
|  |  | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza misura di controllo (S/N 2023:Si )  |   |
| Sottoarea  |  | <b><u>M.M6 - SOMMINISTRAZIONE</u></b>   |   |
| Processo   |  | <b>M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale</b>  |   |
| Valutazione Rischio  |  | Basso    | 3                                       |
| Struttura  |  | ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.  | Responsabile Santantonio Teresa Antonia |
| Storico fattori di rischio   |  |   |   |
| RISCHIO  |  | MISURA DI PREVENZIONE   |   |
| RM.04 - Irregolarità o favoritismi   |  | Misura effettiva specifica obbligatoria 004 - Codice di Comportamento: Applicazione e Monitoraggio  |   |
|  |  | Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento (S/N )   |   |


| Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026                                       |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Area di rischio <b>M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA</b> |  |   |  |
| Sottoarea  |  | <b><u>M.M6 - SOMMINISTRAZIONE</u></b>   |  |
| Processo   |  | <b>M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia</b>  |  |
| Valutazione Rischio  |  | Medio   |  7  |
| Struttura  |  | ORG016 - SC FARMACIA  | Responsabile STEA ROSANNA  |
| Storico fattori di rischio   |  |   |  |
| Descrizione processo e relative fasi   |  | Si auspica l'utilizzo di sistemi informatizzati sul ciclo di terapia fino alla somministrazione del farmaco al paziente o utilizzo del presidio.      |  |
| <b>RISCHIO</b>   |  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  |  |
| RM.02 - Scarsa tracciabilità   |  | Misura effettiva specifica ulteriore 661 - Informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione  | Indicatori di monitoraggio della misura: Presenza informatizzazione ciclo di terapia (S/N 2023:No )                        |
| Sottoarea  |  | <b><u>M.M7 - SPERIMENTAZIONI</u></b>  |  |
| Processo   |  | <b>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</b>  |  |
| Valutazione Rischio  |  | Medio   |  5  |
| Struttura  |  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY   | Responsabile SILVESTRIS LAURA  |
| Storico fattori di rischio   |  |   |  |
| <b>RISCHIO</b>   |  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  |  |
| RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.                |  | Misura effettiva specifica obbligatoria 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite (Perc. 2023: 100,00% ) |
| Sottoarea  |  | <b><u>M.M8 - SPONSORIZZAZIONI</u></b>   |  |
| Processo   |  | <b>M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative</b>  |  |
| Valutazione Rischio  |  | Alto  |  14                                     |
| Struttura  |  | ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.  | Responsabile Santantonio Teresa Antonia  |
| Storico fattori di rischio   |  |   |  |
| <b>RISCHIO</b>   |  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  |  |
| RM.03 - Discrezionalità e Collusione   |  | Misura effettiva trasversale ulteriore 457 - Verifica da parte degli organi di controllo interno e Regolamentazione                                   | Indicatori di monitoraggio della misura: Presente regolamento su sponsorizzazioni (S/N )                                   |
| Processo   |  | <b>M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco</b>  |  |
| Valutazione Rischio  |  | Basso   |  0                                      |
| Struttura  |  | ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA  | Responsabile CANTATORE Francescopaolo  |
| Storico fattori di rischio   |  |   |  |
| <b>RISCHIO</b>   |  | <b>MISURA DI PREVENZIONE</b>  |  |
| RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione             |  | Misura effettiva specifica ulteriore 665 - Codice di Comportamento: Applicazione e Monitoraggio   | Indicatori di monitoraggio della misura: Applicazione e monitoraggio del Codice di comportamento (S/N )                    |

| Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026   |  |  |                  |
|--|--|--|------------------|
| Area di rischio <b>M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA</b>   |  |  |                  |
| Sottoarea  | <b><u>M.M8 - SPONSORIZZAZIONI</u></b>  |  |                  |
| Processo   | <b>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</b>  |  |                  |
| Valutazione Rischio  | Medio  |   | 11               |
| Struttura  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY  | Responsabile   | SILVESTRIS LAURA |
| Storico fattori di rischio   |  |  |                  |
| Descrizione processo e relative fasi   | Le attività di sponsorizzazioni da parte di terzi sono regolamentate con DDG n. 462 del 2018                   |  |                  |
| RISCHIO  | MISURA DI PREVENZIONE  | ALTRI DATI   |                  |
| RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.  | Misura effettiva specifica obbligatoria<br>125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni      | Indicatori di monitoraggio della misura: Adozione Regolamento Sponsorizzazioni (S/N 2023:Si )  |                  |
|  | Misura effettiva specifica ulteriore<br>849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi | Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti (Perc. 2023:100,00% ) |                  |
| RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. | Misura effettiva specifica ulteriore<br>865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti           | Indicatori di monitoraggio della misura: Misura di controllo tramite check-list (S/N 2023:Si )   |                  |



**Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. 2024 - 2026**

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

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



## Stato attuazione misure al 31/12/2023

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



## Stato attuazione misure al 31/12/2023

| Area di rischio  | Sottoarea           | Processo  |    |
|--|---------------------|---|----|
| B - GESTIONE<br>CONTRATTI PUBBLICI   | B.B10 - FABBISOGNI  | <u>16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni</u>  | 18 |
|  |                     | <u>B.B10.110.ORG011 - Misure di sicurezza informatica adeguate per la protezione dei dati personali</u>   | 19 |
|  |                     | <u>B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto</u>   | 19 |
|  | B.B11 - CONVENZIONI | <u>B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato</u>  | 20 |
|  |                     | <u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>   | 21 |
|  |                     | <u>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</u>  | 22 |
|  | B.B2 - CAPITOLATI   | <u>B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)</u> | 22 |
|  |                     | <u>B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione</u>   | 23 |
|  |                     | <u>B.B2.33.ORG017 - Requisiti di aggiudicazione</u>   | 23 |
|  |                     | <u>B.B2.34.ORG017 - Valutazione delle offerte</u>   | 24 |
|  | B.B3 - BANDI        | <u>B.B3.36.ORG017 - Revoca dei bandi</u>  | 24 |
|  | B.B4 - COMMISSIONI  | <u>B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara</u>  | 25 |
|  |                     | <u>B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici</u>   | 25 |
|  |                     | <u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>   | 25 |
|  | B.B5 - REQUISITI    | <u>B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.</u>   | 27 |
|  | B.B6 - CONTRATTI    | <u>B.B6.19.ORG011 - Attestazioni e collaudi</u>   | 28 |
|  |                     | <u>16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno</u>   | 29 |
|  |                     | <u>16PRO.B.B110.ORG074 - Definizione dei fabbisogni</u>   | 29 |
|  |                     | <u>16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi</u>   | 30 |
|  |                     | <u>16PRO.B.B4.ORG018 - Nomina componenti di Commissione di gara</u>   | 31 |
|  |                     | <u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>  | 31 |
|  |                     | <u>16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva</u>  | 32 |
|  |                     | <u>B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari</u>   | 33 |
| <u>B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali</u>                   |                     | 33  |    |
| <u>B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti</u>                                 |                     | 34  |    |
| <u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u> | 34                  |   |    |



## Stato attuazione misure al 31/12/2023

| Area di rischio  | Sottoarea   | Processo   |   |
|--|---|--|---|
| B - GESTIONE<br>CONTRATTI PUBBLICI   | B.B7 - TRASPARENZA  | <a href="#">16PRO.B.B6.ORG001 - Trasparenza amministrativa e Regolamentazione</a>  | 35  |
|  |   | <a href="#">B.B7.ORG015 - Applicazione del PTPCT</a>   | 36  |
|  |   | <a href="#">B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie</a>  | 39  |
|  |   | <a href="#">M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</a>  | 39  |
|  |   | <a href="#">16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</a>                               | 39  |
|  | B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO   | <a href="#">B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto</a>                              | 40  |
|  |   | <a href="#">B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori</a>   | 41  |
|  | B.B9 - ORDINI   | <a href="#">B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni</a>  | 41  |
|  | C - PROVVEDIMENTI<br>AMPLIATIVI DELLA<br>SFERA GIURIDICA DEI<br>DESTINATARI PRIVI DI<br>EFFETTO ECONOMICO<br>DIRETTO ED<br>IMMEDIATO PER IL<br>DESTINATARIO | A.A8 - ECM   | <a href="#">A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditamento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)</a> |
| D - PROVVEDIMENTI<br>AMPLIATIVI DELLA<br>SFERA GIURIDICA DEI<br>DESTINATARI CON<br>EFFETTO ECONOMICO<br>DIRETTO ED<br>IMMEDIATO PER IL<br>DESTINATARIO | G.G1 - INCARICHI E NOMINE   | <a href="#">G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</a>                      | 42  |
| E - GESTIONE<br>AMMINISTRATIVA E<br>CONTABILE  | E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO   | <a href="#">E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche</a>   | 43  |
|  | E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI   | <a href="#">16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili</a>   | 43  |
|  |   | <a href="#">E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento</a> | 44  |
|  |   | <a href="#">16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</a>                               | 45  |
|  | E.E12 - CASSA   | <a href="#">E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale</a>   | 46  |
|  | E.E2 - PROGRAMMAZIONE   | <a href="#">E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare</a>                | 47  |
| E.E3 - MANUTENZIONI  | <a href="#">E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma triennale degli acquisti di beni e servizi ai sensi del d.lgs 36/2023</a>                        | 47   |   |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

| Area di rischio                               | Sottoarea             | Processo   |    |
|---|-----------------------|--|----|
| E - GESTIONE<br>AMMINISTRATIVA E<br>CONTABILE | E.E4 - BENI e RISORSE | <u>E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili</u>   | 48 |
|   |                       | <u>16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili</u> | 48 |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

| Area di rischio                                       | Sottoarea   | Processo  |   |    |
|---|---|---|---|----|
| E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE               | E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE                            | A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni  | 49  |    |
|   |   | E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance  | 49  |    |
|   | E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA                             | E.E7.77.ORG015 - RegISTRAZIONI contabili  | 50  |    |
|   |   | E.E7.78.ORG015 - Procedure solleciti crediti insoluti   | 51  |    |
|   | E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI                               | E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini  | 51  |    |
|   | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO | F.F1 - RISCHI E MISURE  | E.E10.01.ORG012 - Procedimenti amministrativi       | 52 |
|   |   |   | F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale | 53 |
| F.F1.05.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale   |   |   | 54  |    |
| F.F1.05.ORG012 - Monitoraggio periodico trasversale   |   |   | 55  |    |
| F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale   |   |   | 56  |    |
| F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale   |   |   | 57  |    |
| F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale   |   |   | 57  |    |
| F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale   |   |   | 57  |    |
| F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale   |   |   | 58  |    |
| F.F1.92.ORG010 - Sorveglianza sanitaria               |   |   | 59  |    |
| 116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico  |   | 60  |   |    |
| F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale Il livello RPCT |   | 62  |   |    |
| ORG010.F.F1 - Monitoraggio periodico trasversale      |   | 66  |   |    |
| F.F2 - ASTENSIONI                                     |   | F.F2.94.ORG010 - Prevenzione e gestione di conflitti (utenza esterna e dipendenti)  | 66  |    |
| F.F3 - SORVEGLIANZA SANITARIA                         |   | F.F3.96.ORG010 - Gestione cartelle sanitarie e di rischio   | 67  |    |
| F.F4 - RIFIUTI SPECIALI                               |   | F.F4.99.ORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri   | 67  |    |
| F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI                         |   | F.F5.101.ORG002 - Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, definizione delle strategie e dei protocolli delle attività di disinfezione disinfestazione e sterilizzazione | 68  |    |
| G - INCARICHI E NOMINE                                | G.G1 - INCARICHI E NOMINE                               | G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità   | 68  |    |
| H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO                       | H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI                           | H.H1.108.ORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione  | 69  |    |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

| Area di rischio                                     | Sottoarea                             | Processo  |  |    |
|---|---------------------------------------|---|--|----|
| H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO                     | H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI      | B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi  | 70   |    |
|   |                                       | H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti | 70   |    |
|   |                                       | H.H2.111.ORG012 - Gestione risarcimento danni   | 71   |    |
|   |                                       | H.H2.112.ORG006 - Recupero crediti  | 72   |    |
|   | H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI      | H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali   | 72   |    |
| I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA | I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE | I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI   | 74   |    |
|   |                                       | I.I1.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia   | 75   |    |
|   |                                       | I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi  | 76   |    |
|   | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP              | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP  | B.B7.77.ORG066 - Prestazioni sanitarie   | 77 |
|   |                                       |   | I.I2.077.ORG027 - Prestazioni sanitarie  | 77 |
|   |                                       |   | I.I2.111.ORG081 - Prestazioni sanitarie  | 78 |
|   |                                       |   | I.I2.122.ORG031 - Prestazioni sanitarie e formazione   | 78 |
|   |                                       |   | I.I2.143.ORG080 - Prestazioni sanitarie e formazione   | 78 |
|   |                                       |   | I.I2.154.ORG079 - Prestazioni sanitarie e gestione magazzino                                 | 78 |
|   |                                       |   | I.I2.33.ORG056 - Prestazioni sanitarie   | 79 |
|   |                                       |   | I.I2.44.ORG022 - Prestazioni radiologiche  | 79 |
|   |                                       |   | I.I2.49.ORG076 - Prestazioni sanitarie e formazione  | 79 |
|   |                                       |   | I.I2.55.ORG075 - Attività diagnostico-assistenziale  | 80 |
|   |                                       |   | I.I2.62.ORG023 - Prestazioni sanitarie   | 80 |
|   |                                       |   | I.I2.67.ORG078 - Prestazioni sanitarie e ALPI  | 80 |
|   |                                       |   | I.I2.78.ORG055 - Prestazioni sanitarie e diagnostica strumentale                             | 80 |
|   |                                       |   | I.I2.79.ORG082 - Attività diagnostico-assistenziale  | 81 |
|   |                                       |   | I.I2.87.ORG077 - Prestazioni sanitarie e formazione  | 81 |
|   |                                       |   | I.I2.88.ORG026 - Prenotazione delle prestazioni  | 81 |
|   |                                       |   | I.I2.123.ORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP) | 82 |
|   |                                       |   | I.I2.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale                  | 85 |
|   |                                       |   | 16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale | 85 |

**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

| Area di rischio                                     | Sottoarea     | Processo  |    |
|---|---------------|---|----|
| I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA | I.I3 - TICKET | I.I3.127.ORG003 - Attività di controllo e sorveglianza pagamento ticket e versamenti in Tesoreria | 85 |



### Stato attuazione misure al 31/12/2023

| Area di rischio   | Sottoarea  | Processo   |    |
|---|--|--|----|
| I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             | I.I4 - ALPI  | <u>I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni</u>   | 86 |
|   |  | <u>I.I4.130.ORG013 - Corresponsione mensile compensi della libera professione</u>  | 87 |
| M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA | M.M1 - PIANI TERAPEUTICI   | <u>M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici</u>  | 87 |
|   | M.M2 - GESTIONE SPESA  | <u>M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica</u>                           | 88 |
|   | M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO  | <u>M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto</u>  | 89 |
|   | M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI   | <u>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</u>  | 90 |
|   | M.M5 - SEGNALAZIONI  | <u>M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci</u> | 91 |
|   | M.M6 - SOMMINISTRAZIONE  | <u>M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale</u>   | 92 |
|   |  | <u>M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia</u>   | 92 |
|   | M.M7 - SPERIMENTAZIONI   | <u>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</u>   | 93 |
| M.M8 - SPONSORIZZAZIONI   | <u>M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative</u> | 94   |    |
|   | <u>M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco</u>                                       | 94   |    |
|   | <u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>                                    | 95   |    |
| N - DECESSI INTRA AZIENDALI   | N.N1 - DECESSI   | <u>N.N1.151.ORG002 - Gestione dei decessi e delle strutture mortuarie</u>  | 97 |



| Stato attuazione misure al 31/12/2023   |   |   |  |                          |
|---|---|---|--|--------------------------|
| Area di rischio   | A - GESTIONE RISORSE UMANE  | Sottoarea   | A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE                     |                          |
| Processo  | A.A1.4.ORG013 - Procedure di reclutamento del personale - Procedure per progressione di carriera - Procedure di conferimento incarichi (dirigenziali, di posizione, di coordinamento)   | Struttura   | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI |                          |
| Rischio corruttivo effettivo  | RA.01 - Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutar   |   |  |                          |
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>052 - Trasparenza amministrativa nei procedimenti concorsuali | <b>Esito monitoraggio</b><br>In applicazione delle disposizioni vigenti in materia l'AOU di Foggia espleta il concorso pubblico con modalità che ne garantiscano la imparzialità, l'economicità e la celerità di espletamento, ricorrendo, ove necessario, all'ausilio di sistemi automatizzati diretti anche a realizzare forme di preselezione. Le procedure vengono avviate tramite procedure ad evidenza pubblica (delibera del Direttore Generale, Avviso, pubblicazione avviso sul BURP e per estratto su gazzetta ufficiale). Il bando viene pubblicato anche nella sezione "bandi di concorso" sul sito aziendale. A seconda delle procedure selettive i componenti delle Commissioni vengono indicati in ossequio alle disposizioni normative in materia. Per i bandi interni viene redatto apposito avviso pubblicato anch'esso sul sito aziendale nella sezione bandi di concorso e nominata la commissione. Espletata la procedura viene recepito il lavoro della Commissione con delibera ed individuata la graduatoria dei vincitori con i relativi punteggi.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione  | <b>Ottenuto</b><br>100,00%                             | <b>Atteso</b><br>100,00% |
|   | <b>Idoneità della misura</b><br>la misura è efficace  | <b>Indicatore</b><br>Percentuale pubblicazioni eseguite su AT e Albo pretorio online rispetto al totale delle procedure di reclutamento | <b>Ottenuto</b><br>100,00%                             | <b>Atteso</b><br>100,00% |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>245 - Controlli interni previsti dai regolamenti                 | <b>Esito monitoraggio</b><br>I controlli vengono effettuati a campione. Non si registrano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.   | <b>Indicatore</b><br>Acquisizione delle attestazioni di insussistenza conflitto interessi e di incompatibilità in sede contrattuale     | <b>Ottenuto</b><br>SI                                  | <b>Atteso</b><br>SI      |
|   | <b>Idoneità della misura</b><br>la misura è efficace  | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione  | <b>Ottenuto</b><br>100,00%                             | <b>Atteso</b><br>SI      |
|   |   | <b>Indicatore</b><br>Percentuale controlli a campione sui requisiti di accesso  | <b>Ottenuto</b><br>50,00%                              | <b>Atteso</b><br>SI      |
|   |   | <b>Indicatore</b><br>Verifica della insussistenza della condizione ostativa per soggetti in quiescenza                                  | <b>Ottenuto</b><br>SI                                  | <b>Atteso</b><br>SI      |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|   |   |                  |   |                 |               |
|---|---|------------------|---|-----------------|---------------|
|   |   |                  | Verifica della sussistenza di precedenti penali al momento della formazione di Commissioni di concorso                | SI              |               |
|   |   |                  | Verifica della sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici | SI              |               |
| <b>Area di rischio</b>                      | A - GESTIONE RISORSE UMANE  | <b>Sottoarea</b> | A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO   |                 |               |
| <b>Processo</b>                             | <u>A.A10.16.ORG050 - Attività didattico-formativa</u>                           | <b>Struttura</b> | ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.  |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RA.07 - Discrezionalità e favoritismi   |                  |   |                 |               |
|   |   |                  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 254 - Seduta pubblica in sede di prove orali                                    |                  |   |                 |               |
|   |   |                  | Avanzamento misura di prevenzione   |                 |               |
|   |   |                  | Presenza verifiche collegiali sulla preparazione studenti   |                 |               |
| <b>Area di rischio</b>                      | A - GESTIONE RISORSE UMANE  | <b>Sottoarea</b> | A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO   |                 |               |
| <b>Processo</b>                             | <u>A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa</u>                           | <b>Struttura</b> | ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA  |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RA.07 - Collusione e favoritismi  |                  |   |                 |               |
|   |   |                  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 215 - Previsione della presenza di più docenti in commissione per esami         |                  |   |                 |               |
|   |   |                  | Applicazione misura della co-presenza docenti in Commissione  |                 |               |
|   |   |                  | Avanzamento misura di prevenzione   |                 |               |
| <b>Area di rischio</b>                      | A - GESTIONE RISORSE UMANE  | <b>Sottoarea</b> | A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO   |                 |               |
| <b>Processo</b>                             | <u>A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa</u>                           | <b>Struttura</b> | ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA  |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RA.15 - Omessa verifica di eventuali incompatibilità per attività sponsorizzate |                  |   |                 |               |
|   |   |                  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti            |                  |   |                 |               |
|   |   |                  | Avanzamento misura di prevenzione   |                 |               |





**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | A - GESTIONE RISORSE UMANE  | <b>Sottoarea</b> | A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO |
| <b>Processo</b>                     | <u>A.A10.24.ORG009 - Autorizzazione personale partecipazione eventi, corso o master per formazione specialistica/specifica (agg. facoltativo e obbligatorio) sia di tipo sanitario che tecnico-professionale e amministrativo con oneri</u> | <b>Struttura</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE         |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RA.14 - Formazione e sensibilizzazione  |                  |                                 |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                                   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>004 - Codice di Comportamento:<br>Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice   | La rilevanza dello strumento nella prevenzione della corruzione e contrasto ai fenomeni corruttivi è supportata da questa Struttura da una efficace attività di comunicazione nonchè, annualmente, a mezzo di:<br>- analisi e ricognizione dei bisogni di Formazione, indirizzata ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori e Responsabili delle Strutture Sanitarie, Tecniche ed Amministrative, ai Dirigenti del Servizio Infermieristico, ai Preposti, resa pubblica sul sito web dell'Azienda.<br>- comunicazione del Piano Formativo Aziendale, corredato di parere favorevole del Comitato Scientifico ECM e della Commissione paritetica sull'Attività di Formazione, al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario dell'Azienda, per ogni eventuale e necessaria adozione di atti o comportamenti consequenziali.<br>- pubblicazione delle attività formative sul sito web aziendale<br><br>Ad oggi non sono state rilevate criticità nei processi delle attività di Formazione, nè mai ricevute segnalazioni di illeciti da parte di dipendenti o cittadini.<br>Livello di rischio stimato come BASSO. | Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento | SI              | SI            |
|   |   | Avanzamento misura di prevenzione                   | 100,00%         |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>255 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia | <b>Esito monitoraggio</b><br>All'interno dell'AOU di Foggia esiste una banca dati specifica per realizzare controlli incrociati sulla corretta applicazione del regolamento aziendale sulla formazione e sulla partecipazione ad eventi e convegni. Confermo  | Avanzamento misura di prevenzione                   | 100,00%         |               |
|   |   | Presenza banca dati interna per controlli           | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |   |
|-------------------------------------|--|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | A - GESTIONE RISORSE UMANE   | <b>Sottoarea</b> | A.A11 - BORSE DI STUDIO                       |
| <b>Processo</b>                     | <u>A.A11.26.OORG012 - Procedimento di assegnazione di borse di studio</u>  | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RA.06 - Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari |                  |   |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>013 - Regolamento per conferimento e autorizzazione incarichi | Il procedimento prevede l'indizione di procedura selettiva tramite avviso pubblico previa adozione di deliberazione del Direttore Generale.<br>La Commissione viene presieduta dal Direttore Sanitario o dal Direttore del Dipartimento o Direttore della Struttura interessata, dal Responsabile Scientifico del progetto e da un terzo componente con qualifica dirigenziale, in esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 500 del 24/09/19, avente ad oggetto " Regolamento per il conferimento delle borse di studio presso la AOU di Foggia.<br>Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti. | Adozione Regolamento              | SI              | SI            |
|   |   | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>243 - Attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi | Con riferimento all'implementazione di una procedura a norma per la rilevazione delle segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti (whistleblowing) si è provveduto all'attivazione del servizio tramite la piattaforma WhistleblowingPA, progetto di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali (indirizzo <a href="https://aouospedaliriunitidifoggia.whistleblowing.it">https://aouospedaliriunitidifoggia.whistleblowing.it</a> ).<br>Si ritiene che il livello di rischio sia BASSO in virtù delle misure esistenti. | Adozione sistema di gestione delle segnalazioni illeciti | SI              | SI            |
|   |  | Avanzamento misura di prevenzione                        | 100,00%         |               |

|                                     |   |                  |  |
|-------------------------------------|---|------------------|--|
| <b>Area di rischio</b>              | A - GESTIONE RISORSE UMANE  | <b>Sottoarea</b> | A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI                        |
| <b>Processo</b>                     | <u>A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-officio di competenza</u> | <b>Struttura</b> | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RA.15 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità                                 |                  |  |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                              | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>245 - Regolamentazione | In materia di incompatibilità per incarichi extra istituzionali è stato adottato apposito regolamento. Il personale richiedente deve presentare apposite istanze o comunicazione per il conferimento dell'incarico unitamente alla dichiarazione dell'insussistenza di conflitti di interessi. Non sono state rilevate criticità.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. | Adozione Regolamento incarichi extra-aziendali | SI              | SI            |
|   |   | Avanzamento misura di prevenzione              | 100,00%         |               |
|   | <b>Idoneità della misura</b><br>la misura è efficace  |  |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|  |  |                  |  |                 |               |
|--|--|------------------|--|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>   | A - GESTIONE RISORSE UMANE   | <b>Sottoarea</b> | A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI                        |                 |               |
| <b>Processo</b>  | <u>A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-ufficio di competenza</u>  | <b>Struttura</b> | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RA.04 - Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità   |                  |  |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>  | <b>Esito monitoraggio</b>  |                  | <b>Indicatore</b>                                      | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 211 - Intensificazione dei controlli a campione  | Nel corso del primo semestre non sono state rilevate criticità.  |                  | Avanzamento misura di prevenzione                      | 100,00%         |               |
|  | <b>Idoneità della misura</b>   |                  | Numero controlli interni a campione                    | 100,00          |               |
|  | la misura è efficace   |                  |  |                 |               |
| <b>Area di rischio</b>   | A - GESTIONE RISORSE UMANE   | <b>Sottoarea</b> | A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI                        |                 |               |
| <b>Processo</b>  | <u>A.A2.7.ORG002 - Rilascio di autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione o concessione</u>  | <b>Struttura</b> | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA                           |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RA.07 - Collusione   |                  |  |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>  | <b>Esito monitoraggio</b>  |                  | <b>Indicatore</b>                                      | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale | Le autorizzazioni vengono rilasciate a seconda delle competenze dai vari dirigenti presenti nella Direzione Sanitaria. Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale. |                  | Avanzamento misura di prevenzione                      |                 |               |
|  |  |                  | Controlli in co-presenza                               |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | A - GESTIONE RISORSE UMANE  | <b>Sottoarea</b> | A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI               |
| <b>Processo</b>                     | <u>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</u> | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche                                 |                  |   |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>003 - Codice di Comportamento:<br>Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice | Gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento sono estesi a tutti i collaboratori e consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici nonchè nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'AOU di Foggia. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'AOU di Foggia inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice di comportamento.<br>Si è proceduto ad aggiornare il Codice di Comportamento dei dipendenti ed attualmente al vaglio della Direzione Strategica.<br>Ad oggi non si registrano criticità.<br>Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|   |   | Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici | 100,00%         | 100,00%       |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>245 - Intensificazione dei controlli interni   | In conformità al Regolamento generale sulla protezione dei dati, sono stati intensificati i controlli interni attraverso l'espletamento di Privacy Audit presso le strutture aziendali con il supporto di ditta esterna specializzata. I verbali di audit sono sempre controfirmati in modalità congiunta in presenza dei soggetti destinatari delle attività di controllo periodico e notificati alla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa dell'AOU di Foggia. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.   | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|   |   | Numero verbali all'anno in materia di privacy audit   | 100,00          | 100,00        |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |  |
|-------------------------------------|---|------------------|--|
| <b>Area di rischio</b>              | A - GESTIONE RISORSE UMANE  | <b>Sottoarea</b> | A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE                       |
| <b>Processo</b>                     | <u>H.H2.220.ORG014 - Rapporti e informative sindacali</u>   | <b>Struttura</b> | ORG014 - SS RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RA.10 - Contrattazione su materie non disciplinabili dalla contrattazione aziendale o non rispettosa delle risorse destinate alla contrattazione stessa (fondi aziendali) |                  |  |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>214 - Applicazione normativa e Controlli periodici | La materia è vincolata dall'applicazione delle disposizioni normative e contrattuali in materia. Si rileva che periodicamente vengono effettuati a cura del Collegio Sindacale e del competente settore ministeriale preposto ai controlli sulle risorse destinate alla contrattazione integrativa aziendale. Sono presenti procedure informatizzate collegate alle paghe da cui si rilevano mensilmente i costi sostenuti nell'ambito delle suddette risorse, tali da evitare possibili sforamenti. Inoltre le relative relazioni sono annualmente validate dal Collegio Sindacale.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|   |  | Presenza misura di controllo      | SI              |               |
|   | <b>Idoneità della misura</b><br>la misura è efficace   |                                   |                 |               |

|                                     |  |                  |  |
|-------------------------------------|--|------------------|--|
| <b>Area di rischio</b>              | A - GESTIONE RISORSE UMANE   | <b>Sottoarea</b> | A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE                         |
| <b>Processo</b>                     | <u>A.A3.9.ORG013 - Corresponsione mensile emolumenti stipendiali, emolumenti accessori, competenze arretrate, cessione del quinto dello stipendio, rilascio certificati di stipendio</u> | <b>Struttura</b> | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RA.07 - Collusione   |                  |  |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>245 - Aumentare la numerosità dei controlli previsti dai regolamenti | Mensilmente vengono effettuati a campione controlli sull'esatta attribuzione degli emolumenti corrisposti al personale. Vengono elaborati dei prospetti generali riepilogativi visti dal Dirigente se corretti ovvero da rivedere in caso contrario. Nell'anno in corso si è proceduto al controllo con le modalità previste dalla normativa in materia di certificabilità dei bilanci.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|   |   | Presenza misura di controllo      | SI              |               |
|   | <b>Idoneità della misura</b><br>la misura è efficace  |                                   |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

| Area di rischio  | A - GESTIONE RISORSE UMANE   | Sottoarea  | A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE                          |
|--|--|--|--|
| <b>Processo</b>  | <u>A.A4.12.ORG013 - Attestazione della presenza in servizio</u>  | <b>Struttura</b>   | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RA.07 - Omissione dei controlli di merito  |  |  |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>225 - Nell'ambito delle risorse disponibili, informatizzazione del servizio di gestione del personale con controlli incrociati automatizzati  | <p><b>Esito monitoraggio</b><br/>I controlli sono effettuati a campione. Sono in fase di valutazione ulteriori forme di controllo.<br/>Ad oggi non si registrano criticità.<br/>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.</p> <p><b>Idoneità della misura</b><br/>La misura è efficace</p>  | <p><b>Indicatore</b><br/>Avanzamento misura di prevenzione</p> <p>Presenza sistema rilevazione presenze informatizzato</p> | <p><b>Ottenuto</b><br/>100,00%</p> <p>SI</p>           |
| <b>Atteso</b>  |  |  |  |
| Area di rischio  | A - GESTIONE RISORSE UMANE   | Sottoarea  | A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI                        |
| <b>Processo</b>  | <u>A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni</u>  | <b>Struttura</b>   | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati  |  |  |
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>002 - Codice di Comportamento: Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo.   | <p><b>Esito monitoraggio</b><br/>Il Codice di comportamento aziendale è regolarmente applicato e monitorato.<br/>Non si rilevano criticità</p> <p><b>Idoneità della misura</b><br/>La misura è efficace</p>  | <p><b>Indicatore</b><br/>Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento</p> <p>Avanzamento misura di prevenzione</p>  | <p><b>Ottenuto</b><br/>SI</p> <p>100,00%</p>           |
| <b>Atteso</b>  |  |  |  |
| Area di rischio  | A - GESTIONE RISORSE UMANE   | Sottoarea  | A.A6 - BENEFICI EX LEGE                                |
| <b>Processo</b>  | <u>A.A6.16.ORG013 - Riconoscimento di benefici non economici connessi a permessi, congedi e aspettative dal servizio (L.104 etc.)</u>  | <b>Struttura</b>   | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RA.10 - Illegittimo rilascio di autorizzazioni   |  |  |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000). | <p><b>Esito monitoraggio</b><br/>La concessione di benefici non economici o permessi segue un iter procedimentale regolamentato. Fermo restando che il dipendente è tenuto ad astenersi in caso di conflitto di interessi per norma generale, i casi evidenti vengono già rilevati dal dirigente del settore, sono state date disposizioni al personale sull'argomento. Non sono rilevate criticità.<br/>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.</p> <p><b>Idoneità della misura</b><br/>La misura è efficace</p> | <p><b>Indicatore</b><br/>Avanzamento misura di prevenzione</p> <p>Presenza misura di controllo</p>                         | <p><b>Ottenuto</b><br/>100,00%</p> <p>SI</p>           |
| <b>Atteso</b>  |  |  |  |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                             |
|-------------------------------------|--|------------------|-----------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | A - GESTIONE RISORSE UMANE                                     | <b>Sottoarea</b> | A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI |
| <b>Processo</b>                     | <u>A.A7.18.ORG009 - Elaborazione Piano Formativo Aziendale</u> | <b>Struttura</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE     |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RA.14 - Piano aziendale - regolamentazione della formazione    |                  |                             |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva trasversale obbligatoria</b><br>385 - Aggiornamento Piano formativo aziendale e Formazione del personale | La Struttura provvede annualmente all'analisi e ricognizione dei bisogni formativi, inviandone richiesta ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori e Responsabili delle strutture sanitarie, tecniche ed amministrative, ai Dirigenti del servizio infermieristico, ai Preposti (posizioni organizzative, coordinatorie infermiere, ostetrico e tecnico) e ai referenti della formazione, resa pubblica sul sito internet istituzionale.<br>Il Piano Formativo Aziendale, previa approvazione del Comitato Scientifico ECM Aziendale, è comunicato al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario, per ogni eventuale adozione di atti o comportamenti consequenziali.<br>Di tutte le attività formative è data ampia pubblicazione sul portale internet istituzionale.<br>Nessuna criticità rilevata. | Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale sul tema della legalità, codice di comportamento e sull'istituto del whistleblowing | 100,00%         |               |
|  |  | Avanzamento misura di prevenzione   |                 |               |
|  |  | Inserimento nel PFA di percorsi formativi al personale in materia di etica, legalità e codice di comportamento                                    | SI              | SI            |
|  |  | Rilevazione fabbisogni formativi dalle strutture aziendali  | SI              | SI            |

|                                     |  |                  |                         |
|-------------------------------------|--|------------------|-------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | A - GESTIONE RISORSE UMANE   | <b>Sottoarea</b> | A.A8 - ECM              |
| <b>Processo</b>                     | <u>A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditazione ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)</u> | <b>Struttura</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RC.06 - Abuso della discrezionalità  |                  |                         |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità? | La Struttura di formazione aziendale, nella qualità di Provider n.52 della Regione Puglia, è abilitata ad accreditare attività formative ECM attraverso la piattaforma AGENAS la quale garantisce affidabilità, integrità e controlli di tipo automatico. Il rischio che il processo possa presentare malfunzionamenti e determinare comportamenti corruttivi e/o di abuso da parte del personale incaricato è basso in quanto il sistema è basato sulla proceduralizzazione delle attività e tracciabilità delle operazioni. | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|  |   | Utilizzo portale Agenas           | SI              | SI            |





**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|  |  |  |   |                 |               |
|--|--|--|---|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>   | A - GESTIONE RISORSE UMANE   | <b>Sottoarea</b>                               | A.A9 - FORMAZIONE NORMATA                     |                 |               |
| <b>Processo</b>  | <u>A.A9.32.ORG075 - Attività didattico-formativa</u>   | <b>Struttura</b>                               | ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RA.07 - Favoritismi  |  |   |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>  | 249 - Costituzione di commissioni secondo criteri precisi e vincolanti   |  | <b>Indicatore</b>                             | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|  |  |  | Avanzamento misura di prevenzione             |                 |               |
|  |  |  | Presenza calendario per tirocini e frequenza  |                 |               |
| <b>Area di rischio</b>   | A - GESTIONE RISORSE UMANE   | <b>Sottoarea</b>                               | A.A9 - FORMAZIONE NORMATA                     |                 |               |
| <b>Processo</b>  | <u>A.A9.22.ORG009 - Formazione per Enti pubblici rivolti al Personale Dipendente Aziendale</u>   | <b>Struttura</b>                               | ORG009 - SSD FORMAZIONE                       |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RA.14 - Lobbying   |  |   |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                              | <b>Ottenuto</b>                               | <b>Atteso</b>   |               |
| 211 - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000). | Vengono acquisite prima di ogni attività formativa le dichiarazioni di insussistenza di conflitto di interessi. E' auspicabile l'attivazione di un percorso ad hoc per l'intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000). Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere. | Avanzamento misura di prevenzione              | 100,00%                                       |                 |               |
|  |  | Percentuale intensificazione controlli interni | 100,00%                                       | 100,00%         | 100,00%       |
| <b>Area di rischio</b>   | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b>                               | B.B1 - PROCEDURA APPALTO                      |                 |               |
| <b>Processo</b>  | <u>B.B1.66.ORG075 - Rapporti con le aziende del farmaco</u>  | <b>Struttura</b>                               | ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RB.10 - Elusione delle regole per la corretta concorrenza  |  |   |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>  | 282 - Accordi illeciti con aziende del farmaco.  |  | <b>Indicatore</b>                             | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|  |  |  | Applicazione Codice dei Contratti             |                 |               |
|  |  |  | Avanzamento misura di prevenzione             |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                        |   |                  |                                 |
|------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b> | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B1 - PROCEDURA APPALTO        |
| <b>Processo</b>        | <u>B.B1.29.ORG017 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento. Procedure di scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ex Codice contratti pubblici relativi a lavori e f</u> | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |

|   |  |   |                         |               |
|---|--|---|-------------------------|---------------|
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>   | RB.23 - Violazione delle norme in materia di gare ed affidamenti pubblici  |   |                         |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b>         | <b>Atteso</b> |
| 816 - Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione. | <p>Le fasi del procedimento sono regolate dal Codice degli appalti e dalla normativa di attuazione. Per la progettazione di bandi e capitolati che riguardano l'acquisto di beni e servizi sanitari, la struttura si avvale della collaborazione della Direzione Sanitaria e del Servizio di Ingegneria Clinica. Per l'acquisto di beni e servizi non sanitari l'audit coinvolge i Responsabili del Procedimento (RUP) e i Direttori dell'esecuzione dei contratti (DEC) dei contratti in scadenza i quali valutano l'efficacia e le criticità riscontrate nella gestione del contratto, il grado di soddisfacimento dell'utenza e le proposte di miglioramento.</p> <p>Saranno rispettati le nuove soglie e i nuovi criteri sulle procedure sotto-soglia secondo la nuova disciplina dei contratti ai sensi del Dlgs 36/23.</p> <p>Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia medio in virtù delle misure di controllo in essere.</p> | <p>Avanzamento misura di prevenzione</p> <p>Presenza della motivazione nella determina a contrarre circa la scelta dello strumento di affidamento</p> | <p>70,00%</p> <p>SI</p> | <p>SI</p>     |

|                                     |   |                  |                              |  |
|-------------------------------------|---|------------------|------------------------------|--|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B1 - PROCEDURA APPALTO     |  |
| <b>Processo</b>                     | <u>16PRO.B.B20.ORG018 - Individuazione procedura di gara</u>  | <b>Struttura</b> | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA |  |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.03 - Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente piu? vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa |                  |                              |  |

|  |   |   |                              |               |
|--|---|---|------------------------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b>              | <b>Atteso</b> |
| 282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza chiedend | <p>Per aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza, si procede in applicazione della normativa in materia di appalti pubblici. In particolare, per le gare sotto soglia, si applica il principio del massimo ribasso o dell'esclusione automatica dell'offerta anomala. Per i sopra soglia si predilige il criterio del massimo ribasso</p> | <p>Avanzamento misura di prevenzione</p> <p>Percentuale gare con il criterio OEV rispetto al prezzo più basso</p> | <p>100,00%</p> <p>30,00%</p> |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |  |
|-------------------------------------|---|------------------|--|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B10 - FABBISOGNI                     |
| <b>Processo</b>                     | <u>16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni</u>  | <b>Struttura</b> | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ |                  |  |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>802 - Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture. | La programmazione annuale dei servizi è regolarmente applicata. Si auspica la pedissequa applicazione del Regolamento aziendale per l'utilizzo e la gestione delle risorse informatiche e telematiche, giusta deliberazione n. 64 del 11 febbraio 2017, ove le richieste di approvvigionamento in ambito ICT debbano transitare in via preliminare dell'Ufficio SIA. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. | Avanzamento misura di prevenzione | 70,00%          |               |
|  |   | Presenza misura di programmazione | SI              | SI            |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>805 - In fase di individuazione del quadro dei fabbisogni, predeterminazione dei criteri per individuarne le priorità. | Di norma le priorità sono definite dalla direzione strategica con il supporto del Responsabile dell'Ufficio P.O. SIA per i conseguenti adempimenti tecnici. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. | Avanzamento misura di prevenzione | 50,00%          |               |
|   |  | Presenza misura                   |                 | SI            |

|                                     |  |                  |  |
|-------------------------------------|--|------------------|--|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b> | B.B10 - FABBISOGNI                     |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B10.110.ORG011 - Misure di sicurezza informatica adeguate per la protezione dei dati personali</u>  | <b>Struttura</b> | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. |                  |  |

|  |  | <b>Indicatore</b>                          | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione |  | Avanzamento misura di prevenzione          | 50,00%          |               |
|  |  | Numero audit interni su security e privacy |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B10 - FABBISOGNI              |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto</u>   | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ |                  |                                 |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>802 - Aggiornamenti annuali programmazione per acquisti di servizi e forniture (sopra la soglia 40k) | L'art. 21, comma 6 del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. dispone che gli acquisti di beni e servizi di importo stimato uguale o superiore a 40.000,00 euro vengano effettuati sulla base di una programmazione biennale in coerenza con il bilancio dell'Azienda. Nel corso dell'anno 2021 è stato adottato il Programma triennale dei lavori pubblici (2021-2023) e biennale degli acquisti di servizi e forniture (2021-2022) giusta deliberazione del Direttore Generale n. 619 del 30 ottobre 2020. | Avanzamento misura di prevenzione                                      | 100,00%         |               |
|   | Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.  | Pubblicazione programmazione degli acquisti sul sito web istituzionale | SI              | SI            |

|                                     |  |                  |   |
|-------------------------------------|--|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                                      | <b>Sottoarea</b> | B.B11 - CONVENZIONI                           |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato</u> | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.13 - Collusione   |                  |   |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                           | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse. Adeguate iniziative di formazione/informazione | Sono effettuati regolari controlli sull'anagrafica dell'Associazione, sulla coerenza tra gli obiettivi dell'Associazione con quelli propri della mission aziendale. Con deliberazione del Direttore Generale n. 537 del 04/10/2019, è stato adottato specifico Regolamento di accesso e presenza delle Associazioni di volontariato e senza scopo di lucro nella AOU di Foggia. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. | Avanzamento misura di prevenzione           | 100,00%         |               |
|   | <b>Idoneità della misura</b><br>La misura risulta idonea per via delle vari fasi dei controlli richiesti   | Percentuale attestazioni conflitti rilevate | 100,00%         | 100,00%       |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|   |  |  |   |                 |               |
|---|--|--|---|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>  | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b>   | B.B11 - CONVENZIONI                           |                 |               |
| <b>Processo</b>   | <u>B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato</u>   | <b>Struttura</b>   | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>   | RB.07 - Elusione delle regole di individuazione delle associazioni di volontariato, al fine di agevolare un particolare soggetto |  |   |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>   |  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                             | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC. |  | Tutte le convenzioni riguardanti le attività delle associazioni di volontariato sono approvate con Deliberazione del Direttore Generale, pertanto rese pubbliche.<br>La convenzione viene disciplinata con apposito regolamento tra le parti. Ogni contratto di Convenzione viene sottoscritto dal Rappresentante Legale pro tempore dell'Azienda. Non è previsto il rinnovo tacito. | Avanzamento misura di prevenzione             | 100,00%         |               |
|   |  | <b>Idoneità della misura</b>   | Publicazione atti relativi alle Convenzioni   | SI              | SI            |
|   |  | Le misure adottate risultano idonee in quanto sviluppate in varie fasi concatenate tra loro.   |   |                 |               |

|   |   |   |   |                 |               |
|---|---|---|---|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>  | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                               | <b>Sottoarea</b>  | B.B11 - CONVENZIONI                           |                 |               |
| <b>Processo</b>   | <u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u> | <b>Struttura</b>  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>   | RB.10 - Omissioni pubblicazioni                               |   |   |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>   |   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                             | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC. |   | Tutti gli atti riguardanti le convenzioni e contratti assicurativi sono resi pubblici. Non sono state rilevate criticità nel corso dell'anno.<br>Con riferimento all'utilizzo del marchio aziendale e concessione del patrocinio dell'AOU di Foggia, è stato adottato specifico Regolamento giusta deliberazione del Direttore Generale n. 545 del 10/10/19.<br>Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti. | Avanzamento misura di prevenzione             | 100,00%         |               |
|   |   |   | Percentuale pubblicazioni dati                | 100,00%         | 100,00%       |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B11 - CONVENZIONI                           |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>                   | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente |                  |   |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno | Tutti gli iter procedurali sono gestiti secondo il principio di segregazione di funzione. Altresì è stato adottato uno specifico regolamento con riferimento al procedimento di gestione interna dei sinistri ed individuazione di percorsi e dei soggetti coinvolti nell'iter istruttorio. | Adozione Regolamento interno      | SI              | SI            |
|   | Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.   | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |

|                                     |  |                  |                                |
|-------------------------------------|--|------------------|--------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b> | B.B11 - CONVENZIONI            |
| <b>Processo</b>                     | <u>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</u> | <b>Struttura</b> | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati  |                  |                                |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                    | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|--------------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione | La Struttura Legale svolge attività inerente sia alla prevenzione delle controversie attraverso i pareri legali, sia alla gestione diretta e indiretta del contenzioso con i dipendenti in materia lavoristica nonché in materia di appalti e di responsabilità per colpa medica. Si occupa inoltre anche delle procedure esecutive, relative a opposizioni e pignoramenti presso terzi.   | Avanzamento misura di prevenzione    | 100,00%         |               |
|  | A fini di prevenzione del contenzioso vengono altresì poste in essere attività di consulenza e riunioni per agevolare la composizione degli interessi delle parti con riguardo all'interesse aziendale, in particolare per questioni inerenti le competenze dell'Area Tecnica, l'Area del Personale e l'Area patrimonio. Nell'ottica della diminuzione degli eventi sanitari avversi che producono contenzioso giudiziario e relativi costi, al fine di garantire la trasparenza e la corretta valutazione degli atti istruttori relativi ai sinistri e la congruità delle somme liquidate a titolo risarcitorio ai pazienti danneggiati, la Struttura Legale partecipa al progetto del Risk Management con una valutazione interdisciplinare in fase istruttoria dei sinistri di malpractice con il compito specifico della individuazione e della definizione, in collaborazione con la Direzione sanitaria, delle procedure di riduzione del rischio clinico. | Presenza misura di controllo interno | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                        |   |                  |                                 |
|------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b> | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B2 - CAPITOLATI               |
| <b>Processo</b>        | <u>B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)</u> | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |

|   |  |                                   |                 |               |
|---|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>   | RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.  |                                   |                 |               |
|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|   | La predisposizione della documentazione di gara viene fatta seguendo le norme del vigente Codice dei Contratti.  | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche. | I capitolati tecnici vengono proposti dalla Farmacia (se l'acquisto riguarda farmaci e dispositivi medici), dal Servizio di Ingegneria Clinica (se l'acquisto riguarda attrezzature sanitarie), dal Servizio Informativo Aziendale (se l'acquisto riguarda software e hardware), dai RUP o da consulenti esterni (se l'acquisto riguarda beni non sanitari). Se necessario, prima della pubblicazione del bando di gara, si procede con una consultazione preliminare di mercato al fine di verificare se le caratteristiche tecniche dei prodotti da acquistare sono state definite correttamente e se la base d'asta è stata calcolata correttamente.<br>Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia MEDIO. | Presenza misura pre-informazione  | SI              | SI            |

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B2 - CAPITOLATI               |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione</u>   | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.02 - Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione) |                  |                                 |

|  |  |                                   |                 |               |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|  | I requisiti vengono definiti in relazione al valore dell'appalto e alle specifiche peculiarità dell'oggetto di gara. Possono essere previsti, oltre a quelli di legge, ulteriori requisiti definiti non in maniera astratta ma sempre in relazione al valore dell'appalto e all'oggetto di gara. Altresì è prevista la sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto di gara. Durante l'anno non si sono registrate criticità. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso. | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>290 - Definizione di requisiti proporzionati al valore e all'oggetto della gara |  | Presenza misura di controllo      | SI              | SI            |





**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

| Area di rischio  | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | Sottoarea   | B.B2 - CAPITOLATI                     |                          |  |
|--|---|---|---------------------------------------|--------------------------|--|
| <b>Processo</b>  | <u>B.B2.33.ORG017 - Requisiti di aggiudicazione</u>   | <b>Struttura</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO       |                          |  |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RB.63 - Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito.   |   |                                       |                          |  |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>282 - Aggiudicare l'appalto applicando criteri obiettivi, che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento e che assicurino una valutazione delle offerte in condizioni di effettiva concorrenza | <b>Esito monitoraggio</b><br>Al fine di garantire e sviluppare una concorrenza effettiva tra i vari operatori economici, la stazione appaltante aggiudica gli appalti comparando le diverse offerte e scegliendo la più vantaggiosa sulla base di criteri obiettivi. Nell'elaborazione della strategia di gara vengono sempre garantiti i principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento degli operatori economici. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia Medio. | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione<br>Presenza criteri obiettivi  | <b>Ottenuto</b><br>90,00%<br>SI       | <b>Atteso</b><br>SI      |  |
| <b>Area di rischio</b>   | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b>  | B.B2 - CAPITOLATI                     |                          |  |
| <b>Processo</b>  | <u>B.B2.34.ORG017 - Valutazione delle offerte</u>   | <b>Struttura</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO       |                          |  |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte  |   |                                       |                          |  |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>867 - Formalizzazione e pubblicazione da parte dei funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria              | <b>Esito monitoraggio</b><br>Alle commissioni giudicatrici viene raccomandato il rispetto dei criteri individuati nella documentazione di gara nonché il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di parità di trattamento che favoriscono la concorrenza e la libera partecipazione delle imprese alle procedure di gara. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia MEDIO.  | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione<br>Percentuale acquisizione attestazioni da tutto il personale coinvolto | <b>Ottenuto</b><br>100,00%<br>100,00% | <b>Atteso</b><br>100,00% |  |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>842 - Scelta dei componenti delle commissioni   | <b>Esito monitoraggio</b><br>Quanto all'obbligo di scegliere i commissari tra gli esperti iscritti all'albo istituito presso l'ANAC di cui all'art. 78 del vecchio Codice dei Contratti viene precisato che al momento è confermata e pertanto resta fermo l'obbligo di individuare i commissari secondo regole di competenza e trasparenza, preventivamente individuate secondo il regolamento interno.  | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione<br>Scelta commissari di gara da Albo ANAC                                | <b>Ottenuto</b><br>50,00%             | <b>Atteso</b>            |  |
| <b>Area di rischio</b>   | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b>  | B.B3 - BANDI                          |                          |  |
| <b>Processo</b>  | <u>B.B3.36.ORG017 - Revoca dei bandi</u>  | <b>Struttura</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO       |                          |  |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RB.12 - Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara  |   |                                       |                          |  |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>854 - Controlli interni in caso di revoche di procedure di gara.  | <b>Esito monitoraggio</b><br>In caso di paventato annullamento e/o di revoca della gara si procede con la consultazione del responsabile della Struttura Legale. Nel corso dell'anno si è verificato 1 caso di revoca di una procedura di gara in autotutela i cui atti sono stati prontamente pubblicati sul sito internet istituzionale. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.  | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione<br>Numero procedure revocate   | <b>Ottenuto</b><br>100,00%<br>1,00    | <b>Atteso</b><br>0,00    |  |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B4 - COMMISSIONI              |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara</u>                            | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti. |                  |                                 |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>840 - Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti.   | La trasparenza e la pubblicità delle nomine delle commissioni di aggiudicazione e di eventuali consulenti è garantita attraverso la pubblicazione del provvedimento di nomina sull'albo pretorio dell'Azienda nonché sul portale EmPulia utilizzato per gestione di tutte le procedure di gara che vengono svolte in modo telematico.<br>Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia INTERMEDIO. | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|   |   | Percentuale pubblicazione atti Commissioni                                    | 100,00%         | 100,00%       |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali; | <b>Esito monitoraggio</b><br>Viene sempre richiesto il rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali.   | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|   |   | Percentuale attestazione insussistenza conflitti acquisiti rispetto al totale | 100,00%         | 100,00%       |

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B4 - COMMISSIONI              |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici</u>                                 | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti. |                  |                                 |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>843 - Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari e consulenti, anche prevedendo la rendicontazione periodica al RPC, almeno per contratti di importo rilevante, atti a far emergere l'eventuale frequente ricorrenza dei medesimi nomi | In genere, per quanto possibile e soprattutto per i contratti di importo rilevante, prima di procedere alla nomina della commissione di aggiudicazione vengono esaminati con attenzione i provvedimenti di nomina precedenti per evitare il ripetersi degli stessi nominativi. | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|  |  | Presenza misura di controllo      | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B4 - COMMISSIONI                            |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>                             | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti. |                  |   |

**Misura effettiva specifica obbligatoria**  
 125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni

**Esito monitoraggio**

L'AOU di Foggia con DDG n. 462 del 14.6.2018 ha adottato il Regolamento di disciplina e gestione delle sponsorizzazioni ex art. 19 del D. Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016 e s.m.i., art. 43 della legge n. 449/97, art. 30, comma 8, lett. c) della legge n. 488/99, comma 108, lett. e) della legge 228 del 24 dicembre 2012, che disciplinano le attività di sponsorizzazione da parte di Terzi prefiggendosi lo scopo di indicare gli atti e le condizioni necessarie per assicurare all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, trasparenza ed in osservanza del principio di esclusione di conflitti di interessi tra l'attività pubblica e quella privata in considerazione del fatto che le iniziative di sponsorizzazione devono tendere a favorire l'innovazione dell'organizzazione realizzando una migliore qualità dei servizi istituzionali erogati quali a titolo esemplificativo:

- rendere più confortevole l'ambiente sanitario, attraverso l'ammodernamento degli arredi e degli spazi destinati all'assistenza;
- realizzare progetti di umanizzazione;
- facilitare l'accesso alle strutture sanitarie ed alle prestazioni;
- finanziare corsi di formazione per l'aggiornamento del personale;
- contribuire alla realizzazione di eventi formativi;
- finanziare campagne di comunicazione, prevenzione ed informazione rivolte ai cittadini;
- finanziare l'acquisizione di nuove tecnologie informatiche o di nuove attrezzature sanitarie.

Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.

| Indicatore                            | Ottenuto | Atteso |
|---------------------------------------|----------|--------|
| Adozione Regolamento Sponsorizzazioni | SI       | SI     |
| Avanzamento misura di prevenzione     | 100,00%  |        |

**Misura effettiva specifica ulteriore**  
 849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi

**Esito monitoraggio**

Per ogni progetto sponsorizzato sono acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi come da regolamento interno aziendale. Ad oggi non si registrano criticità.

| Indicatore  | Ottenuto | Atteso  |
|---|----------|---------|
| Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%  |         |
| Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti | 100,00%  | 100,00% |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |   |
|-------------------------------------|--|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b> | B.B4 - COMMISSIONI                            |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>  | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. |                  |   |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                      | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti | Il Regolamento adottato dall'AOU di Foggia sulle sponsorizzazioni prevede già dei limiti di partecipazione alle attività di sponsorizzazione per ciascun dipendente. La struttura, a tal fine, verifica la corretta applicazione delle disposizioni contenute nel regolamento stesso effettuando i controlli opportuni anche attraverso check list dei dipendenti e degli eventi ai quali partecipano. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. | Avanzamento misura di prevenzione      | 100,00%         |               |
|   |   | Misura di controllo tramite check-list | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B5 - REQUISITI                |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.</u> | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.    |                  |                                 |

**Esito monitoraggio**

Approvvigionamento beni e servizi: attività inerenti l'acquisto di apparecchiature sanitarie, arredi, pc e forniture varie. Dette procedure hanno un rischio intrinseco alto ma che con l'utilizzo di apposite piattaforme e procedure indicate anche dall'Anac viene mitigato e pertanto risulta essere medio-basso. Le procedure di gara vengono svolte su piattaforme telematiche (Empulia/Mepa/Consip). La piattaforma Empulia individuata dalla Regione Puglia, consente di invitare tutte le Imprese iscritte alla stessa nelle categorie merceologiche d'interesse e di effettuare tutta la procedura on-line senza nessun rischio di manomissione della documentazione.

- Approvvigionamento farmaci: attività inerenti l'acquisto di farmaci. Dette procedure, per lo più svolte dal soggetto Aggregatore della Regione Puglia, hanno un rischio intrinseco alto ma con l'utilizzo di apposite piattaforme e procedure indicate anche dall'Anac il rischio viene mitigato e pertanto risulta essere medio-basso.

Per le procedure di gara espletate direttamente dall'Azienda, senza l'intervento del Soggetto Aggregatore si fa ricorso alla piattaforma telematica (Empulia) individuata dalla Regione Puglia che consente di invitare tutte le Imprese iscritte alla stessa nelle categorie merceologiche d'interesse e di effettuare tutta la procedura on-line senza nessun rischio di manomissione della documentazione.

- Gestione di sistemi informativi e la fornitura di software: le imprese vengono selezionate mediante apposite procedure dal Codice dei Contratti e le stesse sono soggette al continuo controllo / monitoraggio da parte del personale preposto a tale attività.

Come previsto dal vigente Piano triennale per la prevenzione della corruzione, il personale rimasto in servizio nell'Area non effettua da tempo la formazione necessaria per l'adeguamento alle normative di settore.

Ai fini del rispetto della normativa sulla trasparenza, quest'Area procede a pubblicare tutta la documentazione inerente le procedure di gara sul Portale dell'Azienda nell'apposita Sezione.

Infine, la rotazione del personale fra gli uffici, considerata la carenza dello stesso, viene effettuata quando possibile.

**Indicatore**

Avanzamento misura di prevenzione

Controlli requisiti ex dlgs 36/2023. Controlli antimafia ai sensi dell'art.85 d.lgs. n. 159/11

Percentuale presenza della clausola anti-pantouflage nei bandi e negli atti di gara rispetto al totale delle procedure

**Ottenuto**

70,00%

**Atteso**

SI

100,00%

**Misura effettiva specifica ulteriore**

285 - Attività di controllo di procedimenti, atti, altre informazioni da parte di almeno due dipendenti secondo rotazione casuale



### Stato attuazione misure al 31/12/2023

| Area di rischio   | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | Sottoarea        | B.B6 - CONTRATTI   |                 |               |
|---|---|------------------|--|-----------------|---------------|
| <b>Processo</b>   | <u>B.B6.19.ORG011 - Attestazioni e collaudi</u>   | <b>Struttura</b> | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI                                   |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>   | RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.   |                  |  |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>   |   |                  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 882 - Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione.   |   |                  | Avanzamento misura di prevenzione  | 80,00%          |               |
|   |   |                  | Verifica insussistenza conflitto interessi                               |                 | SI            |
| <b>Area di rischio</b>  | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B6 - CONTRATTI   |                 |               |
| <b>Processo</b>   | <u>16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno</u>   | <b>Struttura</b> | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA   |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>   | RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ   |                  |  |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>   | <b>Esito monitoraggio</b>   |                  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 801 - Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei.   | L'analisi del fabbisogno parte dalle richieste e segnalazioni dei Direttori di Struttura, valutate dalla Struttura d'intesa con la Direzione strategica. Detta procedura viene infine definita attraverso la determina a contrarre che individua la procedura ritenuta più congrua in base ai fabbisogni evidenziati e che rispecchi i criteri di efficienza, efficacia ed economicità.   |                  | Avanzamento misura di prevenzione  | 100,00%         |               |
|   |   |                  | Presenza procedura per rilevazione fabbisogni                            | SI              |               |
| <b>Area di rischio</b>  | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B6 - CONTRATTI   |                 |               |
| <b>Processo</b>   | <u>16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno</u>   | <b>Struttura</b> | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA   |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>   | RB.52 - Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione.   |                  |  |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>   | <b>Esito monitoraggio</b>   |                  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 811 - Formalizzazione dell'avvenuto coinvolgimento delle strutture richiedenti nella fase di programmazione, in modo da assicurare una maggiore trasparenza e tracciabilità dell'avvenuta condivisione delle scelte di approvvigionamento | L'attività ordinaria viene programma nel Piano triennale dei lavori pubblici approvato con apposita deliberazione. Per le attività straordinarie/urgenti si procede attraverso l'analisi del fabbisogno rappresentato dal Direttore della Struttura interessata, dalla valutazione di tipo tecnico della Struttura Gestione Tecnica, dal conferimento dell'incarico per l'attività straordinaria alla ditta che gestisce l'appalto dei lavori, previa autorizzazione della Direzione amministrativa. Per l'anno 2020 è stata effettuata la richiesta di budgeting che individua preliminarmente la disponibilità economica delle voci di spesa da destinare a dette attività. |                  | Avanzamento misura di prevenzione  | 100,00%         |               |
|   |   |                  | Formalizzazione coinvolgimento strutture nella fase della programmazione | SI              |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B6 - CONTRATTI                |
| <b>Processo</b>                     | 16PRO.B.B110.ORG074 - Definizione dei fabbisogni  | <b>Struttura</b> | ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.50 - Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore econ |                  |                                 |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                           | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>801 - Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei. | Le attività di manutenzione è stata assolta in parte con contratti di manutenzione stipulati con le case costruttrici mentre la restante parte è stata eseguita con interventi ad hoc con case costruttrici ovvero previo confronto di offerte. L'AOU di foggia ha adottato nell'anno 2022 apposito regolamento per l'acquisto di apparecchiature che prevede anche una specifica procedura. Laddove si trattava di somme di un certo interesse l'intervento veniva condiviso con la Direzione strategica. Il fabbisogno viene deliberato annualmente sulla base delle richieste interne valutate dal settore di competenza di concerto con la Direzione strategica. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. | Avanzamento misura di prevenzione           | 100,00%         |               |
|  |   | Presenza misura di controllo dei fabbisogni | SI              | SI            |

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B6 - CONTRATTI                |
| <b>Processo</b>                     | 16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi  | <b>Struttura</b> | ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti. |                  |                                 |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>849 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali; | I controlli vengono espletati su tutti i commissari acquisendo dichiarazioni attestanti di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. | Avanzamento misura di prevenzione  | 100,00%         |               |
|   |  | Percentuale acquisizione attestazioni insussistenza conflitti sul totale dei collaudi effettuati | 100,00%         | 100,00%       |





**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B6 - CONTRATTI                |
| <b>Processo</b>                     | <u>16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi</u>   | <b>Struttura</b> | ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.53 - Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza |                  |                                 |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>   |  |   |                 |               |
| 812 - Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione nella nomina del RP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso. | Il rispetto del controllo e dell'assenza di conflitto di interessi viene assicurato dalla contestuale presenza di più soggetti addetti alla conclusione del procedimento (responsabile amministrativo, direttore dei lavori/direttore esecuzione del contratto, coordinatore per la sicurezza, collaudatore e responsabile del procedimento). Il Responsabile del procedimento coincide, per prassi, con il Dirigente responsabile della Struttura il quale in caso di conflitto di interesse delega tale ruolo ad altra figura da egli stesso individuato. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|   |  | Percentuale attestazione insussistenza conflitti del RUP acquisite sul totale delle procedure | 100,00%         | 100,00%       |

|                                     |   |                  |                              |
|-------------------------------------|---|------------------|------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B6 - CONTRATTI             |
| <b>Processo</b>                     | <u>16PRO.B.B4.ORG018 - Nomina componenti di Commissione di gara</u>                     | <b>Struttura</b> | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti. |                  |                              |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>   |   |   |                 |               |
| 850 - Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti, alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'art. 51 c.p.c., e di quanto previsto dall'art. 93 del D.lgs 36/2023 | Nel caso di indizione gara e nomina di commissari di gara si procede alla preliminare acquisizione della dichiarazione da parte dell'interessato dell'assenza di cause di incompatibilità e conflitto di interessi. La nomina dei commissari avviene previa richiesta di disponibilità presso le altre aziende sanitarie regionali di professionalità e competenze con l'oggetto della gara. La formalizzazione della nomina avviene previa condivisione con la Direzione Strategica tramite atto dirigenziale. | Percentuale   | 100,00%         |               |
|   |   | Percentuale dichiarazioni acquisite sul totale delle procedure di gara concluse | 100,00%         |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

| Area di rischio  | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | Sottoarea  | B.B6 - CONTRATTI                  |                 |               |
|--|---|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| Processo   | <u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>  | Struttura  | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA      |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RB.79 - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.   |  |                                   |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>  |                                   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 881 - Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo.   | Per quanto riguarda l'incarico di collaudo a tecnici professionisti di solito viene effettuata una procedura ristretta o aperta. Il controllo avviene attraverso la verifica del possesso dei requisiti richiesti dal bando stesso (iscrizione albo, capacità professionali, ecc..).<br>Per i collaudatori professionisti è prevista la pubblicazione dell'incarico, curricula, compensi, dichiarazioni di assenza conflitto di interessi in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale e l'invio dati a PERLAPA. | Avanzamento misura di prevenzione  |                                   | 100,00%         |               |
|  |   | Percentuale pubblicazioni obbligatorie per professionisti incaricati       |                                   | 100,00%         |               |
| Area di rischio  | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | Sottoarea  | B.B6 - CONTRATTI                  |                 |               |
| Processo   | <u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>  | Struttura  | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA      |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RB.62 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara.   |  |                                   |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>  |   |  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 304 - Utilizzo all'interno dell'Ente di banche dati specifiche per realizzare controlli incrociati, condivisione di informazioni, et similia |   |  | Avanzamento misura di prevenzione | 50,00%          |               |
|  |   |  | Presenza misura di controllo      |                 |               |
| Area di rischio  | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | Sottoarea  | B.B6 - CONTRATTI                  |                 |               |
| Processo   | <u>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</u>  | Struttura  | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA      |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.  |  |                                   |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>  |                                   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 288 - Controlli sui requisiti dell'OE ai sensi del d.lgs 36/2023   | Dopo l'aggiudicazione e prima della stipula del contratto, sono svolti tutti i controlli previsti dal nuovo Codice, Dlgs.36/2023, agli artt.94-95-96-97   | Avanzamento misura di prevenzione  |                                   | 50,00%          |               |
|  |   | Percentuale controlli requisiti secondo norma sul totale degli affidamenti |                                   | 80,00%          | 100,00%       |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                              |
|-------------------------------------|--|------------------|------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b> | B.B6 - CONTRATTI             |
| <b>Processo</b>                     | <u>16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva</u>   | <b>Struttura</b> | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari. |                  |                              |

| Misura effettiva specifica ulteriore   | Esito monitoraggio   | Indicatore                            | Ottenuto | Atteso |
|--|--|---------------------------------------|----------|--------|
| 827 - Direttive/linee guida interne, oggetto di pubblicazione, che disciplinino la procedura da seguire, improntata ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre | Sono adottate procedure interne standardizzate in ossequio alle disposizioni normative in materia. Nell'anno in corso sono state adottate check-list interne di auto-controllo delle procedure degli appalti pubblici, servizi e forniture. Tutti i dati sulle procedure vengono pubblicati sul portale aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente". | Avanzamento misura di prevenzione     | 100,00%  |        |
|  |  | Presenza check-list di auto-controllo | SI       |        |

|                                     |  |                  |                              |
|-------------------------------------|--|------------------|------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b> | B.B6 - CONTRATTI             |
| <b>Processo</b>                     | <u>16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva</u>                 | <b>Struttura</b> | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.09 - Discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte |                  |                              |

| Misura effettiva specifica ulteriore   | Indicatore                          | Ottenuto | Atteso |
|--|-------------------------------------|----------|--------|
| 865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice. | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%  |        |
|  | Utilizzo di check list di controllo | SI       | SI     |

|                                     |   |                  |                                   |
|-------------------------------------|---|------------------|-----------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B6 - CONTRATTI                  |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari</u> | <b>Struttura</b> | ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.15 - Omissione di programmazione degli acquisti  |                  |                                   |

| Misura effettiva specifica ulteriore  | Esito monitoraggio  | Indicatore                        | Ottenuto | Atteso |
|---|---|-----------------------------------|----------|--------|
| 802 - Controllo della Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture. | In applicazione delle previsioni di cui all'art. 21 D. Lgs. n. 50/2016 l'AOU di Foggia adotta il Programma Biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio. Per il biennio in corso è stata adottata la rimodulazione di detto programma con DDG n.242 del 29 ottobre 2021 avente ad oggetto "Adozione programma triennale dei lavori pubblici (anni 2022–2024) e biennale degli acquisti di servizi e forniture (2022–2023). Art. 21 D. Lgs. N. 50/2016 e D. M. Infrastrutture e Trasporti n. 14 del 16/01/2018." | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%  |        |
|   |   | Presenza programmazione           | SI       |        |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|  |   |  |  |                             |
|--|---|--|--|-----------------------------|
| <b>Area di rischio</b>   | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b>   | B.B6 - CONTRATTI                                   |                             |
| <b>Processo</b>  | <u>B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali</u>  | <b>Struttura</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO                    |                             |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RB.04 - Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa  |  |  |                             |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>823 - Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.  | <b>Esito monitoraggio</b><br>Normalmente si ricorre alla pubblicazione di avvisi in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche. Nel corso del semestre sono state pubblicate tutte le indagini di mercato nella sezione avvisi e bandi del sito internet istituzionale.<br>Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia MEDIO. | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione<br><br>Presenza misura di pubblicazione avviso  | <b>Ottenuto</b><br>100,00%<br><br>SI               | <b>Atteso</b><br><br><br>SI |
| <b>Area di rischio</b>   | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b>   | B.B6 - CONTRATTI                                   |                             |
| <b>Processo</b>  | <u>B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali</u>  | <b>Struttura</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO                    |                             |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RB.56 - Elusione delle regole di affidamento degli appalti  |  |  |                             |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>877 - Effettuazione di un report periodico (ad esempio semestrale), da parte dell'ufficio contratti, al fine di rendicontare agli uffici di controllo interno di gestione le procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggiore rilievo | <b>Esito monitoraggio</b><br>Il monitoraggio del II semestre sarà effettuato in coincidenza con la rendicontazione degli obiettivi di struttura.  | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione<br><br>Percentuale massima di proroghe sul totale delle procedure   | <b>Ottenuto</b><br>80,00%                          | <b>Atteso</b>               |
| <b>Area di rischio</b>   | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b>   | B.B6 - CONTRATTI                                   |                             |
| <b>Processo</b>  | <u>B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti</u>  | <b>Struttura</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO                    |                             |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RB.57 - Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione.  |  |  |                             |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.  | <b>Esito monitoraggio</b><br>Gli uffici effettuano regolarmente la verifica dei requisiti di partecipazione e delle dichiarazioni prodotte dalle imprese in sede di gara che precedono la stipula del contratto. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.   | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione<br><br>Percentuale massima di procedure per le quali è pervenuta una sola offerta<br><br>Presenza check-list auto-controllo | <b>Ottenuto</b><br>100,00%<br><br>10,00%<br><br>SI | <b>Atteso</b><br><br><br>SI |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                         |
|-------------------------------------|--|------------------|-------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b> | B.B6 - CONTRATTI        |
| <b>Processo</b>                     | <u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u> | <b>Struttura</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità                  |                  |                         |

| Misura effettiva specifica obbligatoria   | Esito monitoraggio   | Indicatore  | Ottenuto | Atteso |
|---|--|---|----------|--------|
| 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione | L'Ufficio provvede alla richiesta dell'attestazione di insussistenza di conflitto di interessi per ogni conferimento di incarico. Ad oggi non si registrano criticità. | Avanzamento misura di prevenzione                         | 100,00%  |        |
|   |  | Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi | 100,00   | 100,00 |

|                                     |  |                  |                         |
|-------------------------------------|--|------------------|-------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b> | B.B6 - CONTRATTI        |
| <b>Processo</b>                     | <u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u> | <b>Struttura</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.14 - Proposta di nominativo pilotata  |                  |                         |

| Misura effettiva specifica ulteriore  | Esito monitoraggio  | Indicatore                                     | Ottenuto | Atteso  |
|---|---|--|----------|---------|
| 564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione. | L'Ufficio provvede alla pubblicazione e trasmissione periodica delle informazioni, ai sensi del D.Lgs 33/13 e L. 190/12.ù<br>Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere. | Avanzamento misura di prevenzione              | 100,00%  |         |
|   |   | Percentuale pubblicazioni previste dalla norma | 100,00%  | 100,00% |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

| Area di rischio   | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | Sottoarea  | B.B7 - TRASPARENZA                |                       |  |
|---|--|--|-----------------------------------|-----------------------|--|
| Processo  | 16PRO.B.B6.ORG001 - Trasparenza amministrativa e Regolamentazione  | Struttura  | ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA |                       |  |
| Rischio corruttivo effettivo  | RB.17 - Omissione di pubblicazione o di Regolamentazione aziendale   |  |                                   |                       |  |
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>001 - Trasparenza amministrativa ai sensi del DLgs 33/13 e smi                              | <b>Esito monitoraggio</b><br>La trasparenza amministrativa è garantita da controlli periodici del RPCT. Ciascuna Struttura, per competenza, provvede alla pubblicazione dei dati richiesti dal DLgs 33/13 e s.m.i. L'OIV provvede periodicamente all'attestazione degli assolvimenti in materia di trasparenza, rilevando eventuali criticità da sanare.   | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione<br><br>Percentuale pubblicazioni obbligatorie   | <b>Ottenuto</b><br>100,00%        | <b>Atteso</b>         |  |
|   | <b>Esito monitoraggio</b><br>Le attestazioni di incompatibilità e inconfiribilità ai sensi del DLgs 39/13 sono periodicamente acquisite dal Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Sanitario con pubblicazione successiva in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale. Per l'anno 2021 sono state acquisite anche le attestazioni di inconfiribilità e incompatibilità dei dirigenti delle strutture a valenza dipartimentale e complessa dell'area amministrativa, tecnica e professionale. | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione<br><br>Percentuale pubblicazione attestazioni   | <b>Ottenuto</b>                   | <b>Atteso</b>         |  |
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>017 - Attestazioni Incompatibilità e Inconfiribilità  | <b>Esito monitoraggio</b><br>I principali regolamenti adottati tramite deliberazione del Direttore Generale risultano i seguenti:  | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione<br><br>Numero dei Regolamenti aziendali adottati  | <b>Ottenuto</b><br>2,00           | <b>Atteso</b><br>2,00 |  |
|   | - DCS 315 del 21.05.2021 - Regolamento Aziendale Recupero Crediti<br>- DCS 334 del 28.05.2021 - Aggiornamento Regolamento Aziendale delle Azioni di Contrasto al Fumo<br>- DDG 121 del 05.08.2021 - Regolamento di Pubblica Tutela dell'AOU Policlinico di Foggia<br>- DDG 226 del 27.10.2021 - Aggiornamento Regolamento del DICUNT   | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione<br><br>Numero eventi di formazione e sensibilizzazione del personale aziendale in materia di trasparenza e corruzione | <b>Ottenuto</b><br>1,00           | <b>Atteso</b>         |  |
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>029 - Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari | <b>Esito monitoraggio</b><br>Le attività formative destinate al personale aziendale sono programmate annualmente dall'Ufficio competente.  |  |                                   |                       |  |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                                   |
|-------------------------------------|--|------------------|-----------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b> | B.B7 - TRASPARENZA                |
| <b>Processo</b>                     | B.B7.ORG015 - Applicazione del PTPCT   | <b>Struttura</b> | ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. |                  |                                   |

**Misura effettiva specifica ulteriore**  
 288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione

| <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                      | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|-----------------|---------------|
| <p>Relativamente al periodo semestrale in considerazione, questa Direzione attesta quanto segue:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>il comportamento generale dei dipendenti dell'Area è stato improntato al rispetto del codice di comportamento del dipendente pubblico e alle previsioni regolamentari dell'Azienda;</li> <li>non sono stati conferiti incarichi esterni ad eccezione dell'incarico di certificazione del bilancio di esercizio 2022 conferito alla società di revisione E&amp;Y spa con delibera del DG n. 105 del 11/02/2023.</li> <li>specifica attenzione è stata posta nell'istruttoria e nell'emanazione dei provvedimenti finali che afferivano alle attività di rischio (cfr. macroprocessi intitolati alla "attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari", alle "procedure solleciti crediti insoluti", alle "registrazioni contabili"), così come previsto dal Piano in rassegna;</li> <li>è stato effettuato il controllo di regolarità amministrativa e contabile, nella fase preventiva della formazione di ciascun atto, anche endoprocedimentale, di competenza di questa Direzione, così come risultano espletati i controlli successivi, occorsi e/o richiesti dalla Direzione amministrativa, dal Collegio dei Revisori dei Conti, dall'OIV;</li> <li>non si sono verificati conflitti di interesse durante l'attività svolta; inoltre i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa hanno stipulato contratti o che sono stati interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, sono stati improntati al pieno rispetto di quanto previsto dal Piano in parola;</li> <li>si è provveduto a comunicare correttamente con le altre Direzioni e le Strutture dell'Azienda; altresì, risultano pubblicati sul sito aziendale i provvedimenti amministrativi relativi ai servizi facenti capo all'Area scrivente;</li> <li>è stata rispettata la corretta assunzione delle procedure di incasso e di pagamento;</li> <li>solleciti di pagamento sono stati emessi entro i termini civilistici di prescrizione;</li> <li>la gestione della comunicazione e della corrispondenza ha rispettato quanto disposto dal Piano in questione;</li> <li>sono attualmente in corso di definizione le attività necessarie al fine di garantire il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza di cui al D.Lgs. 33/2013. L'Area si è prodigata in modo sollecito in materia di registrazioni di bilancio e di rilevazioni, nella comunicazione con la Regione Puglia, in quella con i fornitori, ai quali è stata offerta assistenza specifica in materia di monitoraggio dello stato dei pagamenti. Altresì, attenzione è stata posta relativamente al</li> </ol> | Applicazione misure previste dal PTPCT | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

ciclo attivo.

Tutto quanto considerato, relativamente al monitoraggio richiesto si attesta la corretta esecuzione dei regolamenti, dei protocolli e dei procedimenti disciplinati dal Piano. Ciò è tanto più vero se si considera che questa Direzione ha provveduto con costanza ad aggiornare, a mezzo di circolari interne, il personale dell'Area in materia di interventi legislativi di settore (a titolo di mero esempio, si considerino le previsioni ultimamente occorse in materia di verifiche ex art. 48 bis DPR 602/1973, all'esenzione di pagamento dei contributi ANAC in caso di indizione gare/procedure di affidamento, alla sospensione dei termini di notifica dei provvedimenti esecutivi, etc.).

Stima rischio finale : MEDIO

Avanzamento misura di prevenzione

100,00%



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                                 |
|-------------------------------------|--|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b> | B.B7 - TRASPARENZA              |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie</u>   | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.69 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari. |                  |                                 |

| Misura effettiva specifica ulteriore  | Esito monitoraggio  | Indicatore                             | Ottenuto | Atteso |
|---|---|--|----------|--------|
| 835 - Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, predefinita e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/ o le informazioni complementari. | Le procedure di gara vengono espletate prevalentemente sul portale telematico EmPulia e quindi è garantita l'accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari. Tutte le informazioni relative alle procedure e ai relativi contratti sono pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale. | Avanzamento misura di prevenzione      | 100,00%  |        |
|   |   | Percentuale pubblicazione atti sul web | 100,00%  |        |

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B7 - TRASPARENZA                            |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</u>                      | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti. |                  |   |

| Misura effettiva specifica obbligatoria   | Esito monitoraggio   | Indicatore   | Ottenuto | Atteso  |
|---|--|--|----------|---------|
| 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione | I componenti del Comitato Etico vengono scelti sulla base dei criteri stabiliti nel Decreto Ministero della Salute del 12 maggio 2006, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 194 del 22.08.06, il quale stabilisce i requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali. Con Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 sono state apportate sostanziali modificazioni all'istituzione, organizzazione e funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali, scelti sulla base di specifiche figure professionali individuate nel citato decreto i cui curricula e la sussistenza dei requisiti vengono effettuati dalla Regione Puglia e, ai fini della trasparenza, validati o meno tramite Delibera di Giunta Regionale. Nel caso della nomina del comitato Etico Area 1 di interesse dell'AOU di Foggia la nomina dei componenti del Comitato Etico è avvenuta con DGR n. 601 del 29/04/2022. Sono regolarmente acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi da ciascun componente del CE. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. | Avanzamento misura di prevenzione                          | 100,00%  |         |
|   |  | Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite | 100,00%  | 100,00% |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B7 - TRASPARENZA                            |
| <b>Processo</b>                     | <u>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</u> | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche                                 |                  |   |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>003 - Codice di Comportamento:<br>Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice | Gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento sono estesi a tutti i collaboratori e consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'AOU di Foggia. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'AOU di Foggia inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice di comportamento.<br>Si è proceduto ad aggiornare il Codice di Comportamento dei dipendenti ed attualmente al vaglio della Direzione Strategica.<br>Ad oggi non si registrano criticità.<br>Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|   |   | Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici | 100,00%         | 100,00%       |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>245 - Intensificazione dei controlli interni   | In conformità al Regolamento generale sulla protezione dei dati, sono stati intensificati i controlli interni attraverso l'espletamento di Privacy Audit presso le strutture aziendali con il supporto di ditta esterna specializzata. I verbali di audit sono sempre controfirmati in modalità congiunta in presenza dei soggetti destinatari delle attività di controllo periodico e notificati alla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa dell'AOU di Foggia. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.   | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|   |   | Numero verbali all'anno in materia di privacy audit   | 100,00          | 100,00        |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                                 |
|-------------------------------------|--|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  | <b>Sottoarea</b> | B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO   |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto</u>   | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.05 - Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni |                  |                                 |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>875 - Controlli interni e pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti. | Gli uffici, al ricevimento beni, procedono alla verifica della corrispondenza tra le quantità riportate nel documento di trasporto e le quantità fisiche ricevute, nonchè dell'integrità dei beni stessi.<br>Altresì sono effettuati i seguenti controlli:<br>- Verifica della conformità dei beni ricevuti, in termini di caratteristiche e quantità, tra documento di trasporto e quanto richiesto nell'ordine di acquisto. Si è invece riscontrata una inadeguata verifica della conformità dei servizi prestati rispetto a quelli oggetti del contratto nonchè del relativo controllo contabile sul contratto.<br>Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo non sia Basso in virtù del fatto che in assenza di formalizzazioni si possa procedere a variazione e incrementi contrattuali di fatto, attesa la liquidazione a pie di lista di quanto fatturato dal fornitore. | Avanzamento misura di prevenzione | 80,00%          |               |
|  |  | Presenza controlli interni        | 25,00%          | 50,00%        |

|                                     |   |                  |                               |
|-------------------------------------|---|------------------|-------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori</u>   | <b>Struttura</b> | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA  |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.70 - Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore |                  |                               |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                                  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>804 - Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze | Il controllo periodico e il monitoraggio dei tempi programmati viene effettuato attraverso sistemi di controllo interno in ordine alle future scadenze contrattuali con riunioni periodiche sullo stato dell'arte. E' auspicabile l'individuazione di una figura interna da dedicare al monitoraggio del rispetto dei tempi programmati che curi anche eventuali informative agli interessati. | Avanzamento misura di prevenzione                  | 100,00%         |               |
|  |  | Monitoraggio periodico dei tempi programmati (SAL) | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   | <b>Sottoarea</b> | B.B9 - ORDINI                   |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni</u>                  | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.76 - Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti. |                  |                                 |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>820 - Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici. | Sono sempre assicurati in collaborazione con le strutture aziendali interessate (Servizio Ingegneria Clinica, Servizio Informativo Aziendale, Area Risorse Finanziarie) iter standardizzati con riguardo alle garanzie a corredo dell'offerta, alla tracciabilità dei pagamenti nonché ai termini di pagamento agli operatori economici. | Avanzamento misura di prevenzione | 80,00%          |               |
|  | Dal 1 gennaio 2023 è stato implementato in Azienda un nuovo sistema Amministrativo-contabile regionale (MOSS) che garantisce ulteriore tracciabilità e trasparenza dei processi contabili. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.                        | Presenza clausole standard        | SI              | SI            |

|                                     |  |                  |                         |
|-------------------------------------|--|------------------|-------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO   | <b>Sottoarea</b> | A.A8 - ECM              |
| <b>Processo</b>                     | <u>A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditemento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)</u> | <b>Struttura</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RC.06 - Abuso della discrezionalità  |                  |                         |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>222 - Regolazione dell'esercizio della discrezionalità? | La Struttura di formazione aziendale, nella qualità di Provider n.52 della Regione Puglia, è abilitata ad accreditare attività formative ECM attraverso la piattaforma AGENAS la quale garantisce affidabilità, integrità e controlli di tipo automatico. Il rischio che il processo possa presentare malfunzionamenti e determinare comportamenti corruttivi e/o di abuso da parte del personale incaricato è basso in quanto il sistema è basato sulla proceduralizzazione delle attività e tracciabilità delle operazioni. | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|  |   | Utilizzo portale Agenas           | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                           |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO | <b>Sottoarea</b> | G.G1 - INCARICHI E NOMINE |
| <b>Processo</b>                     | <u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>  | <b>Struttura</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE   |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità   |                  |                           |

| Misura effettiva specifica obbligatoria   | Esito monitoraggio   | Indicatore  | Ottenuto | Atteso |
|---|--|---|----------|--------|
| 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione | L'Ufficio provvede alla richiesta dell'attestazione di insussistenza di conflitto di interessi per ogni conferimento di incarico. Ad oggi non si registrano criticità. | Avanzamento misura di prevenzione                         | 100,00%  |        |
|   |  | Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi | 100,00   | 100,00 |

|                                     |   |                  |                           |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO | <b>Sottoarea</b> | G.G1 - INCARICHI E NOMINE |
| <b>Processo</b>                     | <u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u>  | <b>Struttura</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE   |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.14 - Proposta di nominativo pilotata   |                  |                           |

| Misura effettiva specifica ulteriore  | Esito monitoraggio  | Indicatore                                     | Ottenuto | Atteso  |
|---|---|--|----------|---------|
| 564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione. | L'Ufficio provvede alla pubblicazione e trasmissione periodica delle informazioni, ai sensi del D.Lgs 33/13 e L. 190/12.ù<br>Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere. | Avanzamento misura di prevenzione              | 100,00%  |         |
|   |   | Percentuale pubblicazioni previste dalla norma | 100,00%  | 100,00% |

|                                     |   |                  |  |
|-------------------------------------|---|------------------|--|
| <b>Area di rischio</b>              | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE                                   | <b>Sottoarea</b> | E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO          |
| <b>Processo</b>                     | <u>E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche</u>           | <b>Struttura</b> | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RE.05 - Effettuare registrazioni e rilevazioni non corrette/non veritiere |                  |  |

| Misura effettiva specifica ulteriore                               | Esito monitoraggio  | Indicatore                         | Ottenuto | Atteso |
|--|---|------------------------------------|----------|--------|
| 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio | E' attiva una procedura di inventariazione informatizzata delle postazioni di lavoro e apparati di rete attraverso un sistema denominato Active Directory integrato con tecnologia Microsoft System Center.<br>Si auspica una procedura di riconciliazione fisico-virtuale al fine di una simmetria informativa coerente tra l'Area del Patrimonio e l'Ufficio SIA.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. | Avanzamento misura di prevenzione  | 100,00%  |        |
|  |   | Presenza misura di inventariazione |          | SI     |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                                   |
|-------------------------------------|--|------------------|-----------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE                | <b>Sottoarea</b> | E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI       |
| <b>Processo</b>                     | 16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili | <b>Struttura</b> | ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RE.05 - Omissione di procedure contabili               |                  |                                   |

**Esito monitoraggio**

Nell'ambito del Percorso Attuativo di Certificabilità, l'AOU di Foggia ha adottato le seguenti principali deliberazioni:

- 1) Deliberazione del Direttore Generale n. 213 del 26 aprile 2019 avente ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità degli enti del SSR - Aggiornamento del modello di rilevazione ministeriale del PAC"
- 2) Deliberazione del Direttore Generale n. 563 del 18 ottobre 2019 avente ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità degli enti del SSR - Aggiornamento del modello di rilevazione ministeriale del PAC- Riprogrammazione attività"
- 3) Deliberazione del Direttore Generale n. 601 del 6 novembre 2019 avente ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità degli enti del SSR - Aggiornamento del modello di rilevazione ministeriale del PAC- Riprogrammazione attività - Integrazione".  
Il Percorso Attuativo della Certificabilità è terminato il 30 settembre 2020 e su richiesta della Sezione Raccordo al Sistema Regionale, Servizio Controlli Agenzie, Organismi e Società partecipate e Certificazione Aziende Sanitarie della Regione Puglia, si è provveduto ad indicare, nel Modello di Rilevazione Ministeriale, l'esito finale dell'intero Percorso.
- 4) con DDG 174 del 25.03.2021 l'AOU ha adottato il "Percorso Attuativo della Certificabilità degli enti del SSR - Modello di Rilevazione Ministeriale del PAC esito finale dell'intero Percorso"

**Indicatore**

Avanzamento misura di prevenzione  
Presenza PAC

**Ottenuto**

SI

**Atteso**

SI

**Misura effettiva specifica ulteriore**  
504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)





### Stato attuazione misure al 31/12/2023

|                                     |  |                  |                                   |
|-------------------------------------|--|------------------|-----------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE  | <b>Sottoarea</b> | E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI       |
| <b>Processo</b>                     | <u>E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento</u>  | <b>Struttura</b> | ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RE.03 - Corresponsioni non dovute per mancanza di tutti gli elementi necessari relativi ai controlli e alla liquidazione, secondo gli assetti organizzativi e le competenze previste |                  |                                   |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>222 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili e Disposizioni di servizio | L'ufficio provvede alla liquidazione delle fatture solo previa liquidazione da parte del centro di spesa competente o provvedimento analogo altresì utilizzando un sistema informatizzato dove i sistemi sono integrati e vincolanti. | Avanzamento misura di prevenzione  | 100,00%         |               |
|  | Sono effettuati controlli d'ufficio relativi alla presenza di presupposti e documentazione necessari ai pagamenti (verifica trimestrale a campione minimo del 1% dei mandati emessi nel trimestre).                                   | Percentuale campione minimo di controlli su mandati emessi nel trimestre | 1,00%           | 1,00%         |
|  | Il personale si attiene al Manuale delle procedure amministrativo-contabili aggiornato e approvato a mezzo di DCS n. 3735/2020.<br>Il rischio è stimato come MEDIO in considerazione delle misure di mitigazione applicate.           | Presenza misura di controllo   | SI              | SI            |

|                                     |  |                  |                                   |
|-------------------------------------|--|------------------|-----------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE  | <b>Sottoarea</b> | E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI       |
| <b>Processo</b>                     | <u>E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento</u>  | <b>Struttura</b> | ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RE.06 - Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente |                  |                                   |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>502 - Verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati | L'ufficio effettua controlli periodici sulle liquidazioni effettuate altresì vincolando i pagamenti in base all'ordine di arrivo delle fatture e delle relative attestazioni di fornitura/esecuzione vincolanti del servizio.  | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|   | Il rischio è stimato come MEDIO in considerazione delle misure di mitigazione applicate, particolarmente legate all'allineamento del personale al manuale delle procedure amministrativo-contabili (aggiornato e approvato a mezzo di DCS n. 3735/2020) e alle disposizioni progressive, tempestivamente comunicate da questa Direzione. | Presenza misura di controllo      | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   | <b>Sottoarea</b> | E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI                   |
| <b>Processo</b>                     | <u>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</u> | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.67 - Omissione dei controlli e delle verifiche                                 |                  |   |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>003 - Codice di Comportamento:<br>Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del Codice | Gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento sono estesi a tutti i collaboratori e consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'AOU di Foggia. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'AOU di Foggia inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice di comportamento.<br>Si è proceduto ad aggiornare il Codice di Comportamento dei dipendenti ed attualmente al vaglio della Direzione Strategica.<br>Ad oggi non si registrano criticità.<br>Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|   |   | Percentuale presenza clausola osservanza Codice di comportamento sul totale dei conferimenti incarici | 100,00%         | 100,00%       |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>245 - Intensificazione dei controlli interni   | In conformità al Regolamento generale sulla protezione dei dati, sono stati intensificati i controlli interni attraverso l'espletamento di Privacy Audit presso le strutture aziendali con il supporto di ditta esterna specializzata. I verbali di audit sono sempre controfirmati in modalità congiunta in presenza dei soggetti destinatari delle attività di controllo periodico e notificati alla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa dell'AOU di Foggia. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.   | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|   |   | Numero verbali all'anno in materia di privacy audit   | 100,00          | 100,00        |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

| Area di rischio   | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   | Sottoarea   | E.E12 - CASSA         |                                 |         |
|---|---|---|-----------------------|---------------------------------|---------|
| Processo  | E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale  |   | Struttura             | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |         |
| Rischio corruttivo effettivo  | RE.05 - Effettuare rilevazioni non corrette/non veritiere   |   |                       |                                 |         |
|   | Esito monitoraggio  | Indicatore  | Ottenuto              | Atteso                          |         |
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br>461 - Controllo di regolarità contabile e Regolamentazione       | Il controllo contabile sui rendiconti della Cassa Economale è operato regolarmente dall'ufficio competente e mensilmente viene adottata determina di approvazione del rendiconto.   | Avanzamento misura di prevenzione                           | 100,00%               |                                 |         |
|   | E' altresì oggetto di controlli da parte del Collegio Sindacale. L'AOU di Foggia ha provveduto ad adottare un Regolamento aziendale sull'utilizzo della Cassa Economale approvata con Deliberazione del Direttore Generale n.225 del 30.06.2016. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere.     | Presenza Regolamento Cassa economale                        | SI                    |                                 | SI      |
| Area di rischio   | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   | Sottoarea   | E.E2 - PROGRAMMAZIONE |                                 |         |
| Processo  | E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare   |   | Struttura             | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA    |         |
| Rischio corruttivo effettivo  | RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte   |   |                       |                                 |         |
|   | Esito monitoraggio  | Indicatore  | Ottenuto              | Atteso                          |         |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio | La gestione dei beni immobili aziendali riguarda la sola manutenzione ordinaria e straordinaria. Non sono contemplate condizioni di acquisto o locazioni di beni immobili di proprietà dell'AOU di Foggia non destinati ad attività sanitarie poiché detta tipologia di beni è stata trasferita interamente alla Regione per effetto del procedimento di cartolarizzazione. | Avanzamento misura di prevenzione                           | 100,00%               |                                 |         |
|   |   | Percentuale pubblicazione dati relativi alla programmazione | 100,00%               |                                 | 100,00% |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   | <b>Sottoarea</b> | E.E3 - MANUTENZIONI             |
| <b>Processo</b>                     | <u>E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma triennale degli acquisti di beni e servizi ai sensi del d.lgs 36/2023</u> | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RE.01 - Assenza di programmazione   |                  |                                 |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>507 - Programmazione e Misure di trasparenza | Con Deliberazione del DD n. 490/2023 è stato aggiornata la programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi 2023-2024, di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i. Seguiranno ulteriori aggiornamenti ai sensi del nuovo Codice dei contratti (d.lgs 36/2023).   | Avanzamento misura di prevenzione                           | 100,00%         |               |
|   | La programmazione è definita in accordo con le altre Strutture competenti dalle quali è rilevato il fabbisogno.<br>La documentazione relativa alla programmazione biennale è sempre disponibile sul sito internet istituzionale, in apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso. | Presenza programmazione triennale con aggiornamenti annuali | SI              | SI            |

|                                     |  |                  |                                 |
|-------------------------------------|--|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE          | <b>Sottoarea</b> | E.E4 - BENI e RISORSE           |
| <b>Processo</b>                     | <u>E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili</u>   | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RE.07 - Omissione inventariazione o irregolarità |                  |                                 |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>504 - Verifiche periodiche ed Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) | L'inventariazione dei beni di consumo è effettuato periodicamente con rendicontazione al 31/12 delle giacenze del magazzino economale. Il processo di inventariazione del bene inizia con la classificazione del bene in famiglie, categorie e classi, successivamente viene affissa al bene l'etichetta identificativa e il bene è consegnato alla struttura destinataria, infine si provvede ad inserire nel Sistema Informativo i dati tecnici, anagrafici ed organizzativi del bene. Il sistema Informativo genera automaticamente la scheda inventariale del bene che contiene i seguenti i seguenti dati economici ed amministrativi. Gli uffici verificano che le donazioni e i comodati d'uso di attrezzature elettromedicali non comportino l'utilizzo di materiale di consumo da acquistare dalle imprese che concedono i beni. Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere. | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|  |  | Presenza misure PAC               | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|  |   |                  |   |                 |               |
|--|---|------------------|---|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>   | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   | <b>Sottoarea</b> | E.E4 - BENI e RISORSE   |                 |               |
| <b>Processo</b>  | <u>16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili</u>  | <b>Struttura</b> | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA                                    |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RE.07 - Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte   |                  |   |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>  | <b>Esito monitoraggio</b>   |                  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 507 - Misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio   | Nella gestione dei beni immobili non si registrano condizioni di acquisto o locazione se non limitati ad attività sanitaria o ad uso pubblico per la sanità. L'inventario degli immobili di proprietà dell'AOU di Foggia viene aggiornato e pubblicato annualmente sul portale MEF e sul portale istituzionale aziendale della Trasparenza. |                  | Avanzamento misura di prevenzione                               | 100,00%         |               |
|  |   |                  | Percentuale pubblicazione informazioni richieste dal dlgs 33/13 | 100,00%         | 100,00%       |
| <b>Area di rischio</b>   | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   | <b>Sottoarea</b> | E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE                                    |                 |               |
| <b>Processo</b>  | <u>A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni</u>   | <b>Struttura</b> | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI          |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RA.12 - Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati   |                  |   |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b>   | <b>Esito monitoraggio</b>   |                  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 002 - Codice di Comportamento: Adozione di un Codice di comportamento che integri e specifichi il Codice adottato dal Governo. | Il Codice di comportamento aziendale è regolarmente applicato e monitorato. Non si rilevano criticità   |                  | Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento             | SI              |               |
|  | <b>Idoneità della misura</b>  |                  | Avanzamento misura di prevenzione                               | 100,00%         |               |
|  | La misura è efficace  |                  |   |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

| Area di rischio   | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE  | Sottoarea   | E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE |                                   |  |
|---|--|---|------------------------------|-----------------------------------|--|
| Processo  | E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance   |   | Struttura                    | ORG005 - SC CONTROLLO DI GESTIONE |  |
| Rischio corruttivo effettivo  | RE.05 - Alterazione degli indicatori di risultato al fine di consentire un'attribuzione indebita dei compensi legati al raggiungimento degli obiettivi   |   |                              |                                   |  |
|   | Esito monitoraggio   | Indicatore  | Ottenuto                     | Atteso                            |  |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>215 - Previsione della presenza di più soggetti e strutture competenti e relazione annuale su criticità eventualmente riscontrate nella gestione dei progetti di performance | La maggior parte degli obiettivi strategici sono determinati dalla Direzione Strategica, mediante approvazione del PIAO, in considerazione degli obiettivi di mandato della Direzione Generale e dagli obiettivi determinati dalla Regione Puglia per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali con particolare attenzione a quelli relativi alla riduzione della spesa dei farmaci e dei dispositivi a seguito dei tetti di spesa assegnati a ciascuna Azienda Sanitaria dalla Regione stessa; in seguito sono assegnati e condivisi in sede di procedura di Budget con i Direttori di Dipartimento e di Struttura; gli obiettivi vengono monitorati e periodicamente, con cadenza trimestrale, si trasmette reportistica alle strutture destinatarie ed ai Direttori di Dipartimento. Inoltre, è monitorata la spesa farmaceutica e dei dispositivi medici nonché lo scostamento dal tetto di spesa assegnato e, con cadenza mensile, il risultato viene trasmesso alle strutture; alla Direzione Strategica detto monitoraggio, oltre a quello dell'andamento della produzione confrontato con gli anni precedenti, è trasmesso mensilmente.<br>Sussiste il criterio della segregazione delle funzioni, nel rispetto del Sistema di Misurazione della Performance adottato dall'Azienda, con il coinvolgimento di vari soggetti e strutture, tra cui in fase finale l'OIV (Organismo indipendente di Valutazione).<br>Si ritiene che il livello di esposizione al rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure di mitigazione del rischio applicate.<br>Nell'ultimo semestre non sono state rilevate segnalazioni di illeciti da parte del personale dipendente o da esterni. | Avanzamento misura di prevenzione                         | 100,00%                      |                                   |  |
|   |  | Presenza attività in forma collegiale                     | SI                           | SI                                |  |
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br>456 - Validazione dell' Organismo di valutazione<br>Pubblicazione su Amministrazione Trasparente della validazione OIV della Relazione sulla performance                   | <b>Esito monitoraggio</b><br>La Relazione alla Performance anno 2022 da parte dell'OIV è stata validata in data 3 agosto 2023 e pubblicata sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparenza- Controlli e rilievi sull'Amministrazione- Organismi Indipendenti di Valutazione, Nuclei di Valutazione o altri Organismi con funzioni analoghe..  | Avanzamento misura di prevenzione                         | 100,00%                      |                                   |  |
|   |  | Pubblicazione validazione OIV sulla relazione Performance | SI                           | SI                                |  |
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br>452 - Informatizzazione dei processi e aggiornamento SMVP  | <b>Esito monitoraggio</b><br>Il nuovo Sistema informativo di Monitoraggio della Spesa del SSR (MOSS), avviato alla fine del mese di gennaio e a regime dal 1 febbraio 2023, è utilizzato da tutto il personale per le attività di competenza dell'ufficio e soprattutto per il monitoraggio della spesa farmaceutica e dispositivi.  | Aggiornamento sistema SMIVAP                              | SI                           | SI                                |  |
|   |  | Avanzamento misura di prevenzione                         |                              |                                   |  |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|   |   |                  |  |                 |               |
|---|---|------------------|--|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>  | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   | <b>Sottoarea</b> | E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA                      |                 |               |
| <b>Processo</b>   | <u>E.E7.77.ORG015 - RegISTRAZIONI contabili</u>   | <b>Struttura</b> | ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO                |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>   | RE.05 - Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere   |                  |  |                 |               |
|   | <b>Esito monitoraggio</b>   |                  | <b>Indicatore</b>                                | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>504 - Implementazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) e Manuale Procedure amministrativo-contabili | L'AOU di Foggia dopo ha avviato il "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN dal 2016 ha ottenuto la certificazione del bilancio di esercizio 2022.<br>Di seguito le misure di controllo attualmente applicate:<br>- Tracciabilità delle registrazioni<br>- Formazione di un archivio digitale per i documenti non fiscali ordinato progressivamente per anno<br>- Controlli periodici della documentazione probatoria.<br>Il Manuale delle procedure amministrativo-contabili è stato aggiornato e approvato a mezzo di DCS n. 3735/2020.<br>Si ritiene che il livello di rischio sia MEDIO. |                  | Avanzamento misura di prevenzione                | 100,00%         |               |
|   |   |                  | Manuale delle procedure amministrativo-contabili | SI              | SI            |

|  |  |                  |                                       |                 |               |
|--|--|------------------|---------------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>   | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE  | <b>Sottoarea</b> | E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA           |                 |               |
| <b>Processo</b>  | <u>E.E7.78.ORG015 - Procedure solleciti crediti insoluti</u>   | <b>Struttura</b> | ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO     |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RE.02 - Discrezionalità nell'effettuazione dei solleciti e del rispetto dei termini per il recupero crediti  |                  |                                       |                 |               |
|  | <b>Esito monitoraggio</b>  |                  | <b>Indicatore</b>                     | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| <b>Misura effettiva trasversale obbligatoria</b><br>381 - Manuale delle procedure amministrativo-contabili | La procedura relativa al sollecito crediti insoluti prevede le seguenti misure di controllo:<br>- Controllo periodico sullo scadenzario<br>- Compilazione ed inoltro di sollecito di pagamento/Interlocazione con il soggetto debitore ed eventuale reperimento di soluzioni che favoriscano il rientro del debito riscontrato (all'occorrenza, rateizzazione. Esempio ne è il debito contratto con quest'Azienda da taluni dipendenti, i quali cessino dal servizio)<br>- Circolarizzazione dei crediti in sede di redazione del bilancio<br>Si ritiene che il livello di rischio sia MEDIO. In considerazione della standardizzazione della filiera procedurale mediante l'applicazione del regolamento aziendale di recupero dei crediti. |                  | Avanzamento misura di prevenzione     | 100,00%         |               |
|  |  |                  | Controllo periodico sullo scadenzario | SI              | SI            |





**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                           |
|-------------------------------------|--|------------------|---------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE                        | <b>Sottoarea</b> | E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI |
| <b>Processo</b>                     | <u>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</u>    | <b>Struttura</b> | ORG016 - SC FARMACIA      |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino |                  |                           |

**Esito monitoraggio**

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

**Idoneità della misura**

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

**Motivazione scostamenti**

La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO.

| Indicatore                            | Ottenuto | Atteso |
|---------------------------------------|----------|--------|
| Avanzamento misura di prevenzione     | 100,00%  |        |
| Percentuale max rettifiche magazzino  | 0,01%    | 0,01%  |
| Presenza sistema informatizzato       | SI       | SI     |
| Verifica mensile inventario magazzino | SI       | SI     |

**Misura effettiva specifica ulteriore**  
660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE                        |
| <b>Processo</b>                     | <u>E.E10.01.ORG012 - Procedimenti amministrativi</u>    | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RF.05 - Omissione monitoraggio tempi procedurali        |                  |   |

|   |   | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|--|-----------------|---------------|
|   |   | Avanzamento misura di prevenzione  | 100,00%         |               |
|   |   | N° Procedimenti Amministrativi Conclusi con Ritardo                                | 0,00            | 0,00          |
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>001 - Mappatura e Monitoraggio procedimenti | <b>Esito monitoraggio</b><br>I procedimenti amministrativi di competenza sono stati regolarmente mappati e pubblicati nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito aziendale entro i termini dettati dalla normativa vigente in materia. | N° Procedimenti Amministrativi Conclusi entro i Termini                            | 100,00          | 100,00        |
|   |   | Percentuale procedimenti amministrativi mappati per competenza                     | 100,00%         | 100,00%       |
|   |   | Publicazione procedimenti in Amministrazione Trasparente (art. 35 del D.Lgs 33/13) | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                                |
|-------------------------------------|--|------------------|--------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO    | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE         |
| <b>Processo</b>                     | <u>F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale</u> | <b>Struttura</b> | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RF.05 - Omissione dei controlli di merito                  |                  |                                |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br>468 - Monitoraggio indicatori | 1. Numero procedure in affidamento diretto esterno (incarichi legali) dal 01/07 al 31/12: 7 (sette)   | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|  | 2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/07 al 31/12: zero   |                                   |                 |               |
|  | 3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): zero   |                                   |                 |               |
|  | 4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate: zero (0)   |                                   |                 |               |
|  | 5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture: zero (0)   |                                   |                 |               |
|  | 6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: n/a |                                   |                 |               |
|  | 7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: zero (0)  |                                   |                 |               |
|  | 8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: zero (0)  |                                   |                 |               |
|  | 9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: NO  |                                   |                 |               |
|  | 10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: SI  |                                   |                 |               |
|  | 11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP): SI  |                                   |                 |               |
|  | 12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: SI   |                                   |                 |               |
|  | 13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: SI  |                                   |                 |               |
|  | 14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: SI  |                                   |                 |               |
|  | 15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: SI   |                                   |                 |               |
|  | 16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: NO   |                                   |                 |               |
|  | 17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: NO  |                                   |                 |               |
|  | 18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI  |                                   |                 |               |
|  | 19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI   |                                   |                 |               |
|  | 20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: SI  |                                   |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|   |  |                  |  |                 |               |
|---|--|------------------|--|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>                        | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO    | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE                 |                 |               |
| <b>Processo</b>                               | <u>F.F1.05.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale</u> | <b>Struttura</b> | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>           | RF.05 - Omissione dei controlli di merito                  |                  |  |                 |               |
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b> |  |                  | <b>Indicatore</b>                      | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 468 - Monitoraggio indicatori                 |  |                  | Avanzamento misura di prevenzione      | 80,00%          |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |   |
|-------------------------------------|--|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO    | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE                        |
| <b>Processo</b>                     | <u>F.F1.05.ORG012 - Monitoraggio periodico trasversale</u> | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RF.05 - Omissione dei controlli di merito                  |                  |   |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br>468 - Monitoraggio indicatori | 1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01 al 31/12:   | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|  | 2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12:   |                                   |                 |               |
|  | 3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): 3 (tre)   |                                   |                 |               |
|  | 4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate:   |                                   |                 |               |
|  | 5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture:   |                                   |                 |               |
|  | 6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: si |                                   |                 |               |
|  | 7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: 100%   |                                   |                 |               |
|  | 8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: si   |                                   |                 |               |
|  | 9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: si   |                                   |                 |               |
|  | 10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: si   |                                   |                 |               |
|  | 11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP): si   |                                   |                 |               |
|  | 12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: si  |                                   |                 |               |
|  | 13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: si   |                                   |                 |               |
|  | 14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: si   |                                   |                 |               |
|  | 15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: si  |                                   |                 |               |
|  | 16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: 29  |                                   |                 |               |
|  | 17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: 29   |                                   |                 |               |
|  | 18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI   |                                   |                 |               |
|  | 19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI  |                                   |                 |               |
|  | 20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: Si   |                                   |                 |               |



### Stato attuazione misure al 31/12/2023

|  |  |                  |  |                            |               |
|--|--|------------------|--|----------------------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>   | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO    | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE                                 |                            |               |
| <b>Processo</b>  | <u>F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale</u> | <b>Struttura</b> | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI |                            |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RF.05 - Omissione dei controlli di merito                  |                  |  |                            |               |
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br>468 - Monitoraggio indicatori |  |                  | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione | <b>Ottenuto</b><br>100,00% | <b>Atteso</b> |
| <b>Area di rischio</b>   | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO    | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE                                 |                            |               |
| <b>Processo</b>  | <u>F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale</u> | <b>Struttura</b> | ORG016 - SC FARMACIA                                   |                            |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RF.05 - Omissione dei controlli di merito                  |                  |  |                            |               |
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br>468 - Monitoraggio indicatori |  |                  | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione | <b>Ottenuto</b><br>100,00% | <b>Atteso</b> |
| <b>Area di rischio</b>   | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO    | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE                                 |                            |               |
| <b>Processo</b>  | <u>F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale</u> | <b>Struttura</b> | ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA                        |                            |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RF.05 - Omissione dei controlli di merito                  |                  |  |                            |               |
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br>468 - Monitoraggio indicatori |  |                  | <b>Indicatore</b><br>Avanzamento misura di prevenzione | <b>Ottenuto</b><br>100,00% | <b>Atteso</b> |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                                 |
|-------------------------------------|--|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO    | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE          |
| <b>Processo</b>                     | <u>F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale</u> | <b>Struttura</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RF.05 - Omissione dei controlli di merito                  |                  |                                 |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br>468 - Monitoraggio indicatori | 1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01 al 31/12:<br>2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12: 1<br>3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): zero (0)<br>4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate: zero (0)<br>5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture: una (1)<br>6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: n/a<br>7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: 2 su 2<br>8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: zero (0)<br>9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: Si, in parte<br>10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: SI<br>11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP): n/a<br>12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: SI<br>13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: n/a<br>14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: SI<br>15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: SI<br>16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: NO<br>17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: NO<br>18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI<br>19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI<br>20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: SI | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |





**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                              |
|-------------------------------------|--|------------------|------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO    | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE       |
| <b>Processo</b>                     | <u>F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale</u> | <b>Struttura</b> | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RF.05 - Omissione dei controlli di merito                  |                  |                              |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br>468 - Monitoraggio indicatori | 1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01 al 31/12: 25<br>2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12:NO<br>3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing): zero (0)<br>4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate: zero (0)<br>5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture: zero (0)<br>6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici: SI<br>7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi: zero (0)<br>8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti: zero (0)<br>9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale: NO<br>10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni: SI<br>11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP):SI<br>12. Pubblicazione atti in Amministrazione Trasparente ai sensi del Dlgs 33/13: SI<br>13. Aggiornamento attestazione inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13: SI<br>14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara: SI<br>15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro: SI<br>16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD: NO<br>17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento: NO<br>18. Rilevazione fabbisogno formativo in materia di etica, legalità e privacy: SI<br>19. Applicazione e monitoraggio misure anticorruptive contenute nel PTPCT: SI<br>20. Applicazione e monitoraggio misure in materia di Privacy: SI | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|   |   |                  |  |                 |               |
|---|---|------------------|--|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>                      | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO   | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE   |                 |               |
| <b>Processo</b>                             | <u>F.F1.92.ORG010 - Sorveglianza sanitaria</u>  | <b>Struttura</b> | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE            |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RF.06 - Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti  |                  |  |                 |               |
|   | <b>Esito monitoraggio</b>   |                  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | <p>Nell'anno 2022 l'attività di monitoraggio, controllo e propositiva nei confronti dell'AOU di Foggia è stata affidata ad una ditta specializzata nel settore della prevenzione e protezione degli ambienti di lavoro e del personale dipendente che effettuava i controlli secondo protocolli standardizzati. E' auspicabile che detta collaborazione venga confermata con un adeguamento dell'organico presente per aumentare i controlli.</p> <p>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.</p> |                  | Avanzamento misura di prevenzione  | 100,00%         |               |
| 214 - Controlli e regolamentazione          |   |                  | Controlli periodici sulle attività espletate da società esterna incaricata | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO     | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE                        |
| <b>Processo</b>                     | <u>116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico</u> | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RF.02 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità        |                  |   |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>531 - Standardizzazione dei processi  | Con DDG n. 354 del 4 maggio 2018, è stato adottato il manuale di gestione del protocollo Informatico, dei flussi documentali e dell'archivio in ottemperanza al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2013 concernente le "Regole tecniche per il protocollo informatico", articolo 3, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, Codice dell'Amministrazione Digitale. Il manuale di gestione, disciplinato dall'art. 5, comma 1 del DPCM descrive il sistema di gestione anche ai fini della conservazione, dei documenti informatici e fornisce le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.  | Aggiornamento manuale di gestione documentale   | SI              | SI            |
|  | Con determinazione del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio n. 2985 del 17 settembre 2019 è stato affidato il servizio di archiviazione, gestione della documentazione sanitaria ed amministrativa alla RTI Prodeo/CNI ed è stato effettuato un'aggiornamento delle procedure interne. In particolare sono state introdotte modifiche migliorative al gestionale in dotazione. Da Ottobre 2020 e poi da Febbraio 2021 è stato adottato il protocollo informatico per la pubblicazione delle Determine e Delibere Aziendali. Pertanto dal 2021 presso l'Azienda la pubblicazione di tutti gli atti avviene in modalità telematica e informatica, secondo i parametri dettati dalla transazione Digitale. E' in atto una fase di modifica della policy aziendale in materia di accesso al Protocollo Informatico con lo sviamento delle connesse responsabilità. | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>004 - Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice |   |   |                 |               |
|  | Il Codice di comportamento è regolarmente applicato, è pubblicato nella sezione dedicata del portale istituzionale ed è reso noto dalla SC Personale a ciascun dipendente al momento dell'assunzione in servizio. Sull'aspetto della corretta applicazione del Protocollo informatico tutta l'organizzazione aziendale e quindi i dipendenti si sono adeguati alle nuove disposizioni in materia ed alle direttive ad esso connesse. Non si segnalano criticità. Attualmente è al vaglio della Direzione Strategica Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti.   | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|  |   | Clausola di osservanza del Codice comportamentale alla sottoscrizione del contratto di assunzione | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|---|-----------------|---------------|
| <p><b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br/>                     029 - Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi</p> | <p>Durante il 2023 è stato organizzato dall'Azienda, per tutti i dipendenti il corso su Anticorruzione e Trasparenza per Policlinico Riuniti Foggia.<br/>                     Il Corso in modalità E-Learning è articolato in 26 moduli formativi, con test finale di apprendimento, dispense didattiche e generazione automatica dell'attestato di partecipazione valido ai fini degli adempimenti formativi di cui alla Legge 190/12.<br/>                     Il Corso ha fornito ai partecipanti gli strumenti operativi più idonei per una corretta gestione dei diversi controlli, per la predisposizione e implementazione delle misure previste dal Piano anticorruzione, anche al fine di valutarne l'impatto pratico-operativo più rilevante nella gestione da parte dell'Amministrazione e cogliere le opportunità che tali novità offrono.</p> | <p>Avanzamento misura di prevenzione</p> <p>Percentuale personale formato in materia di gestione documentale informatizzata</p> | <p>100,00%</p>  |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |   |
|-------------------------------------|--|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO      | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE                        |
| <b>Processo</b>                     | <u>F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale II livello RPCT</u> | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RF.05 - Omissione dei controlli di merito                    |                  |   |

**Misura effettiva specifica obbligatoria**  
001 - MG01 ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA

| Indicatore   | Ottenuto | Atteso |
|--|----------|--------|
| Avanzamento misura di prevenzione  |          |        |
| Percentuale pubblicazioni obbligatorie in amministrazione trasparente sul totale degli adempimenti di tutte le strutture |          |        |
| Percentuali atti pubblicati in formato open - rielaborabile  |          |        |
| Presenza pubblicazioni ulteriori in amministrazione trasparente  |          |        |
| Pubblicazione registro accessi sul sito web  |          |        |

**Misura effettiva specifica obbligatoria**  
005 - MG02 CODICE DI COMPORTAMENTO

| Indicatore   | Ottenuto | Atteso |
|--|----------|--------|
| Avanzamento misura di prevenzione  |          |        |
| Numero di ricorsi/reclami ricevuti da Garante o ANAC                                     |          |        |
| Numero procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti) |          |        |
| Numero procedimenti disciplinari avviati con riferimento ai reati contro la PA           |          |        |
| Numero procedimenti per violazione del Codice di Comportamento (al 31/12)                |          |        |
| Numero ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici               |          |        |
| Presenza casi assenza ingiustificata dei dipendenti                                      |          |        |

**Misura effettiva trasversale ulteriore**

| Indicatore | Ottenuto | Atteso |
|------------|----------|--------|
|------------|----------|--------|

## Stato attuazione misure al 31/12/2023

|  |   |                          |                        |                      |
|--|---|--------------------------|------------------------|----------------------|
| <p>452 - MG03 INFORMATIZZAZIONE<br/>PROCESSI</p>   | <p>Avanzamento misura di prevenzione<br/>Digitalizzazione e informatizzazione<br/>processi aziendali</p>  | <p><b>Indicatore</b></p> | <p><b>Ottenuto</b></p> | <p><b>Atteso</b></p> |
| <p><b>Misura effettiva trasversale obbligatoria</b><br/>382 - MG04 ACCESSO TELEMATICO A<br/>DATI</p>           | <p>Avanzamento misura di prevenzione<br/>Pubblicazione obiettivi di accessibilità<br/>AgID</p>  | <p><b>Indicatore</b></p> | <p><b>Ottenuto</b></p> | <p><b>Atteso</b></p> |
| <p><b>Misura effettiva trasversale obbligatoria</b><br/>383 - MG05 MONITORAGGIO TERMINI<br/>PROCEDIMENTALI</p> | <p>Avanzamento misura di prevenzione<br/>Monitoraggio periodico dei tempi di<br/>conclusione dei procedimenti tramite<br/>rendicontazione semestrale dei<br/>Dirigenti per competenza</p> | <p><b>Indicatore</b></p> | <p><b>Ottenuto</b></p> | <p><b>Atteso</b></p> |
| <p><b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br/>011 - MG06 MONITORAGGIO CONFLITTI<br/>DI INTERESSI</p>   | <p>Avanzamento misura di prevenzione<br/>Rilevazione di effettiva sussistenza di<br/>conflitto di interessi tramite controlli o<br/>su segnalazione</p>                                   | <p><b>Indicatore</b></p> | <p><b>Ottenuto</b></p> | <p><b>Atteso</b></p> |
| <p><b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br/>468 - MG07 FORMAZIONE DECISIONI<br/>DEI PROCEDIMENTI</p>  | <p>Applicazione del principio della<br/>segregazione delle funzioni</p>   | <p><b>Indicatore</b></p> | <p><b>Ottenuto</b></p> | <p><b>Atteso</b></p> |
| <p><b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br/>016 - MG08 INCONFERIBILITA' E<br/>INCOMPATIBILITA'</p>   | <p>Avanzamento misura di prevenzione<br/>Pubblicazione in AT delle attestazioni<br/>su incompatibilità e inconferibilità</p>  | <p><b>Indicatore</b></p> | <p><b>Ottenuto</b></p> | <p><b>Atteso</b></p> |
| <p><b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br/>453 - MG09 INCARICHI EXTRA-<br/>ISTITUZIONALI</p>         | <p>Avanzamento misura di prevenzione<br/>Pubblicazione in AT degli incarichi<br/>autorizzati a dipendenti e<br/>pubblicazione in Anagrafe prestazioni</p>                                 | <p><b>Indicatore</b></p> | <p><b>Ottenuto</b></p> | <p><b>Atteso</b></p> |
| <p><b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b></p>  |   | <p><b>Indicatore</b></p> | <p><b>Ottenuto</b></p> | <p><b>Atteso</b></p> |

## Stato attuazione misure al 31/12/2023

021 - MG10 FORMAZIONE DI  
COMMISSIONI-ASSEGNAZIONI UFFICIO

Acquisizione d'ufficio delle attestazioni  
di insussistenza conflitto interessi da  
parte dei componenti delle  
Commissioni

Avanzamento misura di prevenzione

**Indicatore**

**Ottenuto**

**Atteso**

**Misura effettiva specifica ulteriore**  
532 - MG11 PANTOUFLAGE-REVOLVING  
DOORS

Avanzamento misura di prevenzione

Presenza clausola anti-pantouflage  
nei bandi di gara

Presenza clausola anti-pantouflage  
nei contratti di assunzione

**Indicatore**

**Ottenuto**

**Atteso**

**Misura effettiva specifica obbligatoria**  
024 - MG12 WHISTLEBLOWING

Avanzamento misura di prevenzione

Numero segnalazioni pervenute  
anche tramite l'istituto del  
whistleblowing

**Indicatore**

**Ottenuto**

**Atteso**

**Misura effettiva specifica obbligatoria**  
032 - MG13 PATTI DI INTEGRITA'

Avanzamento misura di prevenzione

Presenza del patto di integrità nei  
bandi di gara ai fini della  
partecipazione

**Indicatore**

**Ottenuto**

**Atteso**

**Misura effettiva specifica obbligatoria**  
029 - MG14 FORMAZIONE DEL  
PERSONALE

Avanzamento misura di prevenzione

Numero di iniziative di formazione e  
sensibilizzazione del personale

**Indicatore**

**Ottenuto**

**Atteso**

**Misura effettiva specifica obbligatoria**  
009 - MG15 ROTAZIONE DEL  
PERSONALE

Applicazione della misura della  
rotazione o misura equivalente  
(segregazioni funzioni) da parte dei  
Dirigenti

Avanzamento misura di prevenzione

Numero rotazioni straordinarie  
applicate al personale

**Indicatore**

**Ottenuto**

**Atteso**

**Misura effettiva specifica obbligatoria**

Avanzamento misura di prevenzione



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

031 - MG16 SENSIBILIZZAZIONE E  
RAPPORTI CON SOCIETA' CIVILE

Numero eventi per sensibilizzazione  
della cittadinanza (giornata della  
trasparenza)

|                                     |  |                  |  |
|-------------------------------------|--|------------------|--|
| <b>Area di rischio</b>              | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI -<br>RISCHIO CLINICO | <b>Sottoarea</b> | F.F1 - RISCHI E MISURE   |
| <b>Processo</b>                     | <u>ORG010.F.F1 - Monitoraggio periodico trasversale</u>    | <b>Struttura</b> | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E<br>PROTEZIONE |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RF.05 - Omissione dei controlli di merito                  |                  |  |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva trasversale obbligatoria</b><br>383 - Monitoraggio indicatori | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero procedure in affidamento diretto dal 01/01 al 31/12:</li> <li>2. Numero procedure revocate in autotutela dal 01/01 al 31/12:</li> <li>3. Numero segnalazioni di illecito pervenute (whistleblowing):</li> <li>4. Numero segnalazioni di illecito archiviate in quanto non pertinenti o non circostanziate:</li> <li>5. Numero commissioni giudicatrici nominate per affidamento lavori, servizi e forniture:</li> <li>6. Presenza attestazioni di assenza condanne per i reati contro la PA e insussistenza conflitto interessi da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici:</li> <li>7. Percentuale incarichi extra-istituzionali autorizzati e pubblicati sul totale degli incarichi:</li> <li>8. Ricezione comunicazioni di astensione per conflitto interesse da parte dei dipendenti:</li> <li>9. Applicazione misura ordinaria della rotazione del personale:</li> <li>10. Applicazione principio della segregazione delle funzioni:</li> <li>11. Pubblicazione dati nelle banche dati di cui all'art. 9 bis (PERLAPA-SICO-BDAP):</li> <li>12. Pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente, ai sensi del Dlgs 33/13:</li> <li>13. Aggiornamento attestazione inconferibilità e incompatibilità ai sensi del Dlgs 39/13:</li> <li>14. Presenza clausola antirevolving door nei bandi di gara:</li> <li>15. Presenza clausola antipantouflage nei contratti di lavoro:</li> <li>16. Attivazione procedimenti disciplinari da parte dell'UPD:</li> <li>17. Presenza violazioni al Codice di Comportamento:</li> <li>18. Riunioni interne annuali sull'applicazione del PTPCT:</li> </ol> | Avanzamento misura di prevenzione |                 |               |





**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |   |
|-------------------------------------|--|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO  | <b>Sottoarea</b> | F.F2 - ASTENSIONI   |
| <b>Processo</b>                     | <u>F.F2.94.ORG010 - Prevenzione e gestione di conflitti (utenza esterna e dipendenti)</u>  | <b>Struttura</b> | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RF.02 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. |                  |   |

|   |  | <b>Indicatore</b>                                   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b>  | <b>Esito monitoraggio</b>  | Avanzamento misura di prevenzione                   | 100,00%         |               |
| 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione | Sussiste l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi già previsto nel Codice di Comportamento aziendale esteso anche a personale esterno. Il livello di rischio è stimato BASSO. | Presenza casi astensione per conflitto di interesse | SI              | SI            |
|   |  | Presenza misura di controllo                        | SI              | SI            |

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO                                     | <b>Sottoarea</b> | F.F3 - SORVEGLIANZA SANITARIA                                   |
| <b>Processo</b>                     | <u>F.F3.96.ORG010 - Gestione cartelle sanitarie e di rischio</u>                            | <b>Struttura</b> | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RF.09 - Omissione misure di riservatezza per cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori |                  |   |

|   |  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>                           | <b>Esito monitoraggio</b>  | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
| 533 - Controlli periodici sull'applicazione delle misure di sicurezza | L'attività di controllo è stata effettuata con procedimento di verbalizzazione al quale è auspicabile sia presente apposita check list. Nel corso dell'anno 2022 non sono state rilevate particolari criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. | Controlli periodici sull'applicazione delle misure di sicurezza fisiche per l'accesso alle cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|   |  |                   |  |                 |               |
|---|--|-------------------|--|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>  | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO  | <b>Sottoarea</b>  | F.F4 - RIFIUTI SPECIALI  |                 |               |
| <b>Processo</b>   | <u>F.F4.99.ORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri</u>   | <b>Struttura</b>  | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA   |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>   | RF.06 - Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti   |                   |  |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione | <b>Esito monitoraggio</b><br>La gestione dei rifiuti ospedalieri è affidata alla Direzione Sanitaria che effettua controlli periodici e a campione sul corretto conferimento dei rifiuti sulla base delle direttive impartite al personale interno dal Direttore Sanitario. Non si sono ravvisate ipotesi di conflitto di interesse e/o criticità. Sono contestuali ai controlli campionari il rinnovo delle informazioni riportate nelle direttive aziendali direttamente al personale operativamente coinvolto. Nel corso dell'anno non sono state rilevate criticità. | <b>Indicatore</b> | Avanzamento misura di prevenzione<br>Numero attestazioni ricevute di conflitto interessi                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>215 - Attività di sorveglianza   | <b>Esito monitoraggio</b><br>La gestione della documentazione sensibile è affidata ad una pluralità di soggetti specificatamente individuati tutti incardinati presso la Direzione Sanitaria.  | <b>Indicatore</b> | Avanzamento misura di prevenzione<br>Monitoraggio e sorveglianza periodica                               | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| <b>Area di rischio</b>  | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO  | <b>Sottoarea</b>  | F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI  |                 |               |
| <b>Processo</b>   | <u>F.F5.101.ORG002 - Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, definizione delle strategie e dei protocolli delle attività di disinfezione disinfestazione e sterilizzazione</u>   | <b>Struttura</b>  | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA   |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>   | RF.05 - Omissione dei controlli di merito e proceduralizzazione  |                   |  |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>532 - Definizione di procedure   | <b>Esito monitoraggio</b><br>Sono attivi strumenti di sorveglianza (rilevazione puntuale e indagine di prevalenza), strumenti di controllo (stesura di procedure, protocolli, implementazione locale di linee guida).  | <b>Indicatore</b> | Avanzamento misura di prevenzione<br>Presenza di nuove tecnologie per monitoraggio sistemi sanificazione | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                           |
|-------------------------------------|--|------------------|---------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | G - INCARICHI E NOMINE   | <b>Sottoarea</b> | G.G1 - INCARICHI E NOMINE |
| <b>Processo</b>                     | <u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u> | <b>Struttura</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE   |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RD.25 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità                  |                  |                           |

| Misura effettiva specifica obbligatoria   | Esito monitoraggio   | Indicatore  | Ottenuto | Atteso |
|---|--|---|----------|--------|
| 011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione | L'Ufficio provvede alla richiesta dell'attestazione di insussistenza di conflitto di interessi per ogni conferimento di incarico. Ad oggi non si registrano criticità. | Avanzamento misura di prevenzione                         | 100,00%  |        |
|   |  | Numero segnalazioni sussistenza di conflitto di interessi | 100,00   | 100,00 |

|                                     |  |                  |                           |
|-------------------------------------|--|------------------|---------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | G - INCARICHI E NOMINE   | <b>Sottoarea</b> | G.G1 - INCARICHI E NOMINE |
| <b>Processo</b>                     | <u>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</u> | <b>Struttura</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE   |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.14 - Proposta di nominativo pilotata  |                  |                           |

| Misura effettiva specifica ulteriore  | Esito monitoraggio  | Indicatore                                     | Ottenuto | Atteso  |
|---|---|--|----------|---------|
| 564 - Garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione. | L'Ufficio provvede alla pubblicazione e trasmissione periodica delle informazioni, ai sensi del D.Lgs 33/13 e L. 190/12.ù<br>Si ritiene che in questa fase il livello di rischio corruttivo sia basso in virtù delle misure di controllo in essere. | Avanzamento misura di prevenzione              | 100,00%  |         |
|   |   | Percentuale pubblicazioni previste dalla norma | 100,00%  | 100,00% |

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO   | <b>Sottoarea</b> | H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI                 |
| <b>Processo</b>                     | <u>H.H1.108.ORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione</u> | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente |                  |   |

| Misura effettiva specifica obbligatoria          | Esito monitoraggio   | Indicatore   | Ottenuto | Atteso |
|--|--|--|----------|--------|
| 002 - Regolamentazione e Codice di Comportamento | I Processi sono gestiti con il nuovo regolamento dei Sinistri adottato DCS n. 314 del 06.07.2022 e rettificato con DCS n. 353 del 28.07.2022. I sinistri sono decisi in sede di Comitato Valutazione Sinistri, organismo istituito ad hoc con specifiche professionalità, che si esprimono sulle richieste risarcitorie in modo collegiale sulla base dell'istruttoria interna effettuata.<br>Il codice di comportamento, adottato con deliberazione n. 397 del 8 luglio 2020, avente ad oggetto: "Adozione del Codice di Comportamento Aziendale ai sensi dell'art. 54 D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.", risulta pubblicato sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione dell'amministrazione trasparente. Il monitoraggio del Codice è regolarmente effettuato.<br>Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti.<br>Giova sottolineare che il Nuovo Regolamento individua la SC Burocratico Legale per la gestione completa dei procedimenti. | Applicazione Regolamento e Codice di Comportamento | SI       | SI     |
|  |  | Avanzamento misura di prevenzione                  | 100,00%  |        |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO                               | <b>Sottoarea</b> | H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI              |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u> | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.10 - Omissioni pubblicazioni                               |                  |   |

| Misura effettiva specifica ulteriore  | Esito monitoraggio  | Indicatore                        | Ottenuto | Atteso  |
|---|---|-----------------------------------|----------|---------|
| 809 - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC. | Tutti gli atti riguardanti le convenzioni e contratti assicurativi sono resi pubblici. Non sono state rilevate criticità nel corso dell'anno. Con riferimento all'utilizzo del marchio aziendale e concessione del patrocinio dell'AOU di Foggia, è stato adottato specifico Regolamento giusta deliberazione del Direttore Generale n. 545 del 10/10/19. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti. | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%  |         |
|   |   | Percentuale pubblicazioni dati    | 100,00%  | 100,00% |

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO   | <b>Sottoarea</b> | H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI              |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</u>                   | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RH.02 - Determinazione di condizioni per la creazione di contenzioso per l'ente |                  |   |

| Misura effettiva specifica ulteriore                       | Esito monitoraggio  | Indicatore                        | Ottenuto | Atteso |
|--|---|-----------------------------------|----------|--------|
| 285 - Adozione Regolamento e attività di controllo interno | Tutti gli iter procedurali sono gestiti secondo il principio di segregazione di funzione. Altresì è stato adottato uno specifico regolamento con riferimento al procedimento di gestione interna dei sinistri ed individuazione di percorsi e dei soggetti coinvolti nell'iter istruttorio. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo in tale processo sia BASSO in virtù delle misure esistenti. | Adozione Regolamento interno      | SI       | SI     |
|  |   | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%  |        |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                                  |
|-------------------------------------|--|------------------|----------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO  | <b>Sottoarea</b> | H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI |
| <b>Processo</b>                     | <u>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</u> | <b>Struttura</b> | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE   |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati  |                  |                                  |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                    | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|--------------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>288 - Controlli interni su procedimenti, atti, documentazione | La Struttura Legale svolge attività inerente sia alla prevenzione delle controversie attraverso i pareri legali, sia alla gestione diretta e indiretta del contenzioso con i dipendenti in materia lavoristica nonché in materia di appalti e di responsabilità per colpa medica. Si occupa inoltre anche delle procedure esecutive, relative a opposizioni e pignoramenti presso terzi. A fini di prevenzione del contenzioso vengono altresì poste in essere attività di consulenza e riunioni per agevolare la composizione degli interessi delle parti con riguardo all'interesse aziendale, in particolare per questioni inerenti le competenze dell'Area Tecnica, l'Area del Personale e l'Area patrimonio. Nell'ottica della diminuzione degli eventi sanitari avversi che producono contenzioso giudiziario e relativi costi, al fine di garantire la trasparenza e la corretta valutazione degli atti istruttori relativi ai sinistri e la congruità delle somme liquidate a titolo risarcitorio ai pazienti danneggiati, la Struttura Legale partecipa al progetto del Risk Management con una valutazione interdisciplinare in fase istruttoria dei sinistri di malpractice con il compito specifico della individuazione e della definizione, in collaborazione con la Direzione sanitaria, delle procedure di riduzione del rischio clinico. | Avanzamento misura di prevenzione    | 100,00%         |               |
|  |   | Presenza misura di controllo interno | SI              | SI            |

|                                     |  |                  |   |
|-------------------------------------|--|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO                      | <b>Sottoarea</b> | H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI              |
| <b>Processo</b>                     | <u>H.H2.111.ORG012 - Gestione risarcimento danni</u> | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RH.04 - Risarcimenti concordati e sovradimensionati  |                  |   |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>214 - Controlli e trasparenza | L'attività di risarcimento danni in autoassicurazione è gestita dalla Struttura con il supporto del Broker assicurativo e tutte le attività decisorie in merito al quantum debeatur e all'an sono decise in sede di Comitato valutazione Sinistri, in ossequio al principio della segregazione di funzioni. Tutti gli atti di transazione deliberati dal CVS vengono adottati con delibera per esigenze di trasparenza e, quelli, di importo superiore ai 5.000,00 euro vengono notificati alla Corte dei Conti. Sono stati regolarmente pubblicati, sotto forma aggregata, tutti i dati relativi ai risarcimenti relativi all'ultimo quinquennio ai sensi dell'art. 4 della legge n. 24 del 2017. Non sono state rilevate criticità nell'anno in corso. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. Questa fase da luglio 2022 è stata affidata alla SC Burocratico Legale . | Avanzamento misura di prevenzione                                    | 100,00%         |               |
|  |   | Monitoraggio e verifica efficacia regolamentazione aziendale         | SI              | SI            |
|  |   | Percentuale pubblicazione dati risarcimenti ultimi 5 anni            | 100,00%         | 100,00%       |
|  |   | Verifiche interne congruenza importi richiesti con importi liquidati | SI              | SI            |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|  |  |                  |  |                 |               |
|--|--|------------------|--|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>   | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO                | <b>Sottoarea</b> | H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI       |                 |               |
| <b>Processo</b>  | <u>H.H2.112.ORG006 - Recupero crediti</u>      | <b>Struttura</b> | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE         |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>  | RH.05 - Crediti non recuperati per favoritismi |                  |  |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>  |  |                  | <b>Indicatore</b>                      | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
| 214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale |  |                  | Avanzamento misura di prevenzione      |                 |               |
|  |  |                  | Percentuale controlli recupero crediti |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                  |
|-------------------------------------|---|------------------|----------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO   | <b>Sottoarea</b> | H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI |
| <b>Processo</b>                     | H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali   | <b>Struttura</b> | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE   |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RH.02 - Rispetto delle Linee guida ANAC n. 12 Affidamento dei servizi legali - delibera ANAC n. 907 del 24 ottobre 2018 |                  |                                  |

**Esito monitoraggio**

Il rispetto dell'applicazione delle Linee Guida dell'A.N.A.C. inerente l'affidamento degli incarichi legali è garantito dalla applicazione del Regolamento per la gestione del contenzioso e degli incarichi legali approvato con Delibera del Direttore Generale.  
 Il regolamento si applica agli incarichi legali conferiti per la difesa e la rappresentanza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Riuniti di Foggia in cause civili, penali, amministrative, contabili e tributarie.

**Indicatore**

Avanzamento misura di prevenzione

**Ottenuto**

100,00%

**Atteso**

**Idoneità della misura**

Fermo restando gli obiettivi specifici della Struttura Burocratico Legale che consistono nelle attività di rappresentanza della Amministrazione sia in sede giurisdizionale che in sede stragiudiziale, si relaziona quanto segue:

Per quanto attiene le attività espletate nella Struttura Burocratico Legale i macro-processi organizzativi attualmente in essere sono i seguenti:  
 a) Gestione diretta del contenzioso dell'Azienda mediante avvocatura interna;  
 b) Gestione indiretta del contenzioso dell'Azienda mediante legale esterno incaricato;  
 c) Proposte di eventuali atti di definizione transattiva dei contenziosi;  
 d) Attività in sede di conciliazione per le controversie di lavoro;  
 e) Partecipazione al Comitato Valutazione Sinistri aziendale e attività connesse;  
 f) Consulenza legale giudiziale e stragiudiziale a favore della Direzione Strategica e alle Strutture aziendali;  
 g) Attività di recupero crediti aziendali;  
 h) Liquidazione spese legali conseguenti a provvedimenti giudiziari o adottati;  
 i) Predisposizione regolamenti per l'attività legale (gestione contenzioso, patrocinio legale, ecc.);  
 j) Gestione dei flussi informativi stragiudiziali e giudiziari e delle comunicazioni di competenza.

Per quanto attiene all'obiettivo relativo alla prevenzione del rischio di corruzione e azioni per prevenzione e contrasto all'illegalità:  
 a) sono stati predisposti e sono in uso a regime il "Regolamento per la gestione del contenzioso e degli incarichi legali esterni", il "Regolamento sul patrocinio legale";  
 b) è garantita, la totale pubblicazione degli atti deliberativi e determinativi, sul sito istituzionale nella sezione "Albo Pretorio" al fine di garantire la completa

**Misura effettiva specifica ulteriore**  
 214 - Regolamentazione



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

accessibilità delle informazioni nel rispetto delle regole in materia di privacy;  
 c) non si registrano casi di rilievo penale e per fattispecie di illegalità legate  
 all'ambito della prevenzione della corruzione.

Presenza regolamento

SI

SI

**Motivazione scostamenti**

Viene rispettato il regolamento





**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

| Area di rischio   | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | Sottoarea | I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE |   |          |        |
|---|---|-----------|---------------------------------------|---|----------|--------|
| Processo  | I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI   | Struttura | ORG003 - SSD CUP E ALPI               |   |          |        |
| Rischio corruttivo effettivo  | RI.06 - Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale   |           |                                       |   |          |        |
|   |   |           |                                       | Indicatore  | Ottenuto | Atteso |
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>002 - Codice di Comportamento e controlli ALPI  | <b>Esito monitoraggio</b><br>E' regolarmente applicato il Codice di comportamento aziendale. Ad oggi non si rilevano criticità.<br>Il livello di rischio è stimato BASSO.   |           |                                       | Applicazione e monitoraggio Codice di comportamento   | SI       | SI     |
|   |   |           |                                       | Verifiche incrociate dei dati relativi alla timbratura causalizzata come libera professione e gli orari delle prenotazioni libero professionali | SI       | SI     |
| Area di rischio   | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | Sottoarea | I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE |   |          |        |
| Processo  | I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI   | Struttura | ORG003 - SSD CUP E ALPI               |   |          |        |
| Rischio corruttivo effettivo  | RI.11 - Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale  |           |                                       |   |          |        |
|   |   |           |                                       | Indicatore  | Ottenuto | Atteso |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>607 - Adozione di un sistema informatizzato dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione | <b>Esito monitoraggio</b><br>La Struttura Gestione CUP e Libera professione si occupa della gestione dell'attività libero professionale intramoenia della Dirigenza Medica, curandone gli aspetti amministrativi dell'iter autorizzativo e la relativa attività di fatturazione.<br>In ottemperanza alla Legge n°120/2007 e s.m.i. la Struttura ha attivato tutte le procedure amministrative e informatiche finalizzate alla prenotazione e pagamento centralizzato delle prestazioni rese in ALPI. Inoltre, in coerenza con l'intervenuta Legge Balduzzi, è assicurata la tracciabilità dei pagamenti in libera professione anche dei dirigenti medici che svolgono tale attività nella cd modalità allargata. Per tale ultima modalità ed in ottemperanza all'ultima Legge sopra citata si è provveduto a stipulare i contratti di convenzione tra l'Azienda ed i singoli professionisti che, in via residuale, continuano a svolgere l'ALPI presso il proprio studio privato. Si evidenzia che in ottemperanza alla nuove Linee Guida regionali in materia di Libera Professione la scrivente ha predisposto il nuovo regolamento aziendale sull'ALPI e le relative tariffe che è stato adottato con delibera n° 492 del 9/10/2017.<br>Il livello di rischio è stimato MEDIO-BASSO. |           |                                       | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%  |        |
|   |   |           |                                       | Presenza informatizzazione della prenotazione   | SI       | SI     |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                       |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                                 | <b>Sottoarea</b> | I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE |
| <b>Processo</b>                     | <u>I.I1.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia</u>                        | <b>Struttura</b> | ORG003 - SSD CUP E ALPI               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RI.05 - Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata |                  |                                       |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                              | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>601 - Negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali | La Struttura Gestione CUP e Libera professione si occupa della gestione dell'attività libero professionale intramoenia della Dirigenza Medica, curandone gli aspetti amministrativi dell'iter autorizzativo e la relativa attività di fatturazione.   | Avanzamento misura di prevenzione              | 100,00%         |               |
|  | In ottemperanza alla Legge n°120/2007 e s.m.i. la Struttura ha attivato tutte le procedure amministrative e informatiche finalizzate alla prenotazione e pagamento centralizzato delle prestazioni rese in ALPI. Inoltre, in coerenza con l'intervenuta Legge Balduzzi, è assicurata la tracciabilità dei pagamenti in libera professione anche dei dirigenti medici che svolgono tale attività nella cd modalità allargata. Per tale ultima modalità ed in ottemperanza all'ultima Legge sopra citata si è provveduto a stipulare i contratti di convenzione tra l'Azienda ed i singoli professionisti che, in via residuale, continuano a svolgere l'ALPI presso il proprio studio privato. Si evidenzia che in ottemperanza alla nuove Linee Guida regionali in materia di Libera Professione la scrivente ha predisposto il nuovo regolamento aziendale sull'ALPI e le relative tariffe che è stato adottato con delibera n° 492 del 9/10/2017.<br>Il livello di rischio è stimato MEDIO. | Percentuale controlli sui volumi attività ALPI | 100,00%         | 100,00%       |

|                                     |   |                  |                                       |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA               | <b>Sottoarea</b> | I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE |
| <b>Processo</b>                     | <u>I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi</u> | <b>Struttura</b> | ORG003 - SSD CUP E ALPI               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RI.08 - Ciclo informatizzato attivo e passivo                     |                  |                                       |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia | Rientra nelle attività della struttura tutta la fatturazione attiva per conto dell'Azienda riguardante i proventi di tutte le attività aziendali sanitarie e non.  | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|  | In ottemperanza al D.M. n°55 del 3/4/2013 inerente l'obbligo della fatturazione elettronica nei confronti delle Pubbliche Amministrazioni, la scrivente struttura utilizza a pieno regime il software DigitGo fornito dalla Ditta GPI.<br>Il suddetto software viene utilizzato anche per la liquidazione delle fatture di competenza della Struttura nonché quelle rivenienti da prestazioni sanitarie richieste dall'Azienda ad altre strutture. | Percentuale controlli effettuati  | 100,00%         |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                       |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA               | <b>Sottoarea</b> | I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE |
| <b>Processo</b>                     | <u>I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi</u> | <b>Struttura</b> | ORG003 - SSD CUP E ALPI               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RI.01 - Omissione debiti informativi regionali e nazionali        |                  |                                       |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                    | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|--------------------------------------|-----------------|---------------|
|   | FLUSSI INFORMATIVI   | Avanzamento misura di prevenzione    | 100,00%         |               |
|   | Con delibera n° 295 del 12/11/2012 la Struttura è stata incaricata delle attività previste dal Piano per la Sanità elettronica della Regione Puglia con funzioni generali di coordinamento, di controllo dei flussi sanitari aziendali, individuando la scrivente quale referente aziendale delle suddette attività. Nel 2015 la scrivente è stata riconfermata dall'allora Direttore Generale quale Coordinatore unico aziendale per i debiti informativi con il compito di verificare che i referenti aziendali assolvano con puntualità all'invio alla Regione Puglia dei relativi flussi e di predisporre l'attestazione di adempimento da inviare, nei termini stabiliti, al Servizio Sistemi Informativi della Regione Puglia. La Struttura si occupa direttamente dell'invio alla Regione Puglia dei flussi della specialistica ambulatoriale e del monitoraggio dei tempi di attesa dell'attività ambulatoriale istituzionale ed in libera professione, assicurando puntualmente l'adempimento. Inoltre, così come previsto dalla legge n°326/2003, continua a garantire l'invio dei flussi informativi al MEF per la specialistica ambulatoriale, risultando tra le Aziende più assidue nel soddisfare i debiti informativi nei confronti del MEF. L'attività dell'invio dei flussi informativi comporta la trasmissione dei relativi file secondo uno scadenziario specifico e la correzione dei dati di ritorno per il rinvio secondo la normativa regionale e nazionale. | Percentuale prenotazione tramite CUP | 100,00%         |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 600 - Controlli flussi informativi necessari allo svolgimento dell'ALPI (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rete)   |                                      |                 |               |

|                                     |   |                  |                              |
|-------------------------------------|---|------------------|------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                     | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP     |
| <b>Processo</b>                     | <u>B.B7.77.ORG066 - Prestazioni sanitarie</u>                           | <b>Struttura</b> | ORG066 - NEUROFISIOPATOLOGIA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni |                  |                              |

|   |   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 604 - Obbligo di prenotazione delle prestazioni attraverso il CUP aziendale |                                   |                 |               |
|   |   | Avanzamento misura di prevenzione |                 |               |
|   |   | Presenza procedure interne        |                 |               |

## Stato attuazione misure al 31/12/2023

|   |  |                  |   |  |                               |
|---|--|------------------|---|--|-------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA  | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP                                    |  |                               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.I2.077.ORG027 - Prestazioni sanitarie</u>   | <b>Struttura</b> | ORG027 - CHIRURGIA PEDIATRICA D.O.                          |  |                               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni  |                  |   |  |                               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraaziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravita? della patologia |                  |   | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> <b>Atteso</b> |
|   |  |                  |   | Avanzamento misura di prevenzione                            |                               |
|   |  |                  |   | Obbligo prenotazione tramite CUP aziendale                   |                               |
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA  | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP                                    |  |                               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.I2.111.ORG081 - Prestazioni sanitarie</u>   | <b>Struttura</b> | ORG081 - SC Mar Universitaria                               |  |                               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni  |                  |   |  |                               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale  |                  |   | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> <b>Atteso</b> |
|   |  |                  |   | Avanzamento misura di prevenzione                            |                               |
|   |  |                  |   | Presenza controlli interni                                   |                               |
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA  | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP                                    |  |                               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.I2.122.ORG031 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>  | <b>Struttura</b> | ORG031 - GASTROENTEROLOGIA D.O.                             |  |                               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni  |                  |   |  |                               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale  |                  |   | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> <b>Atteso</b> |
|   |  |                  |   | Avanzamento misura di prevenzione                            |                               |
|   |  |                  |   | Prenotazione prestazioni primo livello tramite CUP Aziendale |                               |
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA  | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP                                    |  |                               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.I2.143.ORG080 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>  | <b>Struttura</b> | ORG080 - SC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza |  |                               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni  |                  |   |  |                               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 604 - Procedure e regolamentazione   |                  |   | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> <b>Atteso</b> |
|   |  |                  |   | Avanzamento misura di prevenzione                            |                               |
|   |  |                  |   | Presenza controlli interni                                   |                               |



## Stato attuazione misure al 31/12/2023

|   |   |                  |                                     |                                   |                               |
|---|---|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP            |                                   |                               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.I2.154.ORG079 - Prestazioni sanitarie e gestione magazzino</u>   | <b>Struttura</b> | ORG079 - SSD DIAGNOSTICA SENOLOGICA |                                   |                               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni   |                  |                                     |                                   |                               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 604 - Procedure e regolamentazione  |                  |                                     | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> <b>Atteso</b> |
|   |   |                  |                                     | Avanzamento misura di prevenzione |                               |
|   |   |                  |                                     | Controlli interni periodici       |                               |
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP            |                                   |                               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.I2.33.ORG056 - Prestazioni sanitarie</u>   | <b>Struttura</b> | ORG056 - REUMATOLOGIA OSPEDALIERA   |                                   |                               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.02 - Poca trasparenza e favoritismi  |                  |                                     |                                   |                               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia |                  |                                     | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> <b>Atteso</b> |
|   |   |                  |                                     | Avanzamento misura di prevenzione |                               |
|   |   |                  |                                     | Presenza di controlli interni     |                               |
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP            |                                   |                               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.I2.44.ORG022 - Prestazioni radiologiche</u>  | <b>Struttura</b> | ORG022 - RADIOLOGIA D'URGENZA       |                                   |                               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni   |                  |                                     |                                   |                               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia |                  |                                     | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> <b>Atteso</b> |
|   |   |                  |                                     | Avanzamento misura di prevenzione |                               |
|   |   |                  |                                     | Presenza controlli interni        |                               |
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP            |                                   |                               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.I2.49.ORG076 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>  | <b>Struttura</b> | ORG076 - PEDIATRIA UNIVERSITARIA    |                                   |                               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.02 - Favoritismi e collusione  |                  |                                     |                                   |                               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia |                  |                                     | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> <b>Atteso</b> |
|   |   |                  |                                     | Avanzamento misura di prevenzione |                               |
|   |   |                  |                                     | Presenza controlli interni        |                               |



### Stato attuazione misure al 31/12/2023

| Area di rischio                               | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | Sottoarea        | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP  |                                     |                 |               |
|---|---|------------------|---|-------------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Processo</b>                               | <u>I.I2.55.ORG075 - Attività diagnostico-assistenziale</u>  | <b>Struttura</b> | ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE                           |                                     |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>           | RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa  |                  |   |                                     |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>   | 604 - Gestione collegiale liste di attesa   |                  |   | <b>Indicatore</b>                   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|   |   |                  |   | Avanzamento misura di prevenzione   |                 |               |
|   |   |                  |   | Presenza prenotazione tramite CUP   |                 |               |
| <b>Area di rischio</b>                        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP  |                                     |                 |               |
| <b>Processo</b>                               | <u>I.I2.62.ORG023 - Prestazioni sanitarie</u>   | <b>Struttura</b> | ORG023 - MEDICINA NUCLEARE U.O.C.                                       |                                     |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>           | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e favoritismi   |                  |   |                                     |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>   | 214 - Affidamento dei controlli e supervisione del Dirigente Medico   |                  |   | <b>Indicatore</b>                   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|   |   |                  |   | Avanzamento misura di prevenzione   |                 |               |
|   |   |                  |   | Supervisione del Dirigente Medico   |                 |               |
| <b>Area di rischio</b>                        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP  |                                     |                 |               |
| <b>Processo</b>                               | <u>I.I2.67.ORG078 - Prestazioni sanitarie e ALPI</u>  | <b>Struttura</b> | ORG078 - S.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA A DIREZIONE UNIVERSITARIA |                                     |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>           | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e favoritismi   |                  |   |                                     |                 |               |
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b> | 452 - Informatizzazione dei processi; questa consente per tutte le attività dell'amministrazione la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase. |                  |   | <b>Indicatore</b>                   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|   |   |                  |   | Avanzamento misura di prevenzione   |                 |               |
|   |   |                  |   | Presenza informatizzazione processi |                 |               |



### Stato attuazione misure al 31/12/2023

|   |   |                  |  |  |                               |
|---|---|------------------|--|--|-------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP               |  |                               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.I2.78.ORG055 - Prestazioni sanitarie e diagnostica strumentale</u>   | <b>Struttura</b> | ORG055 - Stroke Unit e NEUROSONOLOGIA  |  |                               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.09 - Trattamento piu' favorevole dei pazienti trattati in libera professione   |                  |  |  |                               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche  |                  |  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> <b>Atteso</b> |
|   |   |                  |  | Avanzamento misura di prevenzione                            |                               |
|   |   |                  |  | Presenza procedure per controlli interni                     |                               |
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP               |  |                               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.I2.79.ORG082 - Attività diagnostico-assistenziale</u>  | <b>Struttura</b> | ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA |  |                               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni   |                  |  |  |                               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale   |                  |  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> <b>Atteso</b> |
|   |   |                  |  | Avanzamento misura di prevenzione                            |                               |
|   |   |                  |  | Prenotazione prestazioni ambulatoriali tramite CUP aziendale |                               |
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP               |  |                               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.I2.87.ORG077 - Prestazioni sanitarie e formazione</u>  | <b>Struttura</b> | ORG077 - SC OSPEDALIERA NEUROLOGIA     |  |                               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni e Favoritismi   |                  |  |  |                               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 604 - Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravita? della patologia |                  |  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> <b>Atteso</b> |
|   |   |                  |  | Avanzamento misura di prevenzione                            |                               |
|   |   |                  |  | Prenotazione prestazioni ambulatoriali tramite CUP aziendale |                               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                 |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                     | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        |
| <b>Processo</b>                     | <u>I.I2.88.ORG026 - Prenotazione delle prestazioni</u>                  | <b>Struttura</b> | ORG026 - UO ENDOCRINOLOGIA D.U. |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni |                  |                                 |

**Misura effettiva specifica ulteriore**  
603 - Informatizzazione delle liste di attesa

| Indicatore                                      | Ottenuto | Atteso |
|---|----------|--------|
| Avanzamento misura di prevenzione               |          |        |
| Prenotazione visite attraverso il CUP aziendale |          |        |





**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                          |
|-------------------------------------|---|------------------|--------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP |
| <b>Processo</b>                     | <u>I.I2.123.ORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP)</u> | <b>Struttura</b> | ORG003 - SSD CUP E ALPI  |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa                          |                  |                          |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <p><b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br/>603 - Informatizzazione delle liste di attesa</p> | <p>Fa capo alla Struttura il C.U.P. che cura tutta l'organizzazione del sistema di prenotazione, fatturazione ed accesso alle prestazioni sanitarie. Il Centro Unificato di Prenotazione (CUP) informatizzato gestisce l'intera offerta delle prestazioni sanitarie (regime istituzionale ed intramoenia) con efficienza e trasparenza, in modo da facilitare l'accesso dei cittadini e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva per il governo delle liste di attesa. Le attività comprendono sia quelle di front office che di back office, queste ultime sono garantite dalle attuali risorse umane a disposizione della scrivente struttura seppur insufficienti che andrebbero implementate con almeno altre due unità. Il back office riguarda sia l'attività istituzionale che la libera professione e, pertanto, gli operatori addetti si occupano della gestione delle agende dei vari reparti e dei singoli dirigenti medici che comporta chiusura ed apertura degli ambulatori a seconda delle esigenze sia delle strutture che dei singoli dirigenti medici, riprogrammando le prenotazioni e contattando i singoli pazienti. L'attuale organizzazione del CUP di front office gestita dalla Ditta GPI con regolare gara aggiudicata, prevede l'apertura degli sportelli ticket presso gli OO.RR, il plesso D'Avanzo, e le casse ubicate presso il plesso dell'Ex Villa Serena e del plesso Lastraia di Lucera del dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 14.00. Sempre allo scopo di migliorare l'accessibilità alle prestazioni, sono stati installati presso i principali ingressi dell'Azienda n°3 casse automatiche (Fastbox) per l'accettazione delle impegnative di pazienti in possesso di un'esenzione e di una prenotazione. E' attiva un Call Center per le prenotazioni e le disdette di prestazioni ambulatoriali sia in istituzionale che in libera professione tutti i giorni dalle ore 8.00 alle 19.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 12.00. Tutte le telefonate vengono evase con tempi di attesa non oltre i 40 secondi. I pazienti che telefonano fuori dagli orari di apertura del Call Center, qualora abbiano lasciato un proprio recapito telefonico, vengono richiamati non appena possibile. Inoltre vi è anche un servizio di re-call della prenotazione tramite SMS qualche giorno prima dell'effettuazione dell'esame per poter permettere in tempi utili l'eventuale disdetta da parte dei pazienti. E' attiva anche la federazione fra CUP dell'intera Regione. Con la suddetta federazione sono prenotabili indistintamente tutte le prestazioni nelle diverse Aziende al fine di cercare di garantire ai pazienti la prestazione entro i tempi</p> | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |



### Stato attuazione misure al 31/12/2023

di attesa previsti dal Piano Nazionale.

Attualmente è possibile anche prenotare le prestazioni sanitarie on line utilizzando la piattaforma sul Portale Regionale della Salute ed è possibile anche pagare on line il relativo ticket attraverso la piattaforma PagoPA.

Dal 1° aprile 2016 è obbligatorio da parte dei medici prescrittori l'utilizzo della ricetta dematerializzata e, pertanto, il sistema CUP in uso si è dovuto integrare con il SIST per gestire la suddetta ricetta.

Per quanto riguarda la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale si procede costantemente, d'intesa con la struttura sanitaria interessata e con il R.U.L.A. alla revisione di alcune agende di prenotazione relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio e per le quali non si riesce a garantire l'erogazione nei tempi previsti dai Piani nazionali e regionali.

Inoltre, viene effettuato un controllo continuo delle agende per quanto riguarda le prenotazioni, gli accessi diretti e le prestazioni effettivamente erogate, al fine di sollecitare le strutture sanitarie ad un più congruo rapporto tra l'offerta e la domanda.

Il livello di rischio è stimato BASSO.

Presenza informatizzazione liste di attesa

SI

SI



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                          |
|-------------------------------------|--|------------------|--------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                                | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP |
| <b>Processo</b>                     | <u>I.I2.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale</u> | <b>Struttura</b> | ORG003 - SSD CUP E ALPI  |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RI.11 - Irregolarità sui volumi attività erogata                                   |                  |                          |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|-------------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>606 - Verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione | La scrivente ha attuato tutte le misure di contrasto per l'abbattimento del rischio di corruzione riguardante la libera professione in regime ambulatoriale, che sono rappresentate dall'obbligo per tutti i dirigenti medici di prenotazione e fatturazione centralizzata delle prestazioni in ALPI attraverso il CUP aziendale e/o provinciale, con gestione delle relative agende e delle tariffe, della verifica dei volumi delle prestazioni rese, sia in attività di istituzione che di ALPI, con l'obbligo della timbratura specifica in entrata e in uscita per la suddetta tipologia di attività.<br>Il livello di rischio è stimato BASSO. | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|  |  | Presenza misura di controllo volumi | SI              | SI            |

|                                     |   |                  |                              |
|-------------------------------------|---|------------------|------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP     |
| <b>Processo</b>                     | <u>16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale</u> | <b>Struttura</b> | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RI.01 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa                          |                  |                              |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>002 - Informatizzazione agende di prenotazione | La quasi completa informatizzazione delle agende di prenotazione dell'attività specialistica ambulatoriale e la centralizzazione presso il Centro Unico Prenotazioni hanno impattato in misura notevole sul perseguimento della piena trasparenza nelle relazioni con l'utenza. Per ciò che concerne l'attività programmata di ricovero che sono state impartite esplicite direttive al personale sull'utilizzo delle procedure informatizzate tramite il sistema informativo regionale Edotto. | Avanzamento misura di prevenzione   |                 |               |
|  |   | Monitoraggio disdette e controlli tra pazienti visitati e fatturati in ALPI |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>603 - Codice di Comportamento                     | <b>Esito monitoraggio</b><br>Il Codice di comportamento è regolarmente applicato e monitorato. Ad oggi non si registrano criticità.   | Presenza informatizzazione liste di attesa                                  |                 |               |
|  |   | <b>Indicatore</b><br>Applicazione Codice                                    | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|  |   | Avanzamento misura di prevenzione   |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |                         |
|-------------------------------------|--|------------------|-------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA  | <b>Sottoarea</b> | I.I3 - TICKET           |
| <b>Processo</b>                     | <u>I.I3.127.ORG003 - Attività di controllo e sorveglianza pagamento ticket e versamenti in Tesoreria</u> | <b>Struttura</b> | ORG003 - SSD CUP E ALPI |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RI.10 - Omissione recupero crediti   |                  |                         |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche | La Struttura si occupa del recupero crediti per conto dell'Azienda relativo a diversi settori quali:  | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- il mancato ritiro dei referti medici;</li> <li>- le prestazioni effettuate in prericovero e non seguite dal ricovero;</li> <li>- il DRG dei pazienti stranieri che non è possibile inviare in mobilità;</li> <li>- i ricoveri a seguito di violenza altrui.</li> <li>- le prestazioni di Pronto Soccorso identificate con Codice Bianco;</li> </ul> La Struttura, seppur con notevoli difficoltà dovute alla carenza di risorse umane a disposizione, effettua il recupero della penale equivalente al ticket nei confronti degli assistiti che non hanno disdetto entro le 48 ore la prenotazione della prestazione sanitaria, in ottemperanza alle disposizioni normative vigenti.<br>Il livello di rischio è stimato BASSO. | Percentuale controlli             | 100,00%         |               |

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                     | <b>Sottoarea</b> | I.I4 - ALPI                                     |
| <b>Processo</b>                     | <u>I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni</u>          | <b>Struttura</b> | ORG030 - MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RI.02 - Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni |                  |   |

|  |  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>603 - Informatizzazione delle liste di attesa |  | Avanzamento misura di prevenzione |                 |               |
|  |  | Presenza procedura informatizzata |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|   |   |                  |  |                 |               |
|---|---|------------------|--|-----------------|---------------|
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.14 - ALPI  |                 |               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.14.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni</u>  | <b>Struttura</b> | ORG030 - MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO                                      |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.08 - Svolgimento della libera professione in orario di servizio  |                  |  |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 609 - Rafforzamento dei controlli e delle verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia   |                  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|   |   |                  | Avanzamento misura di prevenzione  |                 |               |
|   |   |                  | Presenza controlli intramoenia   |                 |               |
| <b>Area di rischio</b>                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA   | <b>Sottoarea</b> | I.14 - ALPI  |                 |               |
| <b>Processo</b>                             | <u>I.14.130.ORG013 - Corresponsione mensile compensi della libera professione</u>   | <b>Struttura</b> | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI                               |                 |               |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b>         | RI.04 - Assenza di trasparenza nella gestione e liquidazione dell'attività ALPI volta a favorire taluni professionisti  |                  |  |                 |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b> | 214 - Intensificazione dei controlli interni  |                  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|   |   |                  | Avanzamento misura di prevenzione  | 100,00%         |               |
|   |   |                  | Verifica e controllo congruità tra le tariffe applicate e le prestazioni autorizzate |                 |               |
|   |   |                  | Verifica e controllo tra prestazioni erogate e importi fatturati                     |                 |               |
|   | <b>Esito monitoraggio</b>   |                  |  |                 |               |
|   | La presenza in servizio o in ALPI è registrata tramite codice dedicato automatizzato di rilevazione presenza. Sullo stesso vengono effettuati controlli interni dalla Struttura del Personale e non si rilevano criticità. E' auspicabile l'affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'AOU di Foggia ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale, fermo restando che detta attività dovrà essere svolta dal Dirigente responsabile dell'ALPI.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO. |                  |  |                 |               |
|   | <b>Idoneità della misura</b>  |                  |  |                 |               |
|   | La misura è efficace  |                  |  |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                          |
|-------------------------------------|---|------------------|--------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA | <b>Sottoarea</b> | M.M1 - PIANI TERAPEUTICI |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici</u>               | <b>Struttura</b> | ORG016 - SC FARMACIA     |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RM.02 - Scarsa tracciabilità del ciclo di utilizzo dei farmaci                  |                  |                          |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>662 - Sistemica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente | Controllo sistematico di tutti i Piani Terapeutici da parte del farmacista prima della dispensazione del farmaco. Trimestralmente reportistica per l'individuazione di eventuali anomalie.<br>I Piani terapeutici previsti da normative nazionali e regionali o dall'Azienda sono tutti verificati al momento della richiesta dai farmacisti prima della consegna del farmaco. Il monitoraggio viene effettuato in maniera sistematica con reportistica periodica (trimestrale o annuale a seconda del prodotto).<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.                                   | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|   |   | Presenza misura di controllo      | SI              | SI            |
|   | <b>Idoneità della misura</b><br>Controllo sistematico di tutti i Piani Terapeutici da parte del farmacista prima della dispensazione del farmaco. Trimestralmente reportistica per l'individuazione di eventuali anomalie.<br>I Piani terapeutici previsti da normative nazionali e regionali o dall'Azienda sono tutti verificati al momento della richiesta dai farmacisti prima della consegna del farmaco. Il monitoraggio viene effettuato in maniera sistematica con reportistica periodica (trimestrale o annuale a seconda del prodotto).<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.   |                                   |                 |               |
|   | <b>Motivazione scostamenti</b><br>Controllo sistematico di tutti i Piani Terapeutici da parte del farmacista prima della dispensazione del farmaco. Trimestralmente reportistica per l'individuazione di eventuali anomalie.<br>I Piani terapeutici previsti da normative nazionali e regionali o dall'Azienda sono tutti verificati al momento della richiesta dai farmacisti prima della consegna del farmaco. Il monitoraggio viene effettuato in maniera sistematica con reportistica periodica (trimestrale o annuale a seconda del prodotto).<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. |                                   |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                       |
|-------------------------------------|---|------------------|-----------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA   | <b>Sottoarea</b> | M.M2 - GESTIONE SPESA |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica</u>  | <b>Struttura</b> | ORG016 - SC FARMACIA  |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale |                  |                       |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
|  | Viene effettuata una reportistica trimestrale dei consumi dei farmaci per singola Unità Operativa, evidenziando gli scostamenti e le situazioni di inappropriata prescrizione utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come Basso.                                   | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|  |   | Presenza regolamento interno      | SI              | SI            |
|  | <b>Idoneità della misura</b><br>Viene effettuata una reportistica trimestrale dei consumi dei farmaci per singola Unità Operativa, evidenziando gli scostamenti e le situazioni di inappropriata prescrizione utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come Basso.   |                                   |                 |               |
|  | <b>Motivazione scostamenti</b><br>Viene effettuata una reportistica trimestrale dei consumi dei farmaci per singola Unità Operativa, evidenziando gli scostamenti e le situazioni di inappropriata prescrizione utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come Basso. |                                   |                 |               |

**Misura effettiva specifica ulteriore**  
662 - Sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                           |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA | <b>Sottoarea</b> | M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto</u>                     | <b>Struttura</b> | ORG016 - SC FARMACIA      |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RM.04 - Omissioni e/o irregolarità  |                  |                           |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>212 - Razionalizzazione organizzativa dei controlli | Tutti i prodotti ordinati dalla Farmacia provengono da procedure di gara effettuate dall'area Patrimonio. E' presente una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Altresi sono effettuate periodiche attività di controllo interno.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.                                   | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|  |   | Presenza misura di controllo      | SI              | SI            |
|  | <b>Idoneità della misura</b><br>Tutti i prodotti ordinati dalla Farmacia provengono da procedure di gara effettuate dall'area Patrimonio. E' presente una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Altresi sono effettuate periodiche attività di controllo interno.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.   |                                   |                 |               |
|  | <b>Motivazione scostamenti</b><br>Tutti i prodotti ordinati dalla Farmacia provengono da procedure di gara effettuate dall'area Patrimonio. E' presente una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Altresi sono effettuate periodiche attività di controllo interno.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. |                                   |                 |               |





**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                                |
|-------------------------------------|---|------------------|--------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA | <b>Sottoarea</b> | M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI |
| <b>Processo</b>                     | <u>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</u>                     | <b>Struttura</b> | ORG016 - SC FARMACIA           |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RM.01 - Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino                  |                  |                                |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                     | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|---------------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>660 - Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte | La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO. | Avanzamento misura di prevenzione     | 100,00%         |               |
|   |   | Percentuale max rettifiche magazzino  | 0,01%           | 0,01%         |
|   |   | Presenza sistema informatizzato       | SI              | SI            |
|   |   | Verifica mensile inventario magazzino | SI              | SI            |
|   | <b>Idoneità della misura</b>  |                                       |                 |               |
|   | La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO. |                                       |                 |               |
|   | <b>Motivazione scostamenti</b>  |                                       |                 |               |
|   | La gestione del magazzino avviene in modo informatizzato attraverso una procedura formale consegnata agli operatori del settore. Ogni movimentazione viene registrata, viene caricata la bolla di consegna e definita la posizione nel magazzino del farmaco/presidio con modalità diverse a seconda della tipologia di prodotto. Non si rilevano criticità. Il livello di rischio corruttivo è stimabile come MEDIO. |                                       |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                      |
|-------------------------------------|---|------------------|----------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA   | <b>Sottoarea</b> | M.M5 - SEGNALAZIONI  |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci</u>    | <b>Struttura</b> | ORG016 - SC FARMACIA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RM.04 - Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria |                  |                      |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>214 - Affidamento dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale | I controlli e gli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione vengono effettuati dalla Farmacia al Ministero su segnalazione del medico.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.                                   | Avanzamento misura di prevenzione | 100,00%         |               |
|   | <b>Idoneità della misura</b><br>I controlli e gli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione vengono effettuati dalla Farmacia al Ministero su segnalazione del medico.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO.   | Presenza misura di controllo      | SI              | SI            |
|   | <b>Motivazione scostamenti</b><br>I controlli e gli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione vengono effettuati dalla Farmacia al Ministero su segnalazione del medico.<br>Il livello di rischio corruttivo è stimabile come BASSO. |                                   |                 |               |

|                                     |   |                  |                                  |
|-------------------------------------|---|------------------|----------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA | <b>Sottoarea</b> | M.M6 - SOMMINISTRAZIONE          |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale</u>                      | <b>Struttura</b> | ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U. |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RM.04 - Irregolarità o favoritismi  |                  |                                  |

|  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>004 - Codice di Comportamento: Applicazione e Monitoraggio | Applicazione e monitoraggio Codice di Comportamento<br>Avanzamento misura di prevenzione |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |                         |
|-------------------------------------|---|------------------|-------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA | <b>Sottoarea</b> | M.M6 - SOMMINISTRAZIONE |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia</u>                              | <b>Struttura</b> | ORG016 - SC FARMACIA    |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RM.02 - Scarsa tracciabilità  |                  |                         |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                           | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|---|-----------------|---------------|
|   | Si auspica l'utilizzo di sistemi informatizzati sul ciclo di terapia fino alla somministrazione del farmaco al paziente o utilizzo del presidio. | Avanzamento misura di prevenzione           | 100,00%         |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b>                             | <b>Idoneità della misura</b>   | Presenza informatizzazione ciclo di terapia | NO              | NO            |
| 661 - Informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione | Si auspica l'utilizzo di sistemi informatizzati sul ciclo di terapia fino alla somministrazione del farmaco al paziente o utilizzo del presidio. |   |                 |               |
|   | <b>Motivazione scostamenti</b>   |   |                 |               |
|   | Si auspica l'utilizzo di sistemi informatizzati sul ciclo di terapia fino alla somministrazione del farmaco al paziente o utilizzo del presidio. |   |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA         | <b>Sottoarea</b> | M.M7 - SPERIMENTAZIONI                        |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</u>                      | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti. |                  |   |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>  | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>011 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione | I componenti del Comitato Etico vengono scelti sulla base dei criteri stabiliti nel Decreto Ministero della Salute del 12 maggio 2006, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 194 del 22.08.06, il quale stabilisce i requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali.<br>Con Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 sono state apportate sostanziali modificazioni all'istituzione, organizzazione e funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali, scelti sulla base di specifiche figure professionali individuate nel citato decreto i cui curricula e la sussistenza dei requisiti vengono effettuati dalla Regione Puglia e, ai fini della trasparenza, validati o meno tramite Delibera di Giunta Regionale. Nel caso della nomina del comitato Etico Area 1 di interesse dell'AOU di Foggia la nomina dei componenti del Comitato Etico è avvenuta con DGR n. 601 del 29/04/2022.<br>Sono regolarmente acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi da ciascun componente del CE. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. | Avanzamento misura di prevenzione                          | 100,00%         |               |
|   |  | Percentuale attestazioni insussistenza conflitti acquisite | 100,00%         | 100,00%       |

|                                     |  |                  |                                  |
|-------------------------------------|--|------------------|----------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA                | <b>Sottoarea</b> | M.M8 - SPONSORIZZAZIONI          |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative</u> | <b>Struttura</b> | ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U. |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RM.03 - Discrezionalità e Collusione   |                  |                                  |

|   |  | <b>Indicatore</b>                        | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva trasversale ulteriore</b><br>457 - Verifica da parte degli organi di controllo interno e Regolamentazione |  | Avanzamento misura di prevenzione        |                 |               |
|   |  | Presente regolamento su sponsorizzazioni |                 |               |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |  |
|-------------------------------------|--|------------------|--|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA            | <b>Sottoarea</b> | M.M8 - SPONSORIZZAZIONI                |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco</u>                                   | <b>Struttura</b> | ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RM.03 - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione |                  |  |

**Misura effettiva specifica ulteriore**  
 665 - Codice di Comportamento:  
 Applicazione e Monitoraggio

| Indicatore  | Ottenuto | Atteso |
|---|----------|--------|
| Applicazione e monitoraggio del Codice di comportamento |          |        |
| Avanzamento misura di prevenzione                       |          |        |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |   |                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA         | <b>Sottoarea</b> | M.M8 - SPONSORIZZAZIONI                       |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>                             | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.64 - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti. |                  |   |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>   | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|--|---|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica obbligatoria</b><br>125 - Adozione di specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni      | L'AOU di Foggia con DDG n. 462 del 14.6.2018 ha adottato il Regolamento di disciplina e gestione delle sponsorizzazioni ex art. 19 del D. Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016 e s.m.i., art. 43 della legge n. 449/97, art. 30, comma 8, lett. c) della legge n. 488/99, comma 108, lett. e) della legge 228 del 24 dicembre 2012, che disciplinano le attività di sponsorizzazione da parte di Terzi prefiggendosi lo scopo di indicare gli atti e le condizioni necessarie per assicurare all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, trasparenza ed in osservanza del principio di esclusione di conflitti di interessi tra l'attività pubblica e quella privata in considerazione del fatto che le iniziative di sponsorizzazione devono tendere a favorire l'innovazione dell'organizzazione realizzando una migliore qualità dei servizi istituzionali erogati quali a titolo esemplificativo:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• rendere più confortevole l'ambiente sanitario, attraverso l'ammodernamento degli arredi e degli spazi destinati all'assistenza;</li> <li>• realizzare progetti di umanizzazione;</li> <li>• facilitare l'accesso alle strutture sanitarie ed alle prestazioni;</li> <li>• finanziare corsi di formazione per l'aggiornamento del personale;</li> <li>• contribuire alla realizzazione di eventi formativi;</li> <li>• finanziare campagne di comunicazione, prevenzione ed informazione rivolte ai cittadini;</li> <li>• finanziare l'acquisizione di nuove tecnologie informatiche o di nuove attrezzature sanitarie.</li> </ul> Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. | Adozione Regolamento Sponsorizzazioni   | SI              | SI            |
|   |  | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>849 - Rilascio attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi | <b>Esito monitoraggio</b><br>Per ogni progetto sponsorizzato sono acquisite le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi come da regolamento interno aziendale. Ad oggi non si registrano criticità.   | Avanzamento misura di prevenzione   | 100,00%         |               |
|   |  | Percentuale attestazioni insussistenza conflitti interessi rilevate sul totale dei progetti | 100,00%         | 100,00%       |



**Stato attuazione misure al 31/12/2023**

|                                     |  |                  |   |
|-------------------------------------|--|------------------|---|
| <b>Area di rischio</b>              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA  | <b>Sottoarea</b> | M.M8 - SPONSORIZZAZIONI                       |
| <b>Processo</b>                     | <u>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</u>  | <b>Struttura</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RB.77 - Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. |                  |   |

|   | <b>Esito monitoraggio</b>   | <b>Indicatore</b>                      | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|---|---|--|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>865 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti | Il Regolamento adottato dall'AOU di Foggia sulle sponsorizzazioni prevede già dei limiti di partecipazione alle attività di sponsorizzazione per ciascun dipendente. La struttura, a tal fine, verifica la corretta applicazione delle disposizioni contenute nel regolamento stesso effettuando i controlli opportuni anche attraverso check list dei dipendenti e degli eventi ai quali partecipano. Ad oggi non si registrano criticità. Si ritiene che il livello di rischio corruttivo sia BASSO in considerazione delle misure esistenti. | Avanzamento misura di prevenzione      | 100,00%         |               |
|   |   | Misura di controllo tramite check-list | SI              | SI            |

|                                     |   |                  |                              |
|-------------------------------------|---|------------------|------------------------------|
| <b>Area di rischio</b>              | N - DECESSI INTRA AZIENDALI   | <b>Sottoarea</b> | N.N1 - DECESSI               |
| <b>Processo</b>                     | <u>N.N1.151.ORG002 - Gestione dei decessi e delle strutture mortuarie</u>   | <b>Struttura</b> | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA |
| <b>Rischio corruttivo effettivo</b> | RN.02 - Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili |                  |                              |

|  | <b>Esito monitoraggio</b>  | <b>Indicatore</b>                 | <b>Ottenuto</b> | <b>Atteso</b> |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Misura effettiva specifica ulteriore</b><br>692 - Regolamento interno e rotazione del personale | Nell'AOU di Foggia con DDG n. 184 del 6.7.2015 è stato adottato specifico regolamento per la gestione dell'obitorio in applicazione delle regole di polizia mortuaria ex DPR 285/1990 che individua compiti specifici in capo al personale preposto di segnalazione alla Direzione aziendale e precise regole di condotta tra cui gli obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti. E' auspicabile l'attivazione di un sistema di rotazione del personale direttamente interessato. | Avanzamento misura di prevenzione |                 |               |
|  |  | Presenza regolamento              |                 |               |

### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026












| Valutazione rischio  |      |    | Processo  | Struttura                              | Sottoarea                     | Area di rischio   |
|--|------|----|---|--|-------------------------------|---|
|    | Alto | 20 | <b>B.B6.44.ORG017 - Prosecuzioni e proroghe di rapporti contrattuali</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO        | B.B6 - CONTRATTI              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Alto | 20 | <b>B.B10.54.ORG017 - Stesura fabbisogni, capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO        | B.B10 - FABBISOGNI            | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Alto | 20 | <b>B.B2.31.ORG017 - Predisposizione capitolati (Appalto di lavori, Progettazione lavori, esecuzione e collaudo lavori, affidamento lavori in economia; Attività negoziale, contratti in economia, Contratti sopra soglia comunitaria, Appalti di forniture, Appalti di servizi)</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO        | B.B2 - CAPITOLATI             | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Alto | 20 | <b>B.B2.33.ORG017 - Requisiti di aggiudicazione</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO        | B.B2 - CAPITOLATI             | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Alto | 20 | <b>B.B2.34.ORG017 - Valutazione delle offerte</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO        | B.B2 - CAPITOLATI             | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Alto | 20 | <b>B.B8.49.ORG017 - Varianti in corso di esecuzione del contratto - Subappalto</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO        | B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Alto | 20 | <b>B.B2.32.ORG017 - Requisiti di qualificazione</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO        | B.B2 - CAPITOLATI             | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Alto | 15 | <b>B.B4.38.ORG017 - Partecipazione a commissioni di gara</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO        | B.B4 - COMMISSIONI            | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|  | Alto | 15 | <b>E.E3.67.ORG017 - Predisposizione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi, di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO        | E.E3 - MANUTENZIONI           | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE                 |
|  | Alto | 15 | <b>E.E4.69.ORG017 - Inventario beni mobili</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO        | E.E4 - BENI e RISORSE         | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE                 |
|  | Alto | 15 | <b>F.F1.05.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale</b>  | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI | F.F1 - RISCHI E MISURE        | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO |
|  | Alto | 15 | <b>16PRO.B.B6.ORG001 - Trasparenza amministrativa e Regolamentazione</b>  | ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA      | B.B7 - TRASPARENZA            | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |











### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026

| Valutazione rischio  |       |    | Processo  | Struttura                         | Sottoarea                      | Area di rischio   |
|--|-------|----|---|-----------------------------------|--------------------------------|---|
|    | Alto  | 14 | <b>M.M8.66.ORG050 - Rapporti con Aziende del Farmaco e Sponsorizzazioni attività formative</b>  | ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.  | M.M8 - SPONSORIZZAZIONI        | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA |
|    | Medio | 13 | <b>16PRO.B.B6.ORG018 - Aggiudicazione provvisoria e definitiva</b>  | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA      | B.B6 - CONTRATTI               | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   |
|    | Medio | 13 | <b>E.E7.78.ORG015 - Procedure solleciti crediti insoluti</b>  | ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO | E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA    | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   |
|    | Medio | 13 | <b>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</b>   | ORG016 - SC FARMACIA              | E.E8 - GESTIONE MAGAZZINI      | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   |
|    | Medio | 13 | <b>E.E8.80.ORG016 - Tenuta magazzini aziendali e affini</b>   | ORG016 - SC FARMACIA              | M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA |
|    | Medio | 13 | <b>B.B1.29.ORG017 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento. Procedure di scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ex Codice contratti pubblici relativi a lavori e f</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO   | B.B1 - PROCEDURA APPALTO       | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   |
|   | Medio | 13 | <b>B.B9.52.ORG017 - Gestione ordini e liquidazioni</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO   | B.B9 - ORDINI                  | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   |
|  | Medio | 12 | <b>A.A9.22.ORG009 - Formazione per Enti pubblici rivolti al Personale Dipendente Aziendale</b>  | ORG009 - SSD FORMAZIONE           | A.A9 - FORMAZIONE NORMATA      | A - GESTIONE RISORSE UMANE  |
|  | Medio | 12 | <b>16PRO.B.B110.ORG074 - Definizione dei fabbisogni</b>   | ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA   | B.B6 - CONTRATTI               | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   |
|  | Medio | 12 | <b>M.M2.136.ORG016 - Elaborazione di programmi di intervento per la razionalizzazione della spesa farmaceutica</b>  | ORG016 - SC FARMACIA              | M.M2 - GESTIONE SPESA          | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA |
|  | Medio | 12 | <b>16PRO.B.B110.ORG018 - Analisi fabbisogno</b>   | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA      | B.B6 - CONTRATTI               | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   |
















### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026

| Valutazione rischio  |       |    | Processo   | Struttura                                     | Sottoarea                     | Area di rischio  |
|--|-------|----|--|---|-------------------------------|--|
|    | Medio | 12 | <b>16PRO.B.B110.ORG074 - Verifiche e Collaudi</b>  | ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA               | B.B6 - CONTRATTI              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  |
|    | Medio | 12 | <b>B.B6.43.ORG001 - Gestione e monitoraggio accordi contrattuali per acquisto servizi sanitari e non sanitari</b>  | ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA             | B.B6 - CONTRATTI              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  |
|    | Medio | 12 | <b>16PRO.B.B6.ORG001 - Procedure Amministrativo-Contabili</b>  | ORG001 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA             | E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI   | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE  |
|    | Medio | 12 | <b>16PRO.E.ORG018 - Inventario beni immobili</b>   | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA                  | E.E4 - BENI e RISORSE         | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE  |
|    | Medio | 12 | <b>A.A11.26.OORG012 - Procedimento di assegnazione di borse di studio</b>  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY | A.A11 - BORSE DI STUDIO       | A - GESTIONE RISORSE UMANE   |
|    | Medio | 12 | <b>E.E1.63.ORG011 - Inventario apparecchiature informatiche</b>  | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI        | E.E1 - INVENTARIO INFORMATICO | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE  |
|    | Medio | 11 | <b>G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti</b>  | ORG003 - SSD CUP E ALPI                       | G.G1 - INCARICHI E NOMINE     | D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO      |
|    | Medio | 11 | <b>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</b>  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY | B.B4 - COMMISSIONI            | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI  |
|    | Medio | 11 | <b>G.G1.104.ORG003 - Convenzioni con Enti per individuazione professionisti</b>  | ORG003 - SSD CUP E ALPI                       | G.G1 - INCARICHI E NOMINE     | G - INCARICHI E NOMINE   |
|  | Medio | 11 | <b>M.M8.148.ORG012 - Sponsorizzazioni eventi e attività</b>  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY | M.M8 - SPONSORIZZAZIONI       | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA  |
|  | Medio | 11 | <b>A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditamento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE                       | A.A8 - ECM                    | C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO |











### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026

| Valutazione rischio  |       |    | Processo   | Struttura                        | Sottoarea                        | Area di rischio   |
|--|-------|----|--|----------------------------------|----------------------------------|---|
|    | Medio | 11 | <b>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</b>   | ORG009 - SSD FORMAZIONE          | G.G1 - INCARICHI E NOMINE        | D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO |
|    | Medio | 11 | <b>A.A10.24.ORG009 - Autorizzazione personale partecipazione eventi, corso o master per formazione specialistica/ specifica (agg. facoltativo e obbligatorio) sia di tipo sanitario che tecnico-professionale e amministrativo con oneri</b> | ORG009 - SSD FORMAZIONE          | A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO  | A - GESTIONE RISORSE UMANE  |
|    | Medio | 11 | <b>A.A8.20.ORG009 - Educazione Continua in Medicina: a) Rilevazione fabbisogno formativo; b) Progettazione Eventi e progetti formativi; c) Accreditamento ECM (accreditamento, inserimento dati e reportistica all'AGENAS)</b>               | ORG009 - SSD FORMAZIONE          | A.A8 - ECM                       | A - GESTIONE RISORSE UMANE  |
|    | Medio | 11 | <b>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</b>   | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE   | B.B11 - CONVENZIONI              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   |
|   | Medio | 11 | <b>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</b>   | ORG009 - SSD FORMAZIONE          | B.B6 - CONTRATTI                 | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   |
|  | Medio | 11 | <b>G.G1.105.ORG009 - Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità</b>   | ORG009 - SSD FORMAZIONE          | G.G1 - INCARICHI E NOMINE        | G - INCARICHI E NOMINE  |
|  | Medio | 11 | <b>H.H2.110.ORG006 - Contenzioso giudiziale ed extra giudiziale, Atti di transazione, Recupero crediti</b>   | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE   | H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO   |
|  | Medio | 11 | <b>A.A10.16.ORG050 - Attività didattico-formativa</b>  | ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U. | A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO  | A - GESTIONE RISORSE UMANE  |
|  | Medio | 11 | <b>16PRO.B.B4.ORG018 - Nomina componenti di Commissione di gara</b>  | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA     | B.B6 - CONTRATTI                 | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   |

### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026

| Valutazione rischio  |       |    | Processo  | Struttura                                       | Sottoarea                        | Area di rischio   |
|--|-------|----|---|---|----------------------------------|---|
|    | Medio | 11 | <b>B.B8.50.ORG018 - Cronoprogramma dei lavori</b>   | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA                    | B.B8 - VARIANTI E SUB APPALTO    | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Medio | 11 | <b>I.I4.34.ORG030 - Prestazioni in ALPI e sponsorizzazioni</b>  | ORG030 - MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO | I.I4 - ALPI                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|    | Medio | 10 | <b>B.B1.66.ORG075 - Rapporti con le aziende del farmaco</b>   | ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE   | B.B1 - PROCEDURA APPALTO         | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Medio | 10 | <b>I.I2.123.ORG003 - Erogazione delle prestazioni, gestione delle liste di attesa (Ufficio CUP)</b>             | ORG003 - SSD CUP E ALPI                         | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP         | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|    | Medio | 10 | <b>E.E10.01.ORG012 - Procedimenti amministrativi</b>  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY   | F.F1 - RISCHI E MISURE           | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO |
|    | Medio | 10 | <b>H.H1.108.ORG012 - Contratti assicurativi - Sinistri in autoassicurazione</b>                                 | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY   | H.H1 - CONTRATTI ASSICURATIVI    | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO                         |
|    | Medio | 10 | <b>B.B3.36.ORG017 - Revoca dei bandi</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO                 | B.B3 - BANDI                     | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Medio | 10 | <b>B.B4.39.ORG017 - Nomina Commissioni giudicatrici</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO                 | B.B4 - COMMISSIONI               | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Medio | 10 | <b>B.B6.45.ORG017 - Aggiudicazione e stipula contratti</b>  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO                 | B.B6 - CONTRATTI                 | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|  | Medio | 10 | <b>B.B5.41.ORG017 - Espletamento gara. Verifica di legittimità, di regolarità e del possesso dei requisiti.</b> | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO                 | B.B5 - REQUISITI                 | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|  | Medio | 10 | <b>16PRO.B.B5.ORG018 - Verifica possesso requisiti dell'OE</b>  | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA                    | B.B6 - CONTRATTI                 | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|  | Medio | 10 | <b>B.B6.19.ORG011 - Attestazioni e collaudi</b>   | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI          | B.B6 - CONTRATTI                 | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|  | Medio | 10 | <b>F.F1.05.ORG012 - Monitoraggio periodico trasversale</b>  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY   | F.F1 - RISCHI E MISURE           | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO |
|  | Medio | 9  | <b>H.H2.111.ORG012 - Gestione risarcimento danni</b>  | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY   | H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO                         |
|  | Medio | 9  | <b>N.N1.151.ORG002 - Gestione dei decessi e delle strutture mortuarie</b>                                       | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA                    | N.N1 - DECESSI                   | N - DECESSI INTRA AZIENDALI                             |

### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026

| Valutazione rischio  |       | Processo | Struttura   | Sottoarea   | Area di rischio                       |   |
|--|-------|----------|---|---|---------------------------------------|---|
|    | Medio | 9        | <b>A.A2.7.ORG002 - Rilascio di autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione o concessione</b> | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA                                    | A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI       | A - GESTIONE RISORSE UMANE  |
|    | Medio | 9        | <b>A.A4.12.ORG013 - Attestazione della presenza in servizio</b>   | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI          | A.A4 - PRESENZE DEL PERSONALE         | A - GESTIONE RISORSE UMANE  |
|    | Medio | 9        | <b>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</b>   | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY                   | B.B11 - CONVENZIONI                   | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   |
|    | Medio | 9        | <b>F.F2.94.ORG010 - Prevenzione e gestione di conflitti (utenza esterna e dipendenti)</b>   | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE | F.F2 - ASTENSIONI                     | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO                         |
|    | Medio | 9        | <b>F.F3.96.ORG010 - Gestione cartelle sanitarie e di rischio</b>  | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE | F.F3 - SORVEGLIANZA SANITARIA         | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO                         |
|    | Medio | 9        | <b>F.F4.99.ORG002 - Controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri</b>  | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA                                    | F.F4 - RIFIUTI SPECIALI               | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO                         |
|    | Medio | 9        | <b>B.B11.60.ORG012 - Convenzioni e contratti assicurativi</b>   | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY                   | H.H2 - CONTENZIOSI E TRANSAZIONI      | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO   |
|    | Medio | 9        | <b>M.M1.133.ORG016 - Tenuta e controllo dei piani terapeutici</b>   | ORG016 - SC FARMACIA  | M.M1 - PIANI TERAPEUTICI              | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA |
|  | Medio | 9        | <b>A.A2.6.ORG013 - Procedura di conferimento e/o autorizzazione incarichi extra-officio di competenza</b>                                     | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI          | A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI       | A - GESTIONE RISORSE UMANE  |
|  | Medio | 8        | <b>I.I1.120.ORG003 - Autorizzazione attività intramoenia</b>  | ORG003 - SSD CUP E ALPI   | I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             |
|  | Medio | 8        | <b>I.I4.130.ORG013 - Corresponsione mensile compensi della libera professione</b>   | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI          | I.I4 - ALPI                           | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             |

### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026






| Valutazione rischio  |       | Processo | Struttura  | Sottoarea  | Area di rischio                       |   |
|--|-------|----------|--|--|---------------------------------------|---|
|    | Medio | 8        | <b>E.E2.65.ORG018 - Programmazione annuale e triennale della gestione patrimonio immobiliare</b>   | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA                           | E.E2 - PROGRAMMAZIONE                 | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   |
|    | Medio | 8        | <b>M.M5.142.ORG016 - Recepimento, controllo e invio alle autorità competenti delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaci</b>   | ORG016 - SC FARMACIA                                   | M.M5 - SEGNALAZIONI                   | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA |
|    | Medio | 8        | <b>A.A3.9.ORG013 - Corresponsione mensile emolumenti stipendiali, emolumenti accessori, competenze arretrate, cessione del quinto dello stipendio, rilascio certificati di stipendio</b> | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI | A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE        | A - GESTIONE RISORSE UMANE  |
|    | Medio | 8        | <b>E.E7.77.ORG015 - RegISTRAZIONI contabili</b>  | ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO                      | E.E7 - GESTIONE FINANZIARIA           | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   |
|    | Medio | 8        | <b>H.H3.114.ORG006 - Conferimento incarichi legali</b>   | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE                         | H.H3 - PROCEDIMENTI DISCIPLINARI      | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO   |
|    | Medio | 7        | <b>E.E10.85.ORG015 - Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari - Emissione mandati di pagamento</b>  | ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO                      | E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI           | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   |
|    | Medio | 7        | <b>I.I1.121.ORG003 - Fatturazione attiva e flussi informativi</b>  | ORG003 - SSD CUP E ALPI                                | I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             |
|  | Medio | 7        | <b>I.I1.119.ORG003 - Prestazioni in regime di ALPI</b>   | ORG003 - SSD CUP E ALPI                                | I.I1 - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             |
|  | Medio | 7        | <b>M.M3.138.ORG016 - Predisposizione ordini di acquisto</b>  | ORG016 - SC FARMACIA                                   | M.M3 - ORDINI DI ACQUISTO             | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA |
|  | Medio | 7        | <b>M.M6.144.ORG016 - Gestione ciclo di terapia</b>   | ORG016 - SC FARMACIA                                   | M.M6 - SOMMINISTRAZIONE               | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA |



### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026

| Valutazione rischio  |       | Processo | Struttura  | Sottoarea   | Area di rischio                    |   |
|--|-------|----------|--|---|------------------------------------|---|
|    | Medio | 6        | <b>16PRO.M.M8.ORG002 - Liste di attesa dei ricoveri ospedalieri e attività libera professionale</b>  | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA                                    | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP           | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|    | Medio | 6        | <b>I.I3.127.ORG003 - Attività di controllo e sorveglianza pagamento ticket e versamenti in Tesoreria</b>   | ORG003 - SSD CUP E ALPI   | I.I3 - TICKET                      | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|    | Medio | 5        | <b>B.B7.47.ORG017 - Pubblicazioni obbligatorie</b>   | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO                                 | B.B7 - TRASPARENZA                 | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Medio | 5        | <b>A.A6.16.ORG013 - Riconoscimento di benefici non economici connessi a permessi, congedi e aspettative dal servizio (L.104 etc.)</b>  | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI          | A.A6 - BENEFICI EX LEGE            | A - GESTIONE RISORSE UMANE                              |
|    | Medio | 5        | <b>16PRO.B.B20.ORG018 - Individuazione procedura di gara</b>   | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA                                    | B.B1 - PROCEDURA APPALTO           | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Medio | 5        | <b>B.B11.57.ORG012 - Convezioni con Associazioni di volontariato</b>   | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY                   | B.B11 - CONVENZIONI                | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Medio | 5        | <b>F.F1.55.ORG018 - Monitoraggio periodico trasversale</b>   | ORG018 - SC GESTIONE TECNICA                                    | F.F1 - RISCHI E MISURE             | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO |
|    | Medio | 5        | <b>I.I2.124.ORG003 - Prenotazione e gestione ricoveri e attività ambulatoriale</b>   | ORG003 - SSD CUP E ALPI   | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP           | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|  | Medio | 5        | <b>A.A1.4.ORG013 - Procedure di reclutamento del personale - Procedure per progressione di carriera - Procedure di conferimento incarichi (dirigenziali, di posizione, di coordinamento)</b> | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI          | A.A1 - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE | A - GESTIONE RISORSE UMANE                              |
|  | Medio | 5        | <b>F.F1.92.ORG010 - Sorveglianza sanitaria</b>   | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE | F.F1 - RISCHI E MISURE             | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO |
|  | Medio | 5        | <b>F.F5.101.ORG002 - Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, definizione delle strategie e dei protocolli delle attività di disinfezione disinfestazione e sterilizzazione</b> | ORG002 - DIREZIONE SANITARIA                                    | F.F5 - SORVEGLIANZA INFEZIONI      | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO |

### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026














| Valutazione rischio  |       | Processo | Struttura   | Sottoarea  | Area di rischio                 |   |
|--|-------|----------|---|--|---------------------------------|---|
|    | Medio | 5        | <b>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</b>                | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY        | B.B7 - TRASPARENZA              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   |
|    | Medio | 5        | <b>M.M7.146.ORG012 - Sperimentazioni cliniche e Comitato Etico</b>                | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY        | M.M7 - SPERIMENTAZIONI          | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA |
|    | Basso | 4        | <b>I.I2.111.ORG081 - Prestazioni sanitarie</b>                                    | ORG081 - SC Mar Universitaria                        | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             |
|    | Basso | 3        | <b>E.E12.89.ORG015 - Gestione della cassa economale</b>                           | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO                      | E.E12 - CASSA                   | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   |
|    | Basso | 3        | <b>I.I2.55.ORG075 - Attività diagnostico-assistenziale</b>                        | ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE        | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             |
|    | Basso | 3        | <b>E.E6.74.ORG005 - Controllo di gestione e Performance</b>                       | ORG005 - SC CONTROLLO DI GESTIONE                    | E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE    | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE   |
|    | Basso | 3        | <b>I.I2.87.ORG077 - Prestazioni sanitarie e formazione</b>                        | ORG077 - SC OSPEDALIERA NEUROLOGIA                   | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             |
|    | Basso | 3        | <b>M.M1.55.ORG050 - Attività diagnostico-assistenziale</b>                        | ORG050 - MALATTIE INFETTIVE D.U.                     | M.M6 - SOMMINISTRAZIONE         | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA |
|  | Basso | 3        | <b>H.H2.220.ORG014 - Rapporti e informative sindacali</b>                         | ORG014 - SS RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI | A.A3 - EMOLUMENTI E COMPETENZE  | A - GESTIONE RISORSE UMANE  |
|  | Basso | 2        | <b>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY        | A.A2 - AUTORIZZAZIONE INCARICHI | A - GESTIONE RISORSE UMANE  |
|  | Basso | 2        | <b>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY        | B.B7 - TRASPARENZA              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI   |













### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026

| Valutazione rischio  |       | Processo | Struttura   | Sottoarea   | Area di rischio                 |   |
|--|-------|----------|---|---|---------------------------------|---|
|    | Basso | 2        | <b>16PRO.O.100.ORG012 - Vigilanza sull'osservanza del Regolamento UE 2016/679</b> | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY                           | E.E10 - ATTI AMMINISTRATIVI     | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE                 |
|    | Basso | 2        | <b>A.A10.88.ORG082 - Attività didattico-formativa</b>                             | ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA                                  | A.A10 - AGGIORNAMENTO FORMATIVO | A - GESTIONE RISORSE UMANE                              |
|    | Basso | 2        | <b>I.I2.62.ORG023 - Prestazioni sanitarie</b>                                     | ORG023 - MEDICINA NUCLEARE U.O.C.                                       | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|    | Basso | 2        | <b>I.I2.88.ORG026 - Prenotazione delle prestazioni</b>                            | ORG026 - UO ENDOCRINOLOGIA D.U.   | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|    | Basso | 1        | <b>116PRO.O.O1.ORG012 - Gestione Protocollo Informatico</b>                       | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY                           | F.F1 - RISCHI E MISURE          | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO |
|    | Basso | 1        | <b>A.A9.32.ORG075 - Attività didattico-formativa</b>                              | ORG075 - DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO VASCOLARE                           | A.A9 - FORMAZIONE NORMATA       | A - GESTIONE RISORSE UMANE                              |
|    | Basso | 1        | <b>I.I2.33.ORG056 - Prestazioni sanitarie</b>                                     | ORG056 - REUMATOLOGIA OSPEDALIERA                                       | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|    | Basso | 1        | <b>I.I2.44.ORG022 - Prestazioni radiologiche</b>                                  | ORG022 - RADIOLOGIA D'URGENZA   | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|  | Basso | 1        | <b>I.I2.49.ORG076 - Prestazioni sanitarie e formazione</b>                        | ORG076 - PEDIATRIA UNIVERSITARIA  | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|  | Basso | 1        | <b>I.I2.67.ORG078 - Prestazioni sanitarie e ALPI</b>                              | ORG078 - S.C. MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA A DIREZIONE UNIVERSITARIA | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|  | Basso | 1        | <b>I.I2.077.ORG027 - Prestazioni sanitarie</b>                                    | ORG027 - CHIRURGIA PEDIATRICA D.O.                                      | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|  | Basso | 1        | <b>I.I2.122.ORG031 - Prestazioni sanitarie e formazione</b>                       | ORG031 - GASTROENTEROLOGIA D.O.   | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |

### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026

| Valutazione rischio  |       | Processo | Struttura  | Sottoarea   | Area di rischio                 |   |
|--|-------|----------|--|---|---------------------------------|---|
|    | Basso | 1        | I.I2.154.ORG079 - Prestazioni sanitarie e gestione magazzino   | ORG079 - SSD DIAGNOSTICA SENOLOGICA                         | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|    | Basso | 1        | I.I2.143.ORG080 - Prestazioni sanitarie e formazione   | ORG080 - SC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP        | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA     |
|    | Basso | 0        | A.A7.18.ORG009 - Elaborazione Piano Formativo Aziendale  | ORG009 - SSD FORMAZIONE                                     | A.A7 - PROGRAMMAZIONE CORSI     | A - GESTIONE RISORSE UMANE                              |
|    | Basso | 0        | F.F1.55.ORG011 - Monitoraggio periodico trasversale  | ORG017 - SC GESTIONE PATRIMONIO                             | F.F1 - RISCHI E MISURE          | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO |
|    | Basso | 0        | 16PRO.E.E2.ORG011 - Programmazione : Analisi e definizione fabbisogni                                      | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI                      | B.B10 - FABBISOGNI              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Basso | 0        | A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI      | A.A5 - PENSIONAMENTI E RISCATTI | A - GESTIONE RISORSE UMANE                              |
|    | Basso | 0        | B.B10.110.ORG011 - Misure di sicurezza informatica adeguate per la protezione dei dati personali           | ORG011 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI                      | B.B10 - FABBISOGNI              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Basso | 0        | B.B7.ORG015 - Applicazione del PTPCT   | ORG015 - SC ECONOMICO FINANZIARIO                           | B.B7 - TRASPARENZA              | B - GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI                         |
|    | Basso | 0        | E.E4.70.ORG017 - Utilizzo dei beni e risorse aziendali   | ORGUNIT001 - Policlinico Riuniti di Foggia                  | E.E4 - BENI e RISORSE           | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE                 |
|  | Basso | 0        | A.A5.14.ORG013 - Determinazione di trattamenti pensionistici, Atti di riscatto di servizi o ricongiunzioni | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI      | E.E6 - CONTROLLO DI GESTIONE    | E - GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE                 |
|  | Basso | 0        | F.F1.05.ORG006 - Monitoraggio periodico trasversale  | ORG006 - SC BUROCRATICO LEGALE                              | F.F1 - RISCHI E MISURE          | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO |
|  | Basso | 0        | F.F1.05.ORG016 - Monitoraggio periodico trasversale  | ORG016 - SC FARMACIA  | F.F1 - RISCHI E MISURE          | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO |
|  | Basso | 0        | F.F1.05.ORG074 - Monitoraggio periodico trasversale  | ORG074 - SSD INGEGNERIA CLINICA                             | F.F1 - RISCHI E MISURE          | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO |

### Priorità di trattamento del rischio 2024 - 2026

| Valutazione rischio  |       | Processo | Struttura  | Sottoarea   | Area di rischio                |   |
|--|-------|----------|--|---|--------------------------------|---|
|    | Basso | 0        | <b>F.F1.05.ORG013 - Monitoraggio periodico trasversale</b>   | ORG013 - SS RAPPORTI GIURIDICI ECONOMICI PREVIDENZIALI          | F.F1 - RISCHI E MISURE         | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO                         |
|    | Basso | 0        | <b>F.1.01.ORG012 - Monitoraggio generale II livello RPCT</b>   | ORG012 - SSD AFFARI GENERALI E TUTELA PRIVACY                   | F.F1 - RISCHI E MISURE         | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO                         |
|    | Basso | 0        | <b>ORG010.F.F1 - Monitoraggio periodico trasversale</b>  | ORG010 - SSD MANUTENZIONE E IMPIANTI - PREVENZIONE E PROTEZIONE | F.F1 - RISCHI E MISURE         | F - VIGILANZA - CONTROLLI - ISPEZIONI - RISCHIO CLINICO                         |
|    | Basso | 0        | <b>H.H4.116.ORG006 - Consulenza medico legale negli ambiti classici dell'attività clinica</b>            | ORGUNIT001 - Policlinico Riuniti di Foggia                      | H.H4 - GESTIONE MEDICO LEGALE  | H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO   |
|    | Basso | 0        | <b>B.B7.77.ORG066 - Prestazioni sanitarie</b>  | ORG066 - NEUROFISIOPATOLOGIA                                    | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP       | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             |
|    | Basso | 0        | <b>I.I2.78.ORG055 - Prestazioni sanitarie e diagnostica strumentale</b>                                  | ORG055 - Stroke Unit e NEUROSONOLOGIA                           | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP       | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             |
|    | Basso | 0        | <b>I.I2.79.ORG082 - Attività diagnostico-assistenziale</b>   | ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA                          | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP       | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             |
|    | Basso | 0        | <b>I.I2.125.ORG003 - Gestione attività laboratoristiche</b>  | ORGUNIT001 - Policlinico Riuniti di Foggia                      | I.I2 - PRESTAZIONI E CUP       | I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA                             |
|  | Basso | 0        | <b>M.M4.140.ORG016 - Registrazione dei movimenti in entrata ed in uscita di tutti i prodotti gestiti</b> | ORGUNIT001 - Policlinico Riuniti di Foggia                      | M.M4 - MOVIMENTAZIONI PRODOTTI | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA |
|  | Basso | 0        | <b>M.M8.79.ORG082 - Rapporti con Aziende del Farmaco</b>   | ORG082 - SC REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA                          | M.M8 - SPONSORIZZAZIONI        | M - FARMACEUTICA, SPERIMENTAZIONI - SPONSORIZZAZIONI - INFORMAZIONE SCIENTIFICA |

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

| ID    | Domanda   | Risposta<br>(selezionare dal menu a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto) | Ulteriori Informazioni<br>(Max 2000 caratteri)  |
|-------|---|---|---|
| 2     | <b>GESTIONE DEL RISCHIO</b>   |   |   |
| 2.A   | Indicare se è stato effettuato il monitoraggio di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o nel PTPCT ( <u>domanda facoltativa</u> )  | Sì (indicare le principali criticità riscontrate e le relative iniziative adottate)                     | Non sono emerse particolari criticità nelle azioni di coordinamento del RPCT grazie al forte commitment della Direzione Strategica. La difficoltà iniziale nel coinvolgimento di tutti i referenti interni aziendali nella fase di rendicontazione delle misure anticorruptive è stata superata con maggiori interazioni e riunioni con tutti i Dirigenti interessati e con l'ausilio di una piattaforma software per il governo del sistema anticorruptivo aziendale |
| 2.A.4 | Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento  |   |   |
| 2.B   | Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti e gli eventi corruttivi e le condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 ( § 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 ( § 3.3.) e come mappati nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o nei PTPCT delle amministrazioni/enti): |   |   |
| 2.B.1 | Acquisizione e gestione del personale   |   |   |
| 2.B.2 | Contratti pubblici  |   |   |
| 2.B.3 | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario  |   |   |
| 2.B.4 | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario   |   |   |
| 2.B.5 | Affari legali e contenzioso   |   |   |
| 2.B.6 | Incarichi e Nomine  |   |   |
| 2.B.7 | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio  |   |   |
| 2.B.8 | Aree di rischio ulteriori (elencare quali)  |   |   |
| 2.B.9 | Non si sono verificati eventi corruttivi  | Sì  |   |

|       |  |   |   |
|-------|--|---|---|
| 2.C   | Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o nel PTPCT 2023 erano state previste misure per il loro contrasto                              |   |   |
| 2.E   | Indicare se sono stati mappati i processi secondo quanto indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019 (§ 3.2.) e nel documento ANAC Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza del 2.2.2023 | Si, tutti   |   |
| 2.F   | Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle seguenti aree:   |   |   |
| 2.F.1 | Contratti pubblici   | Si  |   |
| 2.F.2 | Incarichi e nomine   | Si  |   |
| 2.F.3 | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario   | Si  |   |
| 2.F.4 | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario  | Si  |   |
| 2.F.5 | Acquisizione e gestione del personale  | Si  |   |
| 2.G   | Indicare se la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni/enti ( <i>domanda facoltativa</i> )                                | No  |   |
| 3     | <b>MISURE SPECIFICHE</b>   |   |   |
| 3.A   | Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali   | Si,   |   |
| 3.B.  | Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate ( <i>domanda facoltativa</i> )   | Misura anti-pantouflage nei contratti di lavoro<br>Misura anti-revolving doors nei bandi di gara<br>Misura per la gestione delle segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti |   |
| 4     | <b>TRASPARENZA</b>   |   |   |
| 4.A   | Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente"  | Si (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)   | bandi di gara e contratti - determine e delibere - gestione documentale |
| 4.B   | Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente", ha l'indicatore delle visite  | Si (indicare il numero delle visite)  | 28.377 visualizzazioni  |
| 4.C   | Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice"  | Si (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)                                      | 5   |
| 4.D   | Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato"   | Si (riportare il numero complessivo di richieste pervenute e, se disponibili, i settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato)                                     | 1   |
| 4.E   | Indicare se è stato istituito il registro degli accessi  | Si (se disponibili, indicare i settori delle richieste)   | Area del Personale, Direzione Amministrativa                            |

|       |  |  |   |
|-------|--|--|---|
| 4.F   | E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze (domanda facoltativa)  | Si   |   |
| 4.G   | Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati   | Si (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi) | Monitoraggio semestrale con rilievi sulla totalità degli adempimenti pubblicistici  |
| 4.H   | Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento  |  | Nell'ultima relazione di monitoraggio predisposta in materia di Trasparenza sono emersi alcuni profili di miglioramento successivamente condivisi con le Strutture competenti per i conseguenti adempimenti |
| 5     | <b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>  |  |   |
| 5.A   | Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione  | Si   |   |
| 5.B   | Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione  |  |   |
| 5.E   | Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare se ha riguardato, in particolare:<br>(domanda facoltativa)   |  |   |
| 5.E.1 | Etica ed integrità   | si   |   |
| 5.E.2 | I contenuti dei codici di comportamento  | si   |   |
| 5.E.3 | I contenuti del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza PIAO  | si   |   |
| 5.E.4 | Processo di gestione del rischio   | si   |   |
| 5.C   | Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:   |  |   |
| 5.C.1 | SNA  |  |   |
| 5.C.2 | Università   |  |   |
| 5.C.3 | Altro soggetto pubblico (specificare quali)  |  |   |
| 5.C.4 | Soggetto privato (specificare quali)   |  | NB Consulting   |
| 5.C.5 | Formazione in house  |  |   |
| 5.C.6 | Altro (specificare quali)  |  |   |
| 5.D   | Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti | la formazione avviene attraverso una piattaforma online fruibile da parte di tutti i dipendenti h 24 tramite FAD               |   |
| 6     | <b>ROTAZIONE DEL PERSONALE</b>   |  |   |
| 6.A   | Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:   |  |   |
| 6.A.1 | Numero dirigenti o equiparati  | 554  | Ruolo sanitario:<br>Dirigenza medico-veterinaria: 484<br>Dirigenza sanitaria: 51<br>Ruolo professionale: 4<br>Dirigenza:17<br>Ruolo amministrativo: 13  |

|       |   |  |  |
|-------|---|--|--|
| 6.A.2 | Numero non dirigenti o equiparati   | 2053   | Ruolo sanitario:<br>Comparto: 1331<br>Ruolo Professionale:<br>Comparto: 1<br>Ruolo tecnico:<br>Comparto: 547<br>Ruolo amministrativo:<br>Comparto: 171 |
| 6.B   | Indicare se nell'anno 2023 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio   |  |  |
| 6.C   | Indicare se l'ente, nel corso del 2023, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2023 (domanda facoltativa)  |  |  |
| 7     | <b>INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013</b>  |  |  |
| 7.A   | Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità  | Sì (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate) | sono state verificate le attestazioni del DG/DA/DS. Nessuna violazione accertata   |
| 7.B   | Indicare, con riferimento all'anno 2023, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013   | No   |  |
| 8     | <b>INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013</b>  |  |  |
| 8.A   | Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità  | Sì (indicare quali e il numero di violazioni accertate)                            | Per tutti i Dirigenti è richiesta annualmente la compilazione della modulistica di autocertificazione. Nessuna violazione accertata                    |
| 9     | <b>CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI</b>  |  |  |
| 9.A   | Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi  | Sì   |  |
| 9.C   | Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati  | No   |  |
| 10    | <b>TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)</b>   |  |  |
| 10.A  | Indicare se è stata attivata una procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione | Sì   |  |

|        |  |   |   |
|--------|--|---|---|
| 10.B   | Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione  |   |   |
| 10.C   | Se non è stato attivato il sistema informativo dedicato, indicare attraverso quali altri mezzi il dipendente pubblico può inoltrare la segnalazione  |   |   |
| 10.D   | Se è stata attivata la procedura, indicare se sono pervenute segnalazioni di <i>whistleblower</i>  | Si, (indicare il numero delle segnalazioni) | 3   |
| 10.G   | Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie ( <i>domanda facoltativa</i> )  |   | La piattaforma web implementata per la gestione delle segnalazioni di illeciti soddisfa i requisiti formali e sostanziali previsti dalla vigenti normative in materia, comprese le misure a tutela della riservatezza dei segnalanti. I dipendenti segnalano esclusivamente al RPCT e tassativamente in conformità alla procedura del sistema informatico di anonimato dedicato, le situazioni di illecito ai sensi ed in attuazione della L.179/2017, avvalendosi della piattaforma "whistleblowing" all'indirizzo web |
| 11     | <b>CODICE DI COMPORTAMENTO</b>   |   |   |
| 11.A   | Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013)   | Si  |   |
| 11.B   | Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni) ( <i>domanda facoltativa</i> ) | Si  |   |
| 11.C   | Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione   | No  |   |
| 12     | <b>PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI</b>  |   |   |
| 12.B   | Indicare se nel corso del 2023 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti  |   |   |
| 12.D   | Se nel corso del 2023 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, indicare quanti sono riconducibili a fatti penalmente rilevanti (il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):   |   |   |
| 12.D.1 | Peculato - art. 314 c.p.   |   | 0   |
| 12.D.2 | Concussione - art. 317 c.p.  |   | 0   |
| 12.D.3 | Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.  |   | 0   |
| 12.D.4 | Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio -art. 319 c.p.   |   | 0   |
| 12.D.5 | Corruzione in atti giudiziari -art. 319ter c.p.  |   | 0   |
| 12.D.6 | Induzione indebita a dare o promettere utilità - art. 319 quater c.p.  |   | 0   |



|         |   |   |    |
|---------|---|---|----|
| 12.D.7  | Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio -art. 320 c.p.  |   | 0  |
| 12.D.8  | Istigazione alla corruzione -art. 322 c.p.  |   | 0  |
| 12.D.9  | Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.   |   | 0  |
| 12.D.10 | Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.  |   | 0  |
| 12.D.11 | Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 c.p.  |   | 0  |
| 12.D.12 | Altro (specificare quali)   |   | 0  |
| 12.E    | <b>Indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, penalmente rilevanti e non (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree):</b>  |   |    |
| 12.E.1  | Contratti pubblici  |   | 0  |
| 12.E.2  | Incarichi e nomine  |   | 0  |
| 12.E.3  | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario  |   | 0  |
| 12.E.4  | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario   |   | 0  |
| 12.E.5  | Acquisizione e gestione del personale   |   | 0  |
| 12.F    | <b>Indicare se nel corso del 2023 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali</b>  | Si (indicare il numero di procedimenti) | 29 |
| 13      | <b>ALTRE MISURE</b>   |   |    |
| 13.A    | Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.                     | No                                      |    |
| 13.B    | Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati   | No                                      |    |
| 14      | <b>ROTAZIONE STRAORDINARIA</b>  |   |    |
| 14.A    | Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. 1-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva | No                                      |    |
| 15      | <b>PANTOUFLAGE</b>  |   |    |
| 15.A    | Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti   | No                                      |    |

|      |  |                                   |   |
|------|--|-----------------------------------|---|
| 15.B | <b>Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage</b> | Sì ( indicare le misure adottate) | a) nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;<br>b) nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. |
|------|--|-----------------------------------|---|



## PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026

| PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA   |  |  |  |             |             |             |
|---|--|--|--|-------------|-------------|-------------|
| Misure di gestione del rischio corruttivo   | Scadenza   | Responsabile dell'attuazione della misura    | Indicatore   | target 2024 | target 2025 | target 2026 |
| Elaborazione della proposta di PTPCT  | In tempi utili ai fini della adozione del PTPCT entro il 15 gennaio di ogni anno | RPCT   | Elaborazione della proposta di PTPC entro il termine fissato   | Si          | Si          | Si          |
| Adozione del PTPCT  | 31 Gennaio di ogni anno  | Direzione Generale                           | Approvazione della delibera di adozione nei termini fissati  | Si          | Si          | Si          |
| Pubblicazione sul sito web aziendale del PTPCT e trasmissione alla Regione Puglia                                 | Entro il 31 Gennaio di ogni anno   | RPCT   | Si/No  | Si          | Si          | Si          |
| Recepimento degli obiettivi e delle misure di gestione del rischio previste dal PTPCT nel Piano della Performance | 31 Gennaio di ogni anno  | Il Direttore della UOC Controllo di Gestione | Presenza nel Piano della Performance degli obiettivi e delle misure di gestione del rischio previste dal PTPCT | Si          | Si          | Si          |

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|  |   |  |   |      |      |      |
|--|---|--|---|------|------|------|
| Trasmissione al RPCT, tramite piattaforma web centralizzata, dell'attuazione delle misure previste dal PTPCT | 15 gennaio di ogni anno                                       | Responsabili delle Strutture aziendali | % delle Relazioni annuali trasmesse nei termini attraverso la piattaforma centralizzata aziendale   | 100% | 100% | 100% |
| Relazione annuale del RPCT sui risultati delle attività e sull'attuazione delle misure previste dal PTPCT    | 15 gennaio di ogni anno o diverso termine stabilito dall'ANAC | RPCT                                   | Predisposizione della Relazione entro i termini pubblicazione sul sito web aziendale e trasmissione di detta Relazione al DG e all'OIV per la valutazione dei Dirigenti | Sì   | Sì   | Sì   |


**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

| <b>CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE</b>  |  |   |  |                    |                    |                    |
|---|--|---|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Misure di gestione del rischio corruttivo</b>  | <b>Scadenza</b>  | <b>Responsabile dell'attuazione della misura</b>                                      | <b>Indicatore</b>  | <b>target 2024</b> | <b>target 2025</b> | <b>target 2026</b> |
| Informazione sugli obblighi di condotta previsti dal Codice di Comportamento Aziendale ai dipendenti e alla società civile all'interno della Giornata della Trasparenza | Entro il mese di novembre di ciascun anno              | RPCT, Area Controllo di Gestione e URP  | Informazione sugli obblighi di condotta del Codice di comportamento all'interno della Giornata della Trasparenza | Si                 | Si                 | Si                 |
| Inserimento della condizione dell'osservanza del Codice di Comportamento negli atti di conferma degli incarichi per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo          | All'atto dei nuovi conferimenti                        | Gestione del Personale  | Presenza della clausola negli atti di conferimento   | Si                 | Si                 | Si                 |
| Inserimento della condizione dell'osservanza del Codice di Comportamento negli atti di gara, contratti e convenzioni per i collaboratori e dipendenti                   | All'atto dei nuovi affidamenti e rapporti contrattuali | Dirigenti Responsabili che gestiscono i relativi procedimenti e rapporti contrattuali | Presenza della clausola negli atti di gara, nei contratti e nelle convenzioni con le strutture private           | Si                 | Si                 | Si                 |

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|  |                         |   |   |      |      |      |
|--|-------------------------|---|---|------|------|------|
| delle ditte fornitrici dei servizi   |                         |   |   |      |      |      |
| Comunicazioni al RPCT delle violazioni alle norme del Codice di Comportamento e di altri illeciti di natura corruttiva   | Tempestive              | Responsabili di Struttura;<br>Responsabile dell'ufficio per i procedimenti disciplinari | % di violazioni e illeciti comunicati all' RPCT sul totale delle violazioni e illeciti contestati ai dipendenti | 100% | 100% | 100% |
| Trasmissione al RPCT della reportistica su: violazioni contestate ai dipendenti; procedimenti disciplinari attivati e conclusi; sanzioni erogate, e archiviazioni disposte, utilizzando il format predisposto dal RPCT | 15 gennaio di ogni anno | Responsabile dell'ufficio per i procedimenti disciplinari                               | N. Report trasmessi al RPCT tramite piattaforma centralizzata   | n. 1 | n.1  | n.1  |

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|  |                         |   |       |    |    |    |
|--|-------------------------|---|-------|----|----|----|
| Risultanze del monitoraggio sul rispetto del Codice di Comportamento Aziendale | 31dicembre di ogni anno | RPCT in collaborazione con il Responsabile dell'ufficio per i procedimenti disciplinari | SI/NO | SI | SI | SI |
|--|-------------------------|---|-------|----|----|----|

**INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI (D.LGS 39/2013 ART. 20)**

| Misure di gestione del rischio corruttivo   | Scadenza                                  | Responsabile dell'attuazione della misura                               | Indicatore | target 2024 | target 2025 | target 2026 |
|---|---|---|------------|-------------|-------------|-------------|
| Trasmissione al RPCT delle dichiarazioni ex art.20 del D.lgs 39/2013                    | Entro il mese di giugno di ogni anno      | DG/DA/DS e tutti i Responsabili di Struttura complessa e dipartimentale | SI/NO      | SI          | SI          | SI          |
| Pubblicazione sul sito web aziendale delle dichiarazioni ex art.20 del D.lgs 39/2013    | Ad avvenuta ricezione delle dichiarazioni | RPCT  | Si/NO      | SI          | SI          | SI          |
| Verifiche periodiche volte ad accertare che gli interessati rendano le dichiarazioni in | n.2 verifiche infrannuali                 | RPCT  | SI/NO      | SI          | SI          | SI          |

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|   |  |                        |       |    |    |    |
|---|--|------------------------|-------|----|----|----|
| parola.   |  |                        |       |    |    |    |
| Inserimento negli atti relativi al conferimento e rinnovo degli incarichi dirigenziali, di una clausola che condiziona il conferimento e il rinnovo dell'incarico al rilascio e aggiornamento annuale della dichiarazione prevista dall'art.20 del Dlgs 39/2013 | All' atto della conferma/rinnovo degli incarichi | Gestione del Personale | Si/NO | SI | SI | SI |

**OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE**

| Misure di gestione del rischio corruttivo   | Scadenza                              | Responsabile dell'attuazione della misura             | Indicatore | target 2024 | target 2025 | target 2026 |
|---|---------------------------------------|---|------------|-------------|-------------|-------------|
| Trasmissione al RPCT, tramite piattaforma web centralizzata, di relazione annuale sul monitoraggio del rispetto dell'obbligo di astensione in | Entro il mese di gennaio di ogni anno | Tutti i Resp. di Struttura complessa e dipartimentale | SI/NO      | SI          | SI          | SI          |



**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|  |            |   |       |    |    |    |
|--|------------|---|-------|----|----|----|
| caso di conflitto di interesse<br>Monitoraggio segnalazioni conflitti interesse                                  |            |   |       |    |    |    |
| Trasmissione al RPCT delle dichiarazioni di astensione ricevute dal Responsabile di Struttura                    | tempestiva | Tutti i Resp. di Struttura complessa e dipartimentale | SI/NO | SI | SI | SI |
| Trasmissione al RPCT delle autodichiarazioni annuali sulla insussistenza di condizioni di conflitto di interesse | annuale    | Tutti i Resp. di Struttura complessa e dipartimentale | SI/NO | SI | SI | SI |

**INCOMPATIBILITÀ A SEGUITO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A. (ART. 35 BIS DEL DECRETO DEGISLATIVO 165/2001)**

| Misure di gestione del rischio corruttivo   | Scadenza   | Responsabile dell'attuazione della misura                                      | Indicatore | target 2024 | target 2025 | target 2026 |
|---|------------|--|------------|-------------|-------------|-------------|
| Verifica della sussistenza di precedenti penali al momento della formazione di Commissioni di concorso e di commissioni | tempestiva | Gestione del Personale<br>Area Tecnica<br>Area Patrimonio<br>SIA<br>Formazione | SI/NO      | Si          | Si          | Si          |

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|   |                                      |  |       |    |    |    |
|---|--------------------------------------|--|-------|----|----|----|
| per l'affidamento di commesse   |                                      |  |       |    |    |    |
| Verifica della sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici che svolgono l'attività prevista dall'art.35 bis del decreto legislativo 165/2001 | tempestiva                           | Gestione del Personale                           | SI/NO | Si | Si | Si |
| Verifica sull'elenco nominativo del personale dipendente che abbia fatto parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi                        | Entro il 10 novembre di ciascun anno | RPC in collaborazione con Gestione del Personale | SI/NO | Si | Si | Si |

**INCARICHI A SOGGETTI IN QUIESCENZA (ART.5, COMMA 6 DEL DL 95/2012 COME MODIFICATO DALL'ART. 6 DEL D.L. 90/2014)**

| Misure di gestione del rischio corruttivo               | Scadenza | Responsabile dell'attuazione della misura | Indicatore | target 2024 | target 2025 | target 2026 |
|---|----------|---|------------|-------------|-------------|-------------|
| Verifica della insussistenza della condizione ostativa, |          |   |            |             |             |             |


**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|  |                           |                        |       |    |    |    |
|--|---------------------------|------------------------|-------|----|----|----|
| dandone anche attestazione nell'atto di conferimento dell'incarico | All'atto del conferimento | Gestione del Personale | SI/NO | Si | Si | Si |
|--|---------------------------|------------------------|-------|----|----|----|

| <b>ART.53 COMMA 16 TER DEL D.LGS. 165/2001-ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO</b>   |  |  |  |             |             |             |
|---|--|--|--|-------------|-------------|-------------|
| Misure di gestione del rischio corruttivo   | Scadenza   | Responsabile dell'attuazione della misura                      | Indicatore   | target 2024 | target 2025 | target 2026 |
| Rispetto di quanto previsto dall'art.53, comma 16 ter del d.lgs. 165/2001, come modificato ed integrato dall'art.1, comma 42 della L.n. 190/2012.   | Decorrenza immediata                                       | Tutte le Strutture che predispongono bandi e procedura di gara | SI/NO  | Si          | Si          | Si          |
| Inserimento nei bandi di gara, negli affidamenti anche con procedura negoziata e nei contratti con le strutture private della condizione di non aver concluso contratti di lavoro e di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti | Decorrenza immediata per le nuove procedure di affidamento | Tutte le Strutture che predispongono bandi e procedura di gara | Presenza della clausola nei bandi e negli atti di gara | Si          | Si          | Si          |

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| dell' AOU di Foggia che hanno esercitato poteri negoziali o autoritativi per conto dell' Azienda nei confronti del partecipante/offerente/contraente nel triennio successivo alla cessazione del rapporto |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|

| <b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>   |  |  |   |                    |                    |                    |
|---|--|--|---|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Misure di gestione del rischio corruttivo</b>  | <b>Scadenza</b>  | <b>Responsabile dell'attuazione della misura</b> | <b>Indicatore</b>   | <b>target 2024</b> | <b>target 2025</b> | <b>target 2026</b> |
| Inserimento all'interno del Piano di Formazione di percorsi formativi sulla L.190/2012 e sulle misure di gestione del rischio per il RPCT | In concomitanza con l'approvazione del Piano annuale di formazione dell' Azienda | Formazione in collaborazione con il RPCT         | Presenza di eventi formativi dedicati per il RPCT all'interno del Piano di formazione aziendale | Almeno 1 evento    | Almeno 1 evento    | Almeno 1 evento    |


**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|  |   |   |  |   |   |   |
|--|---|---|--|---|---|---|
| Inserimento all'interno del Piano di Formazione di percorsi formativi sulla L.190/2012 e sulle misure di gestione del rischio per il RPCT      | In concomitanza con l'approvazione del Piano annuale di formazione dell'Azienda | Formazione in collaborazione con il RPCT            | Presenza di eventi formativi dedicati per il RPCT all'interno del Piano di formazione aziendale      | Almeno 1 evento   | Almeno 1 evento   | Almeno 1 evento   |
| Inserimento all'interno del Piano di Formazione di percorsi formativi sulla L.190/2012 e sulle misure di gestione del rischio per i dipendenti | In concomitanza con l'approvazione del Piano annuale di formazione dell'Azienda | Formazione in collaborazione con il RPC             | Presenza di eventi formativi dedicati per i dipendenti all'interno del Piano di formazione aziendale | Almeno 1 evento rivolto prioritariamente ai dipendenti delle aree a maggior rischio | Almeno 1 evento rivolto prioritariamente ai dipendenti delle aree a maggior rischio | Almeno 1 evento rivolto prioritariamente ai dipendenti delle aree a maggior rischio |
| Definizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti   | Entro aprile  | RPCT in collaborazione con le Strutture interessate | SI/NO  | Sì  | Sì  | Sì  |
| Realizzazione in Azienda   | Entro   | RPCT in collaborazione                              |  |   |   |   |


**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|   |          |   |       |    |    |    |
|---|----------|---|-------|----|----|----|
| dell'evento formativo rivolto ai dipendenti selezionati | novembre | con l'Ufficio Formazione e con le Strutture interessate | SI/NO | Si | Si | Si |
|---|----------|---|-------|----|----|----|

| <b>ART. 54 BIS DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 165/2001 - TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWER)</b> |                 |   |                   |                    |                    |                    |
|---|-----------------|---|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Misure di gestione del rischio corruttivo</b>  | <b>Scadenza</b> | <b>Responsabile dell'attuazione della misura</b>  | <b>Indicatore</b> | <b>target 2024</b> | <b>target 2025</b> | <b>target 2026</b> |
| Attività di Informazione ai dipendenti sulla procedura del whistleblowing   | Entro l'anno    | I Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali  | SI/NO             | Si                 | Si                 | Si                 |
| Istruttoria delle segnalazioni che pervengano al RPCT   | tempestiva      | RPCT, con la collaborazione delle strutture interessate ai fini dell'acquisizione delle informazioni necessarie | SI/NO             | Si                 | Si                 | Si                 |



## PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026

|  |              |  |       |    |    |    |
|--|--------------|--|-------|----|----|----|
| Trasmissione all'RPCT delle informazioni concernenti eventuali fatti, atti, eventi, o omissioni che presentano profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme in vigore. | tempestiva   | I Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali | SI/NO | Sì | Sì | Sì |
| Inserimento della tematica Whistleblowing all'interno del Corso di Formazione rivolto ai dipendenti  | Entro l'anno | RPCT   | SI/NO | SI | SI | SI |

## AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE VERSO LA SOCIETÀ CIVILE

| Misure di gestione del rischio corruttivo   | Scadenza     | Responsabile dell'attuazione della misura | Indicatore                | target 2024 | target 2025 | target 2026 |
|---|--------------|---|---------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Attività di Informazione sui temi della legalità e delle misure di gestione del rischio programmate dall'Azienda all'interno della Giornata della Trasparenza | Entro l'anno | RPCT, Controllo di Gestione               | Realizzazione dell'evento | Sì          | Sì          | Sì          |



## PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026

| MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI                    |                         |  |            |             |             |             |
|--|-------------------------|--|------------|-------------|-------------|-------------|
| Misure di gestione del rischio corruttivo  | Scadenza                | Responsabile dell'attuazione della misura                              | Indicatore | target 2024 | target 2025 | target 2026 |
| Trasmissione annuale della reportistica sul monitoraggio procedimenti amministrativi al RPCT | 15 gennaio di ogni anno | Responsabili delle Strutture Aziendali con procedimenti amministrativi | SI/NO      | Sì          | Sì          | Sì          |

| MONITORAGGIO DEI RAPPORTI CON I SOGGETTI CON I QUALI INTERCORRONO RAPPORTI A RILEVANZA ECONOMICA |                                  |  |            |   |   |   |
|--|----------------------------------|--|------------|---|---|---|
| Misure di gestione del rischio corruttivo  | Scadenza                         | Responsabile dell'attuazione della misura  | Indicatore | target 2024   | target 2025   | target 2026   |
| Trasmissione al RPCT esito monitoraggio tramite piattaforma web                                  | Entro il 15 gennaio di ogni anno | Responsabili delle Strutture i cui procedimenti amministrativi sono finalizzati alla stipula di contratti, di convenzioni, al rilascio di autorizzazioni e | SI/NO      | Invio della relazione da parte del 100% delle Strutture aziendali tenute a tale adempimento | Invio della relazione da parte del 100% delle Strutture aziendali tenute a tale adempimento | Invio della relazione da parte del 100% delle Strutture aziendali tenute a tale adempimento |



**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | concessioni,<br>nonché alla<br>concessione di<br>vantaggi<br>economici di<br>qualsiasi<br>genere |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

**ROTAZIONE DEL PERSONALE**

| <b>Misure di gestione del rischio corruttivo</b>   | <b>Scadenza</b>          | <b>Responsabile dell'attuazione della misura</b>   | <b>Indicatore</b> | <b>target 2024</b>                               | <b>target 2025</b>                               | <b>target 2026</b>                               |
|--|--------------------------|--|-------------------|--|--|--|
| Elaborare e attuare un piano pluriennale di rotazione del personale da trasmettere al RPCT | Da stabilire annualmente | Gestione Risorse Umane<br><br>Direzione Strategica | SI/NO             | Trasmissione del Piano di Rotazione entro giugno | Trasmissione del Piano di Rotazione entro giugno | Trasmissione del Piano di Rotazione entro giugno |


**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|  |                                      |   |  |    |    |    |
|--|--------------------------------------|---|--|----|----|----|
| Richiesta annuale da parte del RPCT di una relazione sulla effettiva rotazione del personale | Entro il 30 dicembre di ciascun anno | RPCT in collaborazione con le Strutture interessate | N. Strutture che hanno effettuato la misura della rotazione come prevista nei rispettivi piani di rotazione sul totale delle Strutture | Sì | Sì | Sì |
|--|--------------------------------------|---|--|----|----|----|

| SPONSORIZZAZIONI DI EVENTI FORMATIVI  |            |   |                |                    |                    |                    |
|---|------------|---|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Misure di gestione del rischio corruttivo   | Scadenza   | Responsabile dell'attuazione della misura | Indicatore     | target 2024        | target 2025        | target 2026        |
| Monitoraggio del rispetto del Regolamento aziendale in materia di sponsorizzazioni  | tempestivo | Area Formazione                           | report annuale | N.1 report annuale | N.1 report annuale | N.1 report annuale |
| Verificare:<br>1. Il personale autorizzato a partecipare ad eventi formativi esterni sponsorizzati;<br>2. il n. di sponsorizzazioni fruite da ciascun dipendente; | tempestivo | Area Formazione                           | report annuale | N.1 report annuale | N.1 report annuale | N.1 report annuale |


**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 3. il n. di offerte di sponsorizzazioni da parte di ciascuno sponsor;<br>4. rispetto dei tempi di trasmissione delle offerte da parte degli sponsor. |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

| <b>ALPI</b>  |  |  |                          |                    |                    |                    |
|--|--|--|--------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Misure di gestione del rischio corruttivo</b>   | <b>Scadenza</b>                                    | <b>Responsabile dell'attuazione della misura</b> | <b>Indicatore</b>        | <b>target 2024</b> | <b>target 2025</b> | <b>target 2026</b> |
| Verifica del rispetto dell'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale | Report entro il 30 dicembre da trasmettere al RPCT | Responsabile ALPI                                | Trasmissione n. 1 Report | N.1 report         | N.1 report         | N.1 report         |
| Verifica periodica del rispetto dei volumi di attività in ALPI concordati in sede di autorizzazione    | Report entro il 30 dicembre da trasmettere al RPCT | Responsabile ALPI                                | Trasmissione n. 1 Report | N.1 report         | N.1 report         | N.1 report         |
| Periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo                                      | Report annuale da trasmettere                      | Responsabile ALPI                                | Trasmissione n. 1 Report | N.1 report         | N.1 report         | N.1 report         |

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|   |  |                                       |       |    |    |    |
|---|--|---------------------------------------|-------|----|----|----|
| svolgimento dell'ALPI   | all'RPCT entro il 30 dicembre          |                                       |       |    |    |    |
| Adozione di un sistema di gestione informatizzata dell'ALPI, dalla prenotazione alla fatturazione | Implementazione sistema informatizzato | Ufficio Sistemi informatici aziendali | SI/NO | SI | SI | SI |


**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

| RIDUZIONE DEL RICORSO ALLA PROROGA NEI CONTRATTI PUBBLICI  |   |   |  |             |             |             |
|--|---|---|--|-------------|-------------|-------------|
| Misure di gestione del rischio corruttivo  | Scadenza                                    | Responsabile dell'attuazione della misura                                   | Indicatore   | target 2024 | target 2025 | target 2026 |
| Programmazione triennale e aggiornamento annuale dei beni da acquistare e/o dei servizi da appaltare | entro il 31 gennaio dell'anno di competenza | Area Patrimonio<br>Area Tecnica<br>Tutte le Strutture interessate aziendali | Trasmissione al RPCT dei seguenti indicatori in uno agli atti di programmazione sugli approvvigionamenti <ul style="list-style-type: none"> <li>• N. proroghe sul totale degli affidamenti relative all'anno precedente;</li> <li>• Valore economico delle proroghe sul totale del valore economico degli affidamenti</li> </ul> | SI          | SI          | SI          |

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|  |   |   | riferito<br>all'anno<br>precedente |       |       |       |
|--|---|---|------------------------------------|-------|-------|-------|
| Monitoraggio dei contratti in scadenza ai fini della preparazione degli atti di gara | Report annuale da inviare al RPCT entro il 30 dicembre  | Area Patrimonio<br>Area Tecnica<br>Tutte le Strutture interessate aziendali | Trasmissione n. 1 report           | Si/NO | Si/NO | Si/No |
| Monitoraggio delle proroghe dei rapporti contrattuali                                | Report annuale sulle proroghe da inviare al RPCT tramite piattaforma web, entro il 15 gennaio, con l'indicazione del soggetto a favore del quale è stata disposta la proroga, dell'oggetto e dell'importo della proroga nonché delle ragioni del mancato espletamento delle | Area Patrimonio<br>Area Tecnica<br>Tutte le Strutture interessate aziendali | Trasmissione n. 1 report           | SI    | SI    | SI    |

**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

|  |                   |  |  |  |  |  |
|--|-------------------|--|--|--|--|--|
|  | procedure di gara |  |  |  |  |  |
|--|-------------------|--|--|--|--|--|

| <b>PATTI DI INTEGRITÀ</b>  |                                   |   |                   |                    |                    |                    |
|--|-----------------------------------|---|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Misure di gestione del rischio corruttivo</b>   | <b>Scadenza</b>                   | <b>Responsabile dell'attuazione della misura</b>                            | <b>Indicatore</b> | <b>target 2024</b> | <b>target 2025</b> | <b>target 2026</b> |
| Monitoraggio dell'effettivo inserimento dei Patti di Integrità nei capitolati di gara e nei contratti di aggiudicazione del rispetto di detti Patti. | Entro il 30 dicembre di ogni anno | Area Patrimonio<br>Area Tecnica<br>Tutte le Strutture interessate aziendali | SI/NO             | SI                 | SI                 | SI                 |


**PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026**

| APPROVVIGIONAMENTI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE   |            |   |            |             |             |             |
|--|------------|---|------------|-------------|-------------|-------------|
| Misure di gestione del rischio corruttivo  | Scadenza   | Responsabile dell'attuazione della misura   | Indicatore | target 2024 | target 2025 | target 2026 |
| Utilizzo della piattaforma digitale di approvvigionamento certificate secondo il nuovo Codice dei Contratti  | tempestiva | Tutte le Strutture che espletano le procedure di gara ad eccezione degli affidamenti da fondo economale | SI/NO      | SI          | SI          | SI          |
| Procedure di aggiudicazione e regole di pubblicità. Pubblicità legale e amministrativa secondo il nuovo Codice dei Contratti (d.lgs 36/23) e provvedimenti ANAC 2023 | tempestiva | Tutte le Strutture che espletano le procedure di gara   | SI/NO      | SI          | SI          | SI          |





## PIANO DELLE AZIONI – POLICLINICO DI FOGGIA - TRIENNIO 2024-2026

| RENDICONTAZIONE PERIODICA DELLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE ATTRAVERSO PIATTAFORMA WEB CENTRALIZZATA  |   |   |  |             |             |             |
|--|---|---|--|-------------|-------------|-------------|
| Misure di gestione del rischio corruttivo  | Scadenza  | Responsabile dell'attuazione della misura | Indicatore   | target 2024 | target 2025 | target 2026 |
| <p>Rendicontazione semestrale delle misure attuate rispetto a quelle programmate con l'ausilio di piattaforma web centralizzata</p> <p>1)breve descrizione delle attività espletate nella struttura di competenza con l'indicazione dei macro-processi organizzativi interni;</p> <p>2)formulazione di un giudizio sintetico sul livello di esposizione al rischio corruttivo per ciascun processo organizzativo, motivandolo anche con eventuali evidenze documentali;</p> <p>3)breve descrizione delle misure di trattamento del rischio applicate o da applicarsi (misure di controllo, trasparenza, regolamentazione, rotazione, formazione etc.) secondo il vigente Piano triennale per la prevenzione della corruzione</p> <p>4)eventuali criticità rilevate e/o segnalazioni illeciti ricevute da dipendenti/cittadini.</p> | Semestrale (entro luglio e gennaio di ciascun anno) | Tutti i Dirigenti Responsabili            | <p>SI/NO</p> <p>Presenza rendicontazione periodica da effettuarsi tramite la piattaforma web aziendale dedicata al governo degli adempimenti in materia di anticorruzione.</p> | SI          | SI          | SI          |

**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA**

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)                      | Riferimento normativo   | Denominazione del singolo obbligo   |  | Aggiornamento  | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati    | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati         | Monitoraggio RPCT |
|---|--|---|---|--|--|---|---|-------------------|
| <b>DISPOSIZIONI GENERALI</b>                          | <b>Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza</b> | Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013                            | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)   | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012   | Annuale  | Responsabile della Trasparenza                                | RPCT  | semestrale        |
|   | <b>Atti Generali</b>   | Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013                                      | Riferimenti normativi su organizzazione e attività  | Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                    | Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale       | Risorse Umane - AGRF - AREA AFFARI GENERALI - AGT - AREA PATRIMONIO | semestrale        |
|   |  |   | Atti amministrativi generali  | Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                    | Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale       | Risorse Umane - AGRF - AREA AFFARI GENERALI - AGT - AREA PATRIMONIO | semestrale        |
|   |  |   | Documenti di programmazione strategico-gestionale   | Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza   | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                    | Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale       | Direzione Generale  | semestrale        |
|   |  | Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013                                      | Statuti e leggi regionali   | Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione   | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                    | Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale       | AFFARI GENERALI   | semestrale        |
|   |  | Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001<br>Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Codice disciplinare e codice di condotta  | Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970)<br>Codice di condotta inteso quale codice di comportamento   | Tempestivo   | Strutture Burocratico Legale e Programmazione Aziendale - UPD | RPCT - UPD  | semestrale        |
|   | <b>Oneri informativi per cittadini e imprese</b>                               | Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013                                  | Scadenario obblighi amministrativi  | Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013  | Tempestivo   | Programmazione Aziendale                                      | AFFARI GENERALI   | semestrale        |
|   |  | Art. 34, d.lgs. n. 33/2013  | Oneri informativi per cittadini e imprese   | Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016 |   |   |                   |
|   | <b>Burocrazia zero</b>   | Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013  | Burocrazia zero   | Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato  | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016 |   |   |                   |
|   |  | Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013                                    | Attività soggette a controllo   | Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)   | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016 |   |   |                   |
|   |  | Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013                            |   | Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                    | Risorse Umane AFFARI GENERALI                                 | Risorse Umane AFFARI GENERALI                                       | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013                            |   | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo   | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                    |   |   | semestrale        |
| Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013            |  |   | Curriculum vitae  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  |  |   | semestrale  |                   |
| Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013            |  |   | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica   | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  |  |   | semestrale  |                   |
|   |  |   | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  |  |   | semestrale  |                   |
| Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013            |  |   | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  |  |   | semestrale  |                   |
| Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013            |  |   | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti                          | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  |  |   | semestrale  |                   |

**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA**

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)                            | Riferimento normativo  | Denominazione del singolo obbligo  |  | Aggiornamento  | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
|---|--|--|--|--|--|--|---|-------------------|
| <b>ORGANIZZAZIONE</b>                                 | <b>Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo</b> | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013<br><br>(da pubblicare in tabelle)        | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato). |  |   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 |  | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)  | Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico   |  |   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 |  | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)                            | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   |  |   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982                |  | 4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]   | Annuale  |  |   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane.<br>AFFARI GENERALI                          | Risorse Umane.<br>AFFARI GENERALI                           | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Curriculum vitae   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane.<br>AFFARI GENERALI                          | Risorse Umane.<br>AFFARI GENERALI                           | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1 bis, del dlgs n. 33/2013 | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato). | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 |  | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)  | Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 |  | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)                            | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982                |  | 4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]   | Annuale  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico   | Nessuno  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Curriculum vitae   | Nessuno  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica  | Nessuno  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici   | Nessuno  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti  | Nessuno  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti   | Nessuno  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |   |  |   |  |  |  |   |  |            |
|---|---|--|---|--|--|--|---|--|------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)   | Riferimento normativo  | Denominazione del singolo obbligo                                 |  | Aggiornamento  | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT                                |            |
|   |   | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web) | 1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico;<br>2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | Nessuno  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale                                       |            |
|   |   | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 |   | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)   | Nessuno  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale                                       |            |
|   |   | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982                |   | 4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]  | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale                                       |            |
|   |   | <b>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</b>                               | Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013                                  | Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo  | Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                  | Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)                     | RPCT   | semestrale |
|   |   | <b>Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali</b>                        | Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013                                  | Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali   | Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate   | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                  | N/A   | N/A  | semestrale |
|   |   | Atti degli organi di controllo   |   | Atti e relazioni degli organi di controllo   | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | N/A  | N/A   | semestrale                                       |            |
|   |   | <b>Articolazione degli uffici</b>  | Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013                        | Articolazione degli uffici   | Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                  | Risorse Umane   | Risorse Umane                                    | semestrale |
|   |   |  | Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013                        | Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)   | Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                  | Risorse Umane   | Risorse Umane                                    | semestrale |
|   |   |  | Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013                        |  | Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici   | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                  | Risorse Umane   | Risorse Umane                                    | semestrale |
|   |   | <b>Telefono e posta elettronica</b>  | Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013                        | Telefono e posta elettronica   | Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                  | AGT   | AGT  | semestrale |
| <b>CONSULENTI E COLLABORATORI</b>   | <b>Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza</b> | Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013   |   | Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato   | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale                                       |            |
|   |   |  |   | Per ciascun titolare di incarico:  |  |  |   | semestrale                                       |            |
|   |   | Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013                                       |   | 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo  |  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                  | Area responsabile del procedimento di competenza            | Area responsabile del procedimento di competenza | semestrale |
|   |   | Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013                                       | Consulenti e collaboratori  | 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali   |  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                  | Area responsabile del procedimento di competenza            | Area responsabile del procedimento di competenza | semestrale |
|   |   | Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013                                       | (da pubblicare in tabelle)  | 3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato   |  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                  | Risorse Finanziarie CUP e Alpi                              | Risorse Finanziarie CUP e Alpi                   | semestrale |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |  |   |  |  |  |  |   |                   |  |
|---|--|---|--|--|--|--|---|-------------------|--|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)    | Riferimento normativo   | Denominazione del singolo obbligo  |  | Aggiornamento  | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |  |
|   |  | Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013<br>Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001                      |  | Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |  |
|   |  | Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001  |  | Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse  | Tempestivo   | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |  |
|   | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice |   |  | Per ciascun titolare di incarico:  |  |  |   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)   |  |  |   |                   |  |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 |  | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato). | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 |  | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)  | Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982                |  | 3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]   | Annuale  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013  |  | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico   | Tempestivo<br>(art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013  |  | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico  | Annuale<br>(art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   | Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013        |   | Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica | Annuale<br>(non oltre il 30 marzo)   | Risorse Umane  | Risorse Umane  | semestrale  |                   |  |
|   |  |   | Per ciascun titolare di incarico:  |  |  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |
|   |  | Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013                                       |  | Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |  |

**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA**

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                            | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)   | Riferimento normativo  | Denominazione del singolo obbligo   | Aggiornamento  | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati   | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |            |
|--|---|--|---|--|--|---|-------------------|------------|
| PERSONALE  | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013  | Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |            |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013  | Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)   | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013  |   | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici   | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013  |   | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti  | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982  | (da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)  | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti   | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982  |   | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato). | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982  |   | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)  | Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico   | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982   |   | 3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]   | Annuale  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013   |   | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico   | Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013   |   | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico  | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)   | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013  |   | Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica   | Annuale (non oltre il 30 marzo)  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013   | Elenco posizioni dirigenziali discrezionali   | Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione   | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016   |   |                   | semestrale |
|  |   | Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001  | Posti di funzione disponibili   | Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta  | Tempestivo   | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004   | Ruolo dirigenti   | Ruolo dei dirigenti  | Annuale  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  | Dirigenti cessati   | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013   | Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)  | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo   | Nessuno  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013   |   | Curriculum vitae   | Nessuno  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013   |   | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica  | Nessuno  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013   |   | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici   | Nessuno  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013   |   | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti  | Nessuno  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
|  |   | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982   |   | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti   | Nessuno  | Risorse Umane   | Risorse Umane     | semestrale |
| Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 |   | 1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico;<br>2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) |   | Nessuno  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |            |
| Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982                |   | 3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]  |   | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).  | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |            |

**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA**

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)                          | Riferimento normativo   | Denominazione del singolo obbligo   |  | Aggiornamento                                     | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
|---|--|---|---|--|---|--|---|-------------------|
|   | <b>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</b>                                 | Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013                                      | Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali  | Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica                                     | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)      | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   | <b>Posizioni organizzative</b>   | Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013                            | Posizioni organizzative   | Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)      | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   | <b>Dotazione organica</b>  | Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013                                      | Conto annuale del personale   | Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | Annuale<br>(art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)     | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013                                      | Costo personale tempo indeterminato   | Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico   | Annuale<br>(art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)     | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   | <b>Personale non a tempo indeterminato</b>   | Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013                                      | Personale non a tempo indeterminato   | Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico   | Annuale<br>(art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)     | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013                                      | Costo del personale non a tempo indeterminato<br>(da pubblicare in tabelle)                               | Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico   | Trimestrale<br>(art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   | <b>Tassi di assenza</b>  | Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013                                      | Tassi di assenza trimestrali<br>(da pubblicare in tabelle)  | Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale   | Trimestrale<br>(art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   | <b>Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)</b> | Art. 18, d.lgs. n. 33/2013<br>Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001      | Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)<br>(da pubblicare in tabelle) | Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)      | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   | <b>Contrattazione collettiva</b>   | Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013<br>Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001 | Contrattazione collettiva   | Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)      | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   | <b>Contrattazione integrativa</b>  | Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013                                      | Contratti integrativi   | Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)      | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   |  | Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013<br>Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009 | Costi contratti integrativi   | Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica   | Annuale<br>(art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)    | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   | <b>OIV</b>   | Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013                            | OIV<br><br>(da pubblicare in tabelle)   | Nominativi   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)      | Componenti OIV   | AFFARI GENERALI   | semestrale        |
|   |  | Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013                            |   | Curricula  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)      | Componenti OIV   | AFFARI GENERALI   | semestrale        |
|   |  | Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013                                    |   | Compensi   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)      | Componenti OIV   | Risorse Umane - Risorse Finanziarie                         | semestrale        |
| <b>BANDI DI CONCORSO</b>                              |  | Art. 19, d.lgs. n. 33/2013  | Bandi di concorso<br>(da pubblicare in tabelle)   | Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)      | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |
|   | <b>Sistema di misurazione e valutazione della Performance</b>                      | Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010                                      | Sistema di misurazione e valutazione della Performance  | Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)  | Tempestivo  | Controllo di Gestione                                      | Controllo di Gestione                                       | semestrale        |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA   |   |  |  |  |   |  |   |                   |     |
|---|---|--|--|--|---|--|---|-------------------|-----|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)   | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo                      | Denominazione del singolo obbligo                    |  | Aggiornamento   | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |     |
| PERFORMANCE   | Piano della Performance                                   | Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione  | Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)<br>Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                      | Controllo di Gestione                                      | Controllo di Gestione                                       | semestrale        |     |
|   | Relazione sulla Performance                               |  | Relazione sulla Performance                          | Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                      | Controllo di Gestione                                      | Controllo di Gestione                                       | semestrale        |     |
|   | Ammontare complessivo dei premi                           | Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013           | Ammontare complessivo dei premi                      | Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                      | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |     |
|   |   |  | (da pubblicare in tabelle)                           | Ammontare dei premi effettivamente distribuiti   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                      | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |     |
|   | Dati relativi ai premi                                    | Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013           | Dati relativi ai premi<br>(da pubblicare in tabelle) | Criteria definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                      | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |     |
|   |   |  |  | Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                      | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |     |
|   |   |  |  | Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)                                      | Risorse Umane  | Risorse Umane   | semestrale        |     |
|   | Benessere organizzativo                                   | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013           | Benessere organizzativo                              | Livelli di benessere organizzativo   | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016 |  |   |                   |     |
|   | Enti pubblici vigilati                                    | Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 |  | Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate  | Per ciascuno degli enti:  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)              | N/A   | N/A               | N/A |
|   |   |  |  |  | 1) ragione sociale  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)              | N/A   | N/A               | N/A |
| 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione  |   |  |  |  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)                                     | N/A  | N/A   | N/A               |     |
| 3) durata dell'impegno  |   |  |  |  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)                                     | N/A  | N/A   | N/A               |     |
| 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione   |   |  |  |  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)                                     | N/A  | N/A   | N/A               |     |
| 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio) |   |  |  |  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)                                     | N/A  | N/A   | N/A               |     |
| 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari   |   |  |  |  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)                                     | N/A  | N/A   | N/A               |     |
| 7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)  |   |  |  |  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)                                     | N/A  | N/A   | N/A               |     |
| Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013  |   |  | Enti pubblici vigilati<br>(da pubblicare in tabelle) | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )   | Tempestivo<br>(art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)                                  | N/A  | N/A   | N/A               |     |
| Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013  |   |  |  | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )   | Annuale<br>(art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)                                     | N/A  | N/A   | N/A               |     |
| Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013  |   |  |  | Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati   | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)                                     | N/A  | N/A   | N/A               |     |
| Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013  |   |  |  | Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013) | Per ciascuna delle società:   | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)              | N/A   | N/A               | N/A |
|   |   |  |  |  | 1) ragione sociale  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)              | N/A   | N/A               | N/A |



**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA**

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)  | Riferimento normativo                         | Denominazione del singolo obbligo   |   | Aggiornamento                                    | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
|---|--|---|---|---|--|--|---|-------------------|
| <b>ENTI CONTROLLATI</b>                               | <b>Società partecipate</b>   | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013              | Dati società partecipate<br>(da pubblicare in tabelle)  | 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | 3) durata dell'impegno  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione   | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari   | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | 7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo   | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )  | Tempestivo<br>(art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013) | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013              | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )  | Annuale<br>(art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)   | N/A  | N/A  | N/A   |                   |
|   |  | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014              | Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate   | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)   | N/A  | N/A  | N/A   |                   |
|   |  | Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013              |   |   |  |  |   |                   |
|   | Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013  | Provvedimenti                                 | Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016) | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | N/A  | N/A  | N/A   |                   |
|   | Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016  |   | Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | N/A  | N/A  | N/A   |                   |
|   |  |   | Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | N/A  | N/A  | N/A   |                   |
|   | <b>Enti di diritto privato controllati</b>   |   | Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013  | Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | Per ciascuno degli enti:  |  | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | 1) ragione sociale  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | 3) durata dell'impegno  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione   | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   |   | 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)    | N/A  | N/A   | N/A               |
|   |  |   | 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari   | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)   | N/A  | N/A  | N/A   |                   |
|   |  |   | 7) Incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo   | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)   | N/A  | N/A  | N/A   |                   |
| Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013                      |  |   | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )  | Tempestivo<br>(art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)  | N/A  | N/A  | N/A   |                   |
| Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013                      | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> ) | Annuale<br>(art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013) | N/A   | N/A   | N/A  |  |   |                   |
| Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013                      | Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | N/A   | N/A   | N/A  |  |   |                   |
| <b>Rappresentazione grafica</b>                       | Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013   | Rappresentazione grafica                      | Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati  | Annuale<br>(art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)   | N/A  | N/A  | N/A   |                   |
| <b>Dati aggregati attività amministrativa</b>         | Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013   | Dati aggregati attività amministrativa        | Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti  | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016  |  |  |   |                   |
| <b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>        |  |   |   |   |  |  |   |                   |

**ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA**

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)              | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo   | Denominazione del singolo obbligo   | Aggiornamento  | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati                        | Monitoraggio RPCT  |            |
|--|---|---|---|--|--|--|--|------------|
| <b>ATTIVITA' E PROCEDIMENTI</b>                                    | <b>Tipologie di procedimento</b>                          | Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013                              | Tipologie di procedimento<br><br>(da pubblicare in tabelle)   | 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale             | Responsabile della Trasparenza   | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013                              |   | 2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale             | Responsabile della Trasparenza   | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013                              |   | 3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Area responsabile del procedimento di competenza                                   | Area responsabile del procedimento di competenza                               | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013                              |   | 4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Area responsabile del procedimento di competenza                                   | Area responsabile del procedimento di competenza                               | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013                              |   | 5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Area responsabile del procedimento di competenza                                   | Area responsabile del procedimento di competenza                               | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013                              |   | 6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Area responsabile del procedimento di competenza                                   | Area responsabile del procedimento di competenza                               | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013                              |   | 7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Area responsabile del procedimento di competenza                                   | Area responsabile del procedimento di competenza                               | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013                              |   | 8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Area responsabile del procedimento di competenza                                   | Area responsabile del procedimento di competenza                               | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013                              |   | 9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Area responsabile del procedimento di competenza                                   | Area responsabile del procedimento di competenza                               | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013                              |   | 10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale             | Responsabile della Trasparenza   | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013                              |   | 11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Responsabili dei procedimenti afferenti a ciascuna struttura aziendale             | Responsabile della Trasparenza   | semestrale |
|  |   |   |   | <b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>   |  | Area responsabile del procedimento di competenza                                   | Area responsabile del procedimento di competenza                               | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013                              |   | 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Area responsabile del procedimento di competenza                                   | Area responsabile del procedimento di competenza                               | semestrale |
|  |   | Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012 |   | 2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)               | Area responsabile del procedimento di competenza                                   | Area responsabile del procedimento di competenza                               | semestrale |
|  |   | <b>Monitoraggio tempi procedurali</b>                                   |   | Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013<br>Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012  | Monitoraggio tempi procedurali                             | Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 |            |
| <b>Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati</b> | Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013                          | Recapiti dell'ufficio responsabile                                      | Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)   | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza                                   | semestrale   |            |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA   |   |   |   |   |  |  |   |                   |
|---|---|---|---|---|--|--|---|-------------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)   | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo   | Denominazione del singolo obbligo   |   | Aggiornamento  | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
| PROVVEDIMENTI   | Provvedimenti organi indirizzo politico                   | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012   | Provvedimenti organi indirizzo politico   | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.   | Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)                                  | Area AFFARI GENERALI - Area responsabile del procedimento  | Area AFFARI GENERALI - Area responsabile del procedimento   | semestrale        |
|   | Provvedimenti organi indirizzo politico                   | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012   | Provvedimenti organi indirizzo politico   | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.  | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 |  |   |                   |
|   | Provvedimenti dirigenti amministrativi                    | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012   | Provvedimenti dirigenti amministrativi  | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.   | Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)                                  | Burocratico Legale   | Burocratico Legale  | semestrale        |
|   | Provvedimenti dirigenti amministrativi                    | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012   | Provvedimenti dirigenti amministrativi  | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.  | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 |  |   |                   |
| CONTROLLI SULLE IMPRESE   |   | Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013  | Tipologie di controllo  | Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento   | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 |  |   |                   |
|   |   | Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013  | Obblighi e adempimenti  | Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative   |  |  |   |                   |
|   |   | Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016  | Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012" adattate | Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate  | Tempestivo   | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                    | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                     | semestrale        |
|   |   | Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016  |   | Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)   | Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)  | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                    | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                     | semestrale        |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10 | Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture   | Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali<br>Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4)<br>Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10) | Tempestivo   | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                    | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                     | semestrale        |
| Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016<br>I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione |   |   |   |   |  |  |   |                   |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |   |  |   |   |               |  |   |                   |
|---|---|--|---|---|---------------|--|---|-------------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo  | Denominazione del singolo obbligo   |   | Aggiornamento | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018    | Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico   | Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1)<br><br>Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"  | Tempestivo    | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                    | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                     | semestrale        |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016                     | Avvisi di preinformazione   | SETTORI ORDINARI<br>Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016<br><br>SETTORI SPECIALI<br>Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016   | Tempestivo    | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                    | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                     | semestrale        |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016                     | Delibera a contrarre  | Delibera a contrarre o atto equivalente   | Tempestivo    | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                    | Area Gestione tecnica - Area Patrimonio                     | semestrale        |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016 | Avvisi e bandi  | SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA<br>Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4)<br>Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9)<br>Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC)<br>Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b)<br>SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA<br>Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3)<br>Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4)<br>Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1)<br>Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153)<br>Bando per il concorso di idee (art. 156)<br>SETTORI SPECIALI<br>Bandi e avvisi (art. 127, c. 1)<br>Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3)<br>Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1)<br>Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1)<br>Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1)<br>Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3)<br>SPONSORIZZAZIONI<br>Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1) | Tempestivo    | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021  | Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dai PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali | Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea   | Tempestivo    | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016                     | Commissione giudicatrice  | Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.   | Tempestivo    | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |   |  |  |   |   |  |   |                   |
|---|---|--|--|---|---|--|---|-------------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo  | Denominazione del singolo obbligo  |   | Aggiornamento   | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
| BANDI DI GARA E CONTRATTI (COLLEGAMENTO IPERTESTUALE ALLA BDNCP DI ANAC)              |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Avvisi relativi all'esito della procedura  | <p>SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA</p> <p>Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2</p> <p>Publicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2</p> <p>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA</p> <p>Avviso di appalto aggiudicato (art. 98)</p> <p>Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3)</p> <p>Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2)</p> <p>SETTORI SPECIALI</p> <p>Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130)</p> <p>Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3)</p> <p>Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)</p> | Tempestivo  | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)               | Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)  | Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)  | Tempestivo  | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)               | Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023) | Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati  | Tempestivo  | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Verballi delle commissioni di gara   | Verballi delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).   | Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016            | Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC  | Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006, alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)  | Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Contratti  | Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).  | Tempestivo  | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | D.l. 76/2020, art. 6<br>Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016                       | Collegi consultivi tecnici   | Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.  | Tempestivo  | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016            | Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC  | Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)   | Tempestivo  | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016    |  | Publicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)  | Tempestivo  | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |   |   |  |  |   |  |   |                   |
|---|---|---|--|--|---|--|---|-------------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)                                 | Riferimento normativo   | Denominazione del singolo obbligo  |  | Aggiornamento   | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016          | Fase esecutiva   | Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a:<br>- modifiche soggettive<br>- varianti<br>- proroghe<br>- rinnovi<br>- quinto d'obbligo<br>- subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto).<br>Certificato di collaudo o regolare esecuzione<br>Certificato di verifica conformità<br>Accordi bonari e transazioni<br>Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo  | Tempestivo  | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016          | Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione        | Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione.<br>Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).   | Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;         | Concessioni e partenariato pubblico privato  | Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016.<br>Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:<br><br>Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi)<br><br>Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)<br><br>Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)<br><br>Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2)<br><br>Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187)<br><br>Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3) | Tempestivo  | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016          | Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile | Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)  | Tempestivo  | Gestione tecnica - Patrimonio                              | Gestione tecnica - Patrimonio                               | semestrale        |
|   |   | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;         | Affidamenti in house   | Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)   | Tempestivo  | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |
|   |   | Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016   | Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni                     | Obbligo previsto per i soli enti che gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione<br><br>Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)<br>Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)  | Tempestivo  | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |
|   |   | Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020. | Progetti di investimento pubblico  | Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico<br><br>Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale   | Annuale   | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |
|   | <b>Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023</b><br><br><b>PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONI E</b> | Art. 30 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita                              | elenco delle soluzioni tecnologiche  | elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.   | Tempestivo  | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |  |   |  |   |               |  |   |                   |
|---|--|---|--|---|---------------|--|---|-------------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)                      | Riferimento normativo   | Denominazione del singolo obbligo  |   | Aggiornamento | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
| BANDI DI GARA E CONTRATTI PUBBLICAZIONE secondo Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 | Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023<br><b>PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONI</b>   | Art. 40 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quelle   | la relazione sul progetto dell'opera e l'analisi di fattibilità  | la relazione sul progetto dell'opera e l'analisi di fattibilità delle eventuali alternative Progettuali;<br>- "la relazione conclusiva (con sintetica descrizione delle proposte e delle osservazioni pervenute + eventuale indicazione di quelle ritenute meritevoli di accoglimento)                            | Tempestivo    | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |
|   | Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023<br><b>PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONI E</b> | Allegato 1.6 – Dibattito pubblico obbligatorio  | la relazione di progetto dell'opera  | la relazione di progetto dell'opera redatta dal responsabile del dibattito pubblico;<br>"- la relazione conclusiva del responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dell'art. 7 dell'allegato);<br>"- il documento conclusivo della SA redatto sulla base della relazione conclusiva del responsabile. | Tempestivo    | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |
|   | Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023<br><b>PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONI</b>   | Art. 168 Procedure di gara con sistemi di qualificazione  | funzionamento del sistema di qualificazione  | gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.                     | Tempestivo    | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |
|   | Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023<br><b>AGGIUDICAZIONE</b>                 | Art. 28 Trasparenza dei contratti pubblici  | composizione delle commissioni   | la composizione delle commissioni giudicatrici e i CV dei componenti  | Tempestivo    | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |
|   | Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023<br><b>PROCEDURE</b>                      | Art. 140 Procedure in caso di somma urgenza e di protezione civile  | gli atti relativi agli affidamenti con specifica indicazione dell'affidatario  | gli atti relativi agli affidamenti con specifica indicazione dell'affidatario   | Tempestivo    | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |
|   | Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023<br><b>PROCEDURE</b>                      | Art. 169 Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPE   | illeciti professionali   | gli atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)   | Tempestivo    | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |
|   | Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023<br><b>PROCEDURE</b>                      | FINANZA DI PROGETTO Art. 193 Procedura di affidamento   | valutazione della proposta del promotore   | il provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore   | Tempestivo    | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |
|   | Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023<br><b>PROCEDUREAffidamento di SPL</b>    | DECRETO LEGISLATIVO 23 dicembre 2022, n. 201 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica Art. 31 | la deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17 c. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale<br>- il contratto di servizio | Trasmissione contestuale all'ANAC, per la pubblicazione in «Trasparenza dei servizi pubblici locali di rilevanza economica - Trasparenza SPL» del sito di Anac unitamente agli altri documenti previsti dagli articoli 10, c. 5, 14, c. 3, 30, c. 2)  | Tempestivo    | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale        |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |   |  |  |  |   |  |   |                               |            |
|---|---|--|--|--|---|--|---|-------------------------------|------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)   | Riferimento normativo  | Denominazione del singolo obbligo          |  | Aggiornamento   | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT             |            |
|   | <b>Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023</b><br><br><b>PROCEDURE Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC</b> | DECRETO - LEGGE 31 maggio 2021, n. 77 Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure Art. 47 |  | Art. 47, commi 2 e 9<br>- La copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti); il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta.<br>N.B. tale pubblicazione è successiva alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure Art. 47, commi 3 e 9<br>"- La relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti.<br>Art. 47, co. 3-bis e 9 "- La certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti). | La pubblicazione va attuata tempestivamente, fatta eccezione per la copia del rapporto di cui all'art. 47, co. 2 e 9  | Area responsabile del procedimento di competenza           | Area responsabile del procedimento di competenza            | semestrale                    |            |
| <b>SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI</b>                           | <b>Criteri e modalità</b>   | Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013   | Criteri e modalità                         | Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Gestione Risorse Finanziarie                               | Gestione Risorse Finanziarie                                | semestrale                    |            |
|   | <b>Atti di concessione</b>  |  | Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013           | Atti di concessione<br><br>(da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  | Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro | Tempestivo<br>(art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)           | Gestione Risorse Finanziarie                                | Gestione Risorse Finanziarie  | semestrale |
|   |   |  |  |  | Per ciascun atto:   |  | Gestione Risorse Finanziarie                                | Gestione Risorse Finanziarie  | semestrale |
|   |   |  | Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 |  | 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario   | Tempestivo<br>(art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)           | Gestione Risorse Finanziarie                                | Gestione Risorse Finanziarie  | semestrale |
|   |   |  | Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 |  | 2) importo del vantaggio economico corrisposto  | Tempestivo<br>(art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)           | Gestione Risorse Finanziarie                                | Gestione Risorse Finanziarie  | semestrale |
|   |   |  | Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 |  | 3) norma o titolo a base dell'attribuzione  | Tempestivo<br>(art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)           | Gestione tecnica - Patrimonio                               | Gestione tecnica - Patrimonio | semestrale |
|   |   |  | Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 |  | 4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo  | Tempestivo<br>(art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)           | Gestione tecnica - Patrimonio                               | Gestione tecnica - Patrimonio | semestrale |
|   |   |  | Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 |  | 5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario   | Tempestivo<br>(art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)           | Componenti OIV  | RPCT                          | semestrale |
|   |   |  | Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 |  | 6) link al progetto selezionato   | Tempestivo<br>(art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)           | Componenti OIV  | RPCT                          | semestrale |
|   |   |  | Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 |  | 7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato   | Tempestivo<br>(art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)           | Componenti OIV  | RPCT                          | semestrale |



| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |  |   |  |   |   |  |   |                   |
|---|--|---|--|---|---|--|---|-------------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)  | Riferimento normativo   | Denominazione del singolo obbligo  |   | Aggiornamento                                 | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
|   |  | Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013  |  | Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro  | Annuale<br>(art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) | Componenti OIV   | RPCT  | semestrale        |
| BILANCI   | Bilancio preventivo e consuntivo   | Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013<br>Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011                             | Bilancio preventivo  | Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Gestione Risorse Finanziarie                               | RPCT  | semestrale        |
|   |  | Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016  |  | Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Corte dei Conti  | RPCT  | semestrale        |
|   | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio  | Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013<br>Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011                             | Bilancio consuntivo  | Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Ufficio Relazioni con il Pubblico                          | Ufficio Relazioni con il Pubblico                           | semestrale        |
|   |  | Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016  |  | Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | AFFARI GENERALI  | AFFARI GENERALI   | semestrale        |
|   |  | Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011 | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio  | Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | AFFARI GENERALI  | AFFARI GENERALI   | semestrale        |
| BENI IMMOBILI E GESTIONE DEL PATRIMONIO   | Patrimonio immobiliare   | Art. 30, d.lgs. n. 33/2013  | Patrimonio immobiliare   | Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | AFFARI GENERALI  | AFFARI GENERALI   | semestrale        |
|   | Canoni di locazione o affitto  | Art. 30, d.lgs. n. 33/2013  | Canoni di locazione o affitto  | Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Area Gestione Risorse Finanziarie                          | Area Gestione Risorse Finanziarie                           | semestrale        |
| CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE  | Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Art. 31, d.lgs. n. 33/2013  | Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe                                      | Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione  | Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.     | UOSE   | UOSE  | semestrale        |
|   |  |   |  | Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)   | Tempestivo                                    | Ufficio Relazioni con il Pubblico                          | Ufficio Relazioni con il Pubblico                           | semestrale        |
|   |  |   |  | Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)  | Tempestivo                                    | Gestione Risorse Finanziarie                               | Gestione Risorse Finanziarie                                | semestrale        |
|   |  |   |  | Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Gestione Risorse Finanziarie                               | Gestione Risorse Finanziarie                                | semestrale        |
|   | Organi di revisione amministrativa e contabile   |   | Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile   | Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Gestione Risorse Finanziarie                               | Gestione Risorse Finanziarie                                | semestrale        |
| Corte dei conti   |  | Rilievi Corte dei conti   | Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Gestione Risorse Finanziarie                  | Gestione Risorse Finanziarie                               | semestrale  |                   |
| SERVIZI EROGATI   | Carta dei servizi e standard di qualità  | Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013  | Carta dei servizi e standard di qualità  | Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Gestione Risorse Finanziarie                               | Gestione Risorse Finanziarie                                | semestrale        |
|   | Class action   | Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009  | Class action   | Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio   | Tempestivo                                    | Gestione Risorse Finanziarie                               | Gestione Risorse Finanziarie                                | semestrale        |
|   |  | Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009  |  | Sentenza di definizione del giudizio  | Tempestivo                                    | Gestione Tecnica e Patrimonio                              | Gestione Tecnica e Patrimonio                               | semestrale        |
|   |  | Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009  |  | Misure adottate in ottemperanza alla sentenza   | Tempestivo                                    | Gestione Tecnica e Patrimonio                              | Gestione Tecnica e Patrimonio                               | semestrale        |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |  |  |   |  |   |  |   |                   |
|---|--|--|---|--|---|--|---|-------------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)              | Riferimento normativo  | Denominazione del singolo obbligo   |  | Aggiornamento   | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
|   | <b>Costi contabilizzati</b>  | Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013<br>Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013                         | Costi contabilizzati<br><br>(da pubblicare in tabelle)  | Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo   | Annuale<br>(art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)           | GestioneTecnica e Patrimonio                               | GestioneTecnica e Patrimonio                                | semestrale        |
|   | <b>Liste di attesa</b>   | Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013   | Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) | Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)            | Gestione Tecnica e Patrimonio                              | GestioneTecnica e Patrimonio                                | semestrale        |
|   | <b>Servizi in rete</b>   | Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16                             | Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete.   | Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.  | Tempestivo  | N/A  | N/A   | semestrale        |
|   | <b>Dati sui pagamenti</b>  | Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013  | Dati sui pagamenti<br>(da pubblicare in tabelle)  | Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari   | Trimestrale<br>(in fase di prima attuazione semestrale) | N/A  | N/A   | semestrale        |
|   | <b>Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale</b>             | Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013   | Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata<br>(da pubblicare in tabelle)   | Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari  | Trimestrale<br>(in fase di prima attuazione semestrale) | N/A  | N/A   | semestrale        |
|   | <b>Indicatore di tempestività dei pagamenti</b>                        | Art. 33, d.lgs. n. 33/2013   | Indicatore di tempestività dei pagamenti  | Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)   | Annuale<br>(art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)           | N/A  | N/A   | semestrale        |
| Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti                                  |  |  | Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti  | Trimestrale<br>(art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)  | N/A   | N/A  | semestrale  |                   |
| Ammontare complessivo dei debiti  |  |  | Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici   | Annuale<br>(art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)  | N/A   | N/A  | semestrale  |                   |
|   | <b>IBAN e pagamenti informatici</b>                                    | Art. 36, d.lgs. n. 33/2013<br>Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005  | IBAN e pagamenti informatici  | Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)            | N/A  | N/A   | semestrale        |
| <b>OPERE PUBBLICHE</b>  | <b>Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici</b>    | Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013   | Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici<br>(art. 1, l. n. 144/1999)   | Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)            | N/A  | N/A   | semestrale        |
|   | <b>Atti di programmazione delle opere pubbliche</b>                    | Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013<br>Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016<br>Art. 29 d.lgs. n. 50/2016 | Atti di programmazione delle opere pubbliche  | Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti").<br>A titolo esemplificativo:<br>- Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016<br>- Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)  | Tempestivo<br>(art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)          | N/A  | N/A   | semestrale        |
|   | <b>Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche</b> | Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013   | Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.   | Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate  | Tempestivo<br>(art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)        | N/A  | N/A   | semestrale        |
| Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013  |  | (da pubblicare in tabelle, sulla   | Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate   | Tempestivo<br>(art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)   | N/A   | N/A  | semestrale  |                   |
| <b>PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO</b>  |  | Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013   | Pianificazione e governo del territorio   | Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti  | Tempestivo<br>(art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)        | N/A  | N/A   | semestrale        |
|   |  | Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013   | (da pubblicare in tabelle)  | Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)            | Direzione Generale   | Direzione Generale  | semestrale        |
|   |  |  | Informazioni ambientali   | Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)            | Direzione Generale   | Direzione Generale  | semestrale        |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |   |  |   |   |   |  |   |                   |
|---|---|--|---|---|---|--|---|-------------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo  | Denominazione del singolo obbligo   |   | Aggiornamento                                 | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
| INFORMAZIONI AMBIENTALI   |   | Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013                               | Stato dell'ambiente   | 1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Direzione Generale   | Direzione Generale  | semestrale        |
|   |   |  | Fattori inquinanti  | 2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   |  | Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto                                  | 3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   |  | Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto                               | 4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   |  | Relazioni sull'attuazione della legislazione  | 5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   |  | Stato della salute e della sicurezza umana  | 6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | ANAC   | RPCT  | semestrale        |
|   |   |  | Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio | Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | ANAC   | RPCT  | semestrale        |
| STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE   |   | Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013                               | Strutture sanitarie private accreditate   | Elenco delle strutture sanitarie private accreditate  | Annuale<br>(art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   |  | (da pubblicare in tabelle)  | Accordi intercorsi con le strutture private accreditate   | Annuale<br>(art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
| INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA  |   | Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013                     | Interventi straordinari e di emergenza<br>(da pubblicare in tabelle)                          | Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   | Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013                     |   | Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari   | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Gestione Tecnica   | Gestione Tecnica  | semestrale        |
|   |   | Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013                     |   | Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione  | Tempestivo<br>(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)  | Gestione Tecnica   | Gestione Tecnica  | semestrale        |
| ALTRI CONTENUTI   | Prevenzione della Corruzione                              | Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013                     | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza                       | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)   | Annuale                                       | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   | Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza                           | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza   | Tempestivo                                    | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   |  | Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità            | Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)   | Tempestivo                                    | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   | Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012                                  | Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza             | Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)  | Annuale<br>(ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012) | RPCT   | RPCT  | semestrale        |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |   |   |  |  |   |  |   |                   |
|---|---|---|--|--|---|--|---|-------------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo   | Denominazione del singolo obbligo  |  | Aggiornamento                               | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
|   |   | Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012  | Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti   | Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione   | Tempestivo                                  | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   | Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013  | Atti di accertamento delle violazioni  | Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013   | Tempestivo                                  | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
| ALTRI CONTENUTI   | Accesso civico  | Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90                                 | Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria   | Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale                | Tempestivo                                  | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   | Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013   | Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori  | Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale  | Tempestivo                                  | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
|   |   | Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)  | Registro degli accessi   | Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonchè del relativo esito con la data della decisione   | Semestrale                                  | RPCT   | RPCT  | semestrale        |
| ALTRI CONTENUTI   | Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati | Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16                   | Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati  | Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali ( <a href="http://www.rndt.gov.it">www.rndt.gov.it</a> ), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dat.gov.it">www.dat.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo_gestiti_da_AGID">http://basidati.agid.gov.it/catalogo_gestiti_da_AGID</a> | Tempestivo                                  | Gestione Tecnica   | Gestione Tecnica  | semestrale        |
|   |   | Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005  | Regolamenti  | Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria  | Annuale                                     | Gestione Tecnica   | Gestione Tecnica  | semestrale        |
|   |   | Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221 | Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)  | Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione   | Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012) | Gestione Tecnica   | Gestione Tecnica  | semestrale        |
| ALTRI CONTENUTI   | Dati ulteriori  | Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013<br>Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012                 | Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013) | Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate   | ....  |  |   |                   |

\* le aree in grigio sono riferite a dispositivi normativi abrogati dal dlgs 97/16

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |   |                       |                                   |  |               |  |   |                   |
|---|---|-----------------------|-----------------------------------|--|---------------|--|---|-------------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo |  | Aggiornamento | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
|   |   |                       |                                   |  |               |  |   |                   |

| ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E RESPONSABILI 2024-2026 POLICLINICO di FOGGIA |   |                       |                                   |  |               |  |   |                   |
|---|---|-----------------------|-----------------------------------|--|---------------|--|---|-------------------|
| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)                                 | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo |  | Aggiornamento | Ufficio/Struttura Responsabile della Trasmissione dei dati | Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati | Monitoraggio RPCT |
|   |   |                       |                                   |  |               |  |   |                   |