



ASL Foggia

PugliaSalute

PIAO

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

TRIENNIO 2025 - 2027

Premessa	3
1. ASL FOGGIA – Scheda Anagrafica.....	6
1.1 Chi siamo.....	6
1.2 Il contesto nel quale operiamo.....	8
1.3 La Prevenzione	13
1.4 Assistenza territoriale	14
1.5 Assistenza ospedaliera.....	17
2. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione	18
2.1 Valore pubblico	18
2.1.1 L’accessibilità digitale	21
2.1.2 L’accessibilità fisica	24
2.1.3 La reingegnerizzazione.....	27
2.1.4 Parità di genere	32
2.2 Performance.....	41
2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza.....	50
3. Organizzazione e Capitale Umano	99
3.1 Struttura Organizzativa.....	99
3.2 Organizzazione del lavoro agile	99
3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale	104
3.3.1 Formazione del Personale.....	121
4. Monitoraggio.....	131

Premessa

Nel corso del 2021 e 2022 sono stati pubblicati alcuni decreti emanati per dare attuazione al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), ma anche in parallelo per migliorare la capacità di agire e la funzionalità delle pubbliche amministrazioni.

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

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

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

Il PIAO sostituisce e declina in modo integrato e coordinato:

- a) il Piano della Performance, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell’Azienda Sanitaria Locale Foggia stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa, nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione;
- c) il Piano Operativo del Lavoro Agile (POLA), che stabilisce le modalità di svolgimento dello smart working quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei

processi, nonché della qualità dei servizi erogati;

d) il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al Piano Triennale dei Fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

e) il Piano della Formazione, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;

f) il Piano delle Azioni Positive, che è un documento programmatico mirato ad introdurre azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro per riequilibrare le situazioni di disparità di condizioni fra uomini e donne che lavorano all'interno dell'Ente.

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

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

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

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

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



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

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

1. ASL FOGGIA – Scheda Anagrafica

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

1.1 Chi siamo

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

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

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



Il Patrimonio dell'Azienda Sanitaria Locale FG è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al Bilancio di esercizio che annualmente è pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'azienda sanitaria, in ottemperanza al D.Lgs. 33/2013 sulla trasparenza amministrativa. L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Puglia, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- prevenzione
- assistenza territoriale
- assistenza ospedaliera

secondo un modello a rete aziendale che si raccorda con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e soprattutto quello dell'integrazione ospedale - territorio. In particolare, la ASL FG si articola in otto Distretti, tre Presidi Ospedalieri, Dipartimenti strutturali

e Aree di gestione amministrativa, in aderenza all'assetto strutturale sancito dai Piani di Riordino Ospedaliero, dalla legislazione regionale e nazionale.

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

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

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

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

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

Il contesto organizzato di gestione delle risorse disponibili è improntato alla ricerca di un clima organizzativo favorevole tale da motivare, responsabilizzare e coinvolgere tutti gli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali.

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

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

1.2 Il contesto nel quale operiamo

La ASL Foggia opera su un territorio di 7.008,69 Km², coincidente con la provincia di Foggia, su cui risiedono complessivamente n. 593.078 abitanti, con una densità pari a n. 84,63 abitanti per Km² (dati ISTAT aggiornati al 1/01/2024), distribuiti in 61 comuni a loro volta suddivisi in n. 8 Distretti Socio Sanitari.



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

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

La popolazione residente al 01/01/2024 è pari a 593.078 abitanti e rappresenta il 15,24% della popolazione regionale.

È costituita dal 51,00% circa di donne; i cittadini anziani, come rappresentato dall'indice di invecchiamento, costituiscono il 23.31% del totale della popolazione.

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

ETA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	% TOTALE
0-13	35.586	33.145	68.731	12%
14-64	195.940	190.130	386.070	65%
65-100 e oltre	61.744	76.533	138.277	23%
TOTALI	293.270	299.808	593.078	100%

I cittadini stranieri, in numero assoluto pari a 34.886, rappresentano il 5,9% della popolazione.

Età	Maschi	Femmine	Totale
0-13	2.838	2.555	5.393
14-64	16.835	11.421	28.256
65-100 e oltre	483	754	1.237
TOTALI	20.156	14.730	34.886

Si registra una grande variabilità tra i diversi distretti sia in termini di popolazione residente totale: massimo 24% Distretto di Foggia - minimo 6% Distretto di Troia-Accadia

Popolazione residente al 1° gennaio 2024 per sesso DSS MANFREDONIA:

Codice Comune	Comune	Totale maschi	Totale femmine	Totale
071029	Manfredonia	26.698	27.024	53.722
071031	Mattinata	2.901	3.017	5.918
071033	MonteSant'Angelo	5.497	5.742	11.239
071064	Zapponeta	1700	1.589	3.289
TOTALI		36.796	37.372	74.168

Popolazione residente al 1° gennaio 2024 per sesso DSS CERIGNOLA:

Codice Comune	Comune	Totale maschi	Totale femmine	Totale
71010	Carapelle	3.470	3.478	6.948
71020	Cerignola	28.383	28.683	57.066
71036	Orta Nova	8.267	8.378	16.645
71054	Stornara	2.929	2.856	5.785
71055	Stornarella	2.640	2.689	5.329
71063	Ordona	1.570	1.493	3.063
TOTALI		47.259	47.577	94.836

Popolazione residente al 1° gennaio 2024 per sesso DSS LUCERA:

Codice Comune	Comune	Totale maschi	Totale femmine	Totale
71002	Alberona	428	429	857
71006	Biccari	1.300	1.328	2.628
71011	Carlantino	381	410	791
71013	Casalnuovo Monterotaro	673	693	1.366
71014	Casalvecchio di Puglia	825	834	1.659
71017	Castelnuovo della Daunia	645	641	1.286
71018	Celenza Valfortore	641	706	1.347
71028	Lucera	15.000	15.723	30.723
71034	Motta Montecorvino	298	332	630
71039	Pietra Montecorvino	1.190	1.267	2.457
71044	Roseto Valfortore	483	511	994
71048	San Marco la Catola	423	437	860
71061	Volturara Appula	168	198	366
71062	Volturino	724	793	1.517
TOTALI		23.179	24.302	47.481

Popolazione residente al 1° gennaio 2024 per sesso DSS VICO DEL GARGANO:

Codice Comune	Comune	Totale maschi	Totale femmine	Totale
71008	Cagnano Varano	3.235	3.352	6.587
71009	Carpino	1.881	1.891	3.772
71010	Ischitella	2.054	2.056	4.110
71011	Isole Tremiti	278	216	494
71012	Peschici	2.133	2.163	4.296
71013	Rodi Garganico	1.660	1.678	3.338
71014	Vico del Gargano	3.583	3.707	7.290
71015	Vieste	6.579	6.717	13.296
TOTALE		21.403	21.780	43.183

Popolazione residente al 1° gennaio 2024 per sesso DSS CERIGNOLA:

Codice Comune	Comune	Totale maschi	Totale femmine	Totale
71010	Carapelle	3.470	3.478	6.948
71020	Cerignola	28.383	28.683	57.066
71036	Orta Nova	8.267	8.378	16.645
71054	Stornara	2.929	2.856	5.785
71055	Stornarella	2.640	2.689	5.329
71063	Ordona	1.570	1.493	3.063
TOTALI		47.259	47.577	94.836

Popolazione residente al 1° gennaio 2024 per sesso DSS TROIA-ACCADIA:

Codice Comune	Comune	Totale maschi	Totale femmine	Totale
71001	Accadia	1.091	1.113	2.204
71003	Anzano di Puglia	527	542	1.069
71005	Ascoli Satriano	2.953	2.821	5.774
71007	Bovino	1.432	1.471	2.903
71009	Candela	1.264	1.233	2.497
71015	Castelluccio dei Sauri	1.030	981	2.011
71016	Castelluccio Valmaggiore	572	610	1.182
71019	Celle di San Vito	76	72	148
71022	Deliceto	1.753	1.741	3.494
71023	Faeto	310	303	613
71032	Monteleone di Puglia	491	451	942
71035	Orsara di Puglia	1.260	1.239	2.499
71037	Panni	323	359	682
71042	Rocchetta Sant'Antonio	802	848	1.650
71052	Sant'Agata di Puglia	887	906	1.793
71058	Troia	3.198	3.404	6.602
TOTALI		17.969	18.094	36.063

Popolazione residente al 1° gennaio 2024 per sesso DSS SAN MARCO IN LAMIS:

Codice Comune	Comune	Totale maschi	Totale femmine	Totale
71041	Rignano Garganico	879	910	1.789
71046	San Giovanni Rotondo	13.025	13.289	26.314
71047	San Marco in Lamis	6.148	6.321	12.469
71049	San Nicandro Garganico	6.535	7.083	13.618
TOTALI		26.587	27.603	54.190

Popolazione residente al 1° gennaio 2024 per sesso DSS FOGGIA:

Codice Comune	Comune	Totali maschi	Totali femmine	Totali
71024	Foggia	71.824	73.828	145.652
TOTALE		71.824	73.828	145.652

Popolazione residente al 1° gennaio 2024 per sesso DSS SAN SEVERO:

Cod. Comune	Comune	Totali maschi	Totali femmine	Totale
71004	Apricena	6.224	6.289	12.513
71021	Chieuti	739	751	1.490

71027	Lesina	3.149	3.097	6.246
71040	Poggio Imperiale	1.273	1.213	2.486
71050	San Paolo di Civitate	2.673	2.724	5.397
71051	San Severo	24.234	25.053	49.287
71053	Serracapriola	1.776	1.839	3.615
71056	Torremaggiore	8.185	8.286	16.471
TOTALI		48.253	49.252	97.505

La Provincia di Foggia mostra una serie di indici demografici che riflettono le caratteristiche e le dinamiche della sua popolazione.

Indice di vecchiaia (178,0): Questo indice indica il numero di persone di età superiore ai 64 anni per ogni 100 persone di età inferiore ai 15 anni. Un valore di 178,0 è piuttosto elevato, suggerendo una popolazione significativamente invecchiata. Ciò potrebbe riflettere una diminuzione della natalità, un aumento della longevità o una combinazione di entrambi i fattori. Una popolazione più anziana può avere implicazioni significative per i servizi sanitari, le pensioni e l'assistenza sociale.

Indice di dipendenza strutturale (55,6): Questo indice misura il rapporto tra la popolazione non attiva (giovani sotto i 15 anni e anziani sopra i 64 anni) e la popolazione attiva (dai 15 ai 64 anni). Un valore di 55,6 indica che ci sono circa 56 persone non attive per ogni 100 persone attive. Questo può mettere pressione sul mercato del lavoro e sui sistemi di sostegno sociale, dato che una porzione minore della popolazione sostiene una maggiore.

Indice di ricambio della popolazione attiva (125,9): Questo indice mostra il rapporto tra le persone che entrano nel mercato del lavoro (giovani di 15 anni) e quelle che lo lasciano (anziani di 64 anni). Un valore di 125,9 indica che ci sono più individui che entrano nel mercato del lavoro rispetto a quelli che lo lasciano, suggerendo un potenziale rinnovamento della forza lavoro. Questo è positivo per il dinamismo economico e la sostenibilità dei sistemi di welfare.

Indice di struttura della popolazione attiva (126,4): Simile all'indice precedente, questo indice fornisce un'indicazione del rinnovamento della forza lavoro. Un valore di 126,4 suggerisce una situazione favorevole per il rinnovamento della popolazione attiva, indicando un buon equilibrio tra chi lascia e chi entra nel mercato del lavoro.

Indice di natalità (7,0 per 1.000 abitanti): Questo indice riflette il numero di nascite per 1.000 abitanti in un anno. Un valore di 7,0 è relativamente basso, indicando una bassa natalità, che può essere uno dei fattori contribuenti all'invecchiamento della popolazione.

Indice di mortalità (11,5 per 1.000 abitanti): Questo indice misura il numero di decessi per 1.000 abitanti in un anno. Un valore di 11,5, superiore all'indice di natalità, conferma ulteriormente il trend di invecchiamento della popolazione e può contribuire al declino demografico se non bilanciato da altre dinamiche (come l'immigrazione).

In sintesi, gli indici demografici della Provincia di Foggia indicano una popolazione che sta invecchiando, con una bassa natalità e un tasso di mortalità relativamente elevato. Tuttavia, l'indice di ricambio della popolazione attiva suggerisce che c'è un rinnovamento della forza lavoro, che potrebbe offrire opportunità per il sostegno economico e sociale della popolazione anziana.

Questi dati sollevano questioni importanti per la pianificazione sociale ed economica, inclusa la necessità di adattare i servizi alla crescente popolazione anziana e di incentivare la natalità.

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

- prevenzione;
- territorio;
- rete ospedaliera.

1.3 La Prevenzione

Il **Dipartimento di Prevenzione** della ASL di Foggia ASL (disciplinato dall'art. 13 della L.R. 3 agosto 2006 n. 25) è preposto all'assistenza sanitaria collettiva nell'ambiente di vita e di lavoro, con funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute e sui fattori determinanti il benessere della collettività, attraverso interventi che coinvolgono l'intera società civile.

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

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

Il suddetto Dipartimento è dotato di autonomia gestionale, organizzativa e contabile, è organizzato per centri di responsabilità, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m. ed i. e garantisce la missione aziendale attraverso le Strutture Complesse così individuate:

- Servizio Igiene di Sanità Pubblica (S.I.S.P.)**
 - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie
 - Controllo delle malattie cronico degenerative;
 - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
 - Valutazione medico legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche;
- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.)**
 - Controllo della qualità e della sicurezza degli alimenti di origine vegetale:

- Controllo delle acque destinate al consumo umano;
- Promozione della corretta alimentazione e della prevenzione nutrizionale;
- **Sanità Animale (SIAV A);**
 - Tutela della salute animale e umana, per la prevenzione e il controllo delle malattie animali;
- **Igiene degli Alimenti di Origine Animale (SIAV B);**
 - Ispezione, vigilanza e controllo di tutte le fasi della filiera alimentare animale, dalla produzione alla commercializzazione;
- **Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche (SIAV C);**
 - Controllo degli allevamenti e delle produzioni zootecniche per tutelare la salute pubblica e la sicurezza alimentare;
- **Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL);**
 - Promozione e controllo delle condizioni di sicurezza, di igiene e di salute dei lavoratori;
- **Medicina legale.**
 - Tutela della salute e dei diritti dei cittadini, fornendo consulenze e certificazioni medico-legali di alta qualità.

Il Dipartimento di Prevenzione ha competenza sull'intera Provincia e dunque tali servizi si articolano sull'intero territorio della ASL Foggia rivolgendosi a cittadini, enti e imprese.

1.4 Assistenza territoriale

Sulla base delle misure previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il D.M. n.77 del 23 maggio 2022 ha eletto il **Distretto Socio Sanitario** a fulcro dell'organizzazione territoriale e dunque centro responsabile del coordinamento delle Case di Comunità, degli Ospedali di comunità e delle COT (Centrale Operativa Territoriale).

Difatti, lo stesso Decreto ha delineato il modello organizzativo del Distretto con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza territoriale attraverso la seguente rete integrata di servizi e strutture:

- Centrale Operativa Territoriale:
 - Coordinamento tra i servizi e le strutture territoriali
 - Responsabile della continuità assistenziale e del collegamento con le cure urgenti e non urgenti
- Ospedale di Comunità:
 - Gestione di pazienti con necessità di cure intermedie
 - Previsione di 1 ospedale ogni 100.000 abitanti
- Case della Comunità (Hub e Spoke):
 - Case Hub: 1 ogni 40.000-50.000 abitanti, come punto di riferimento per la gestione integrata dei bisogni sanitari e socio- sanitari
 - Case Spoke: periferiche, a supporto delle hub, assicurano un'assistenza più capillare

- Assistenza Domiciliare:

- Coinvolgere almeno il 10% della popolazione over 65
- Servizi erogati a domicilio o presso strutture RSA

- Hospice:

- Strutture dedicate alle cure palliative per pazienti terminali
- Ogni rete aziendale deve garantire almeno 8-10 posti letto

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

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

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

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

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

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

Assistenza residenziale e semiresidenziale: comprende una rete di Strutture Residenziali per l'assistenza ad anziani, disabili fisici, psichici e malati terminali non autosufficienti con diversa

compromissione dell'autonomia personale. È prevista anche un'assistenza presso centri diurni (assistenza semiresidenziale).

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

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

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

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

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

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

- CENTRO DI SALUTE MENTALE San Severo- San Marco in Lamis- Vico del Gargano
- CENTRO DI SALUTE MENTALE Foggia-Lucera-Troia
- CENTRO DI SALUTE MENTALE Manfredonia-Cerignola
- PSICHIATRIA E MEDICINA PENITENZIARIA E AUTORI DI REATO
- SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
- SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA (SPDC):
 - SPDC P.O. San Severo
 - SPDC P.O. Manfredonia

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

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

- SERD SAN SEVERO-SAN MARCO IN LAMIS- VICO DEL GARGANO
Comuni sedi: San Severo, S. Marco in Lamis, Vico del Gargano, Torremaggiore, Apricena, San Giovanni Rotondo
- SERD FOGGIA-LUCERA-TROIA Comuni sedi: Foggia, Lucera, Troia
- SERD CERIGNOLA-MANFREDONIA Comuni sedi: Cerignola, Manfredonia, Orta Nova.

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

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

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

- **Recupero e riabilitazione funzionale Ospedaliera San Severo-Manfredonia**
 - Riabilitazione intensiva post-chirurgica e traumatologica per ripristinare l'autonomia e ridurre i tempi di degenza;
- **Medicina fisica e riabilitativa distrettuale**
 - Accesso capillare ai servizi per pazienti con patologie croniche, garantendo continuità assistenziale tra ospedale e territorio

1.5 Assistenza ospedaliera

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

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

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

La ASL, quindi, assume il doppio ruolo di fornitore di prestazioni ospedaliere attraverso i suoi presidi e di committente di tutte le altre prestazioni ospedaliere erogate a favore dei pazienti che risiedono nel suo territorio.

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

2. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

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

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

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

La presente sezione è articolata nelle seguenti sottosezioni:

a) Valore pubblico, nel quale sono definiti:

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

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

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

2.1 Valore pubblico

Con il presente Piano si definiscono le strategie e gli obiettivi diretti a favorire, nel triennio di riferimento 2025-2027, la creazione di “valore pubblico” inteso quale miglioramento del benessere sanitario e socio-sanitario dei cittadini del territorio della ASL Foggia .

Il Valore Pubblico per la nostra ASL rappresenta il pilastro centrale dell'operato quotidiano. La missione dell'ASL Foggia è quella di promuovere la salute e il benessere della comunità perseguendo obiettivi di equità, trasparenza e qualità dei servizi erogati.

Per la ASL quindi creare Valore Pubblico significa utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia, valorizzando il proprio patrimonio in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini generando, in tal modo, un aumento del benessere rispetto alla condizione di partenza.

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

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

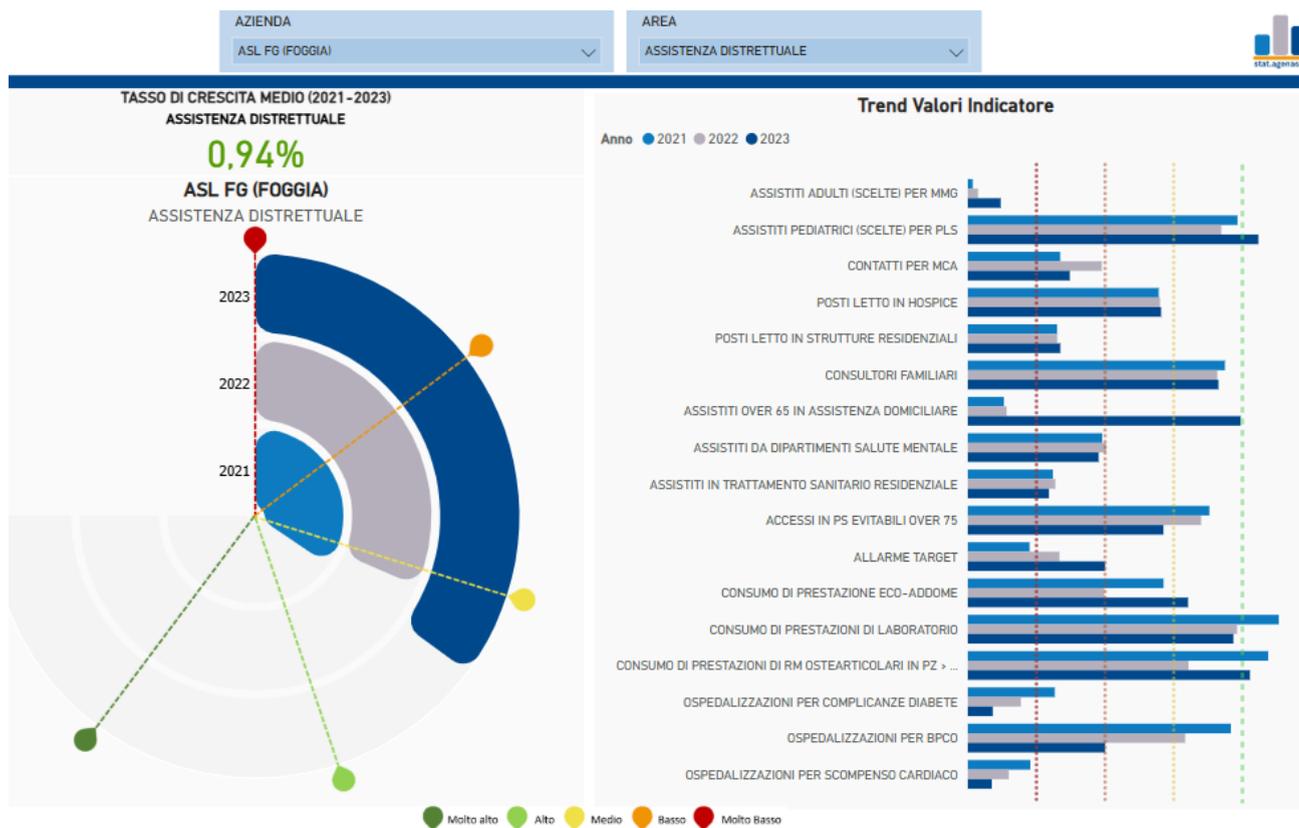
- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione trasparente;
- digitalizzazione dei processi dell'amministrazione;
- incremento della formazione frontale e/a distanza, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il personale dipendente.

Il valore pubblico nell'ASL di Foggia, attraverso il PIAO 2025-2027, diventa una missione orientata a un miglioramento continuo della qualità del servizio sanitario, facendo riferimento a criteri di efficienza, equità, sostenibilità e partecipazione. L'obiettivo principale è garantire che ogni cittadino della provincia di Foggia possa accedere a cure adeguate e tempestive, con un'attenzione costante alle necessità emergenti e alle risorse disponibili.

Si riportano di seguito alcuni indicatori relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale che evidenziano un miglioramento nel corso del triennio 2021-2023.



Fonte : Portale Statistico Agenas



Fonte : Portale Statistico Agenas

2.1.1 L'accessibilità digitale

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

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

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

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

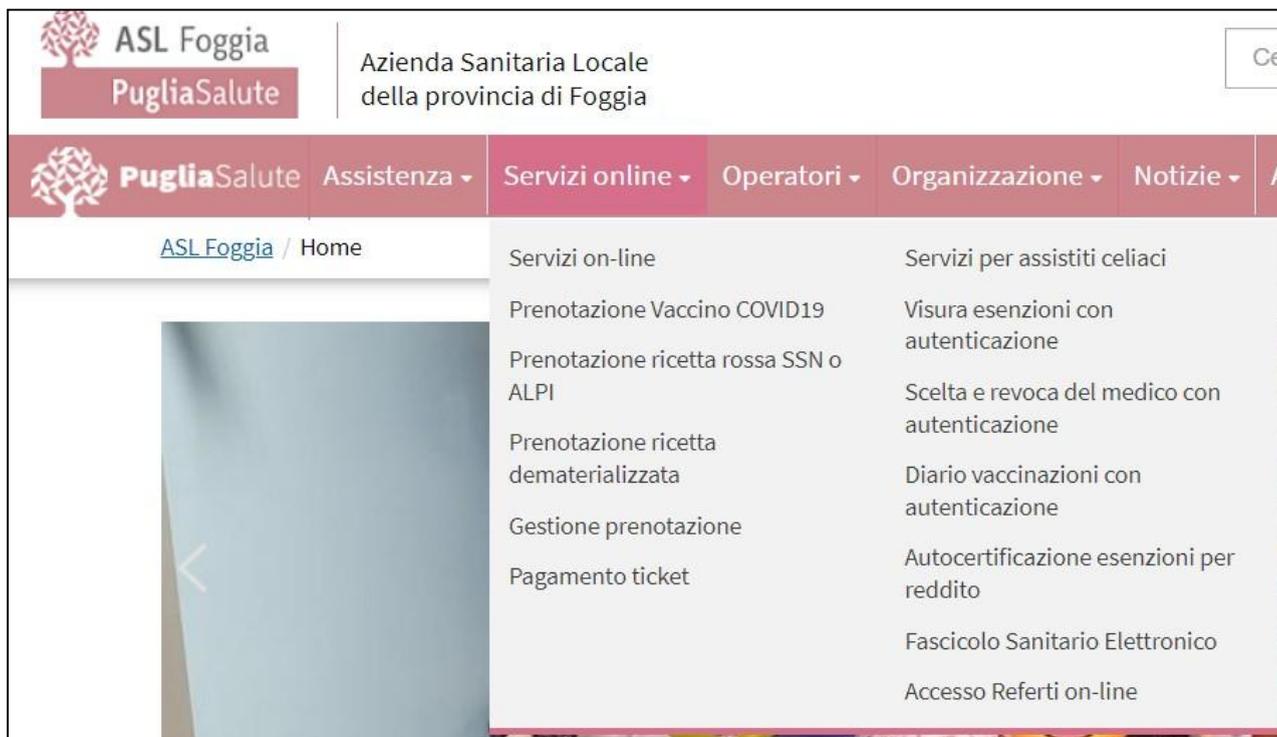
Anche la Struttura URP si è posta come punto di riferimento e orientamento nei confronti del cittadino per fornire soluzioni rapide ed immediate alle varie problematiche. Si tratta quindi di un rilevante punto di contatto per gli utenti, soprattutto per i più anziani e per coloro che si trovano in condizioni

di fragilità, che offre un costante supporto in collaborazione con gli altri servizi aziendali.

Sono da segnalare, inoltre le varie iniziative, messe in atto soprattutto negli ultimi anni, per sviluppare le potenzialità informative e di interazione con i cittadini del sito web istituzionale, anche con l'inserimento di moduli e richieste on-line e con l'utilizzo del seguente Link utile di riferimento <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/servizi-online>

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

I servizi sono disponibili ad **accesso libero** o mediante **autenticazione**. Sono accessibili con credenziali SPID livello 2, con Carta d'Identità Elettronica (CIE) o con una smart card che risponda ai requisiti della Carta Nazionale dei Servizi (CNS), compresa la Tessera Sanitaria con funzione di CNS (TS-CNS).



The screenshot shows the website header for ASL Foggia, Azienda Sanitaria Locale della provincia di Foggia. The navigation bar includes 'PugliaSalute', 'Assistenza', 'Servizi online', 'Operatori', 'Organizzazione', and 'Notizie'. The 'Servizi online' menu is expanded, displaying a list of services:

- Servizi on-line
- Prenotazione Vaccino COVID19
- Prenotazione ricetta rossa SSN o ALPI
- Prenotazione ricetta dematerializzata
- Gestione prenotazione
- Pagamento ticket
- Servizi per assistiti celiaci
- Visura esenzioni con autenticazione
- Scelta e revoca del medico con autenticazione
- Diario vaccinazioni con autenticazione
- Autocertificazione esenzioni per reddito
- Fascicolo Sanitario Elettronico
- Accesso Referti on-line

NUMERI VERDI

<u>URP</u> Numero verde:	800 014512
<u>CUP</u> Numero verde:	800 466222
<u>SCREENING ONCOLOGICI</u> Numero verde:	800 957773
<u>COro Regionale</u> Numero verde:	800 185003

<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/cup>

AVVISO PER L'UTENZA

Si comunicano i canali attivi per il servizio di prenotazione .

- APP PUGLIA SALUTE REGIONALE da scaricare su tablet o smartphone
- FARMACIE
- PRENOTAZIONE ONLINE tramite il sito di PUGLIA SALUTE (*Servizi on line*)
- MAIL: prenota@aslfg.it

Dal 1.1.2024 disattivazione delle chiamate in entrata da rete mobile verso il NUMERO VERDE del CALL CENTER 800466222

Per accedere ai servizi CUP

sono attivi i due numeri :

800466222 per le chiamate da rete fissa

0881 316820 per le chiamate da rete mobile

DAL 15 GENNAIO 2024 PAGAMENTO TICKET SOLO ED ESCLUSIVAMENTE CON MONETA ELETTRONICA

Per ciò che riguarda il pagamento dei ticket sanitari, la Direzione Strategica ha avviato una profonda

attività di razionalizzazione delle entrate, individuando quale elemento centrale di tale azione lo spostamento del flusso dei pagamenti dal contante alla moneta elettronica.

Infatti, con Delibera n. 1450 del 27/12/2023, si è stabilito che:

1. Tutti i pagamenti presso gli sportelli CUP siano effettuati con modalità elettronica a partire dal 15 gennaio 2024;
2. L'intero workflow del nuovo sistema di pagamento, nonché delle procedure di rimborso, sono state dettagliate e regolamentate in modo da renderlo chiaramente fruibile dagli stakeholder interni.

2.1.2 L'accessibilità fisica

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

Il sistema di gestione raccolta segnalazioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico prevede tra le categorie da sottoporre ad analisi e a risoluzione gli aspetti legati alle strutture fisiche che annoverano come sub categorie:

- la presenza di barriere architettoniche;
- la mancanza di collegamenti pubblici con le strutture sanitarie;
- la difficoltà di parcheggio;
- la carenza di misure di sicurezza (segnalazione e pervietà delle vie di fuga, dotazioni antincendio, ecc.).

Le azioni atte all'eliminazione delle barriere architettoniche fisiche e visive per agevolare e favorire gli accessi ai servizi ed alle informazioni sono dunque requisiti fondamentali da raggiungere. Qualsiasi elemento costruttivo che preclude l'accesso o lo spostamento, in particolare per le persone con limitata capacità motoria, verso qualsiasi tipologia di luogo o di prestazione sanitaria, vieta di fatto sia autonomia che integrazione sociale.

Per far fronte a quanto indicato, le **Linee guida Hospitality** per l'accoglienza nelle strutture sanitarie pugliesi (DGR n. 671/2019) *offrono, "in modo totalmente innovativo, una visione integrata e definiscono un sistema identitario, comune e riconoscibile in tutte le strutture sanitarie del territorio, declinando soluzioni esecutive, sostenibili e specifiche per la Puglia, affrontando vari aspetti connessi ai servizi di accoglienza ai pazienti e ai diversi utenti"*.

A tal fine, l'ASL di Foggia, da tempo ha attivato e prosegue l'implementazione di strategie per migliorare l'identità aziendale e per agevolare i percorsi nelle strutture sanitarie di riferimento (v. Deliberazione n. 547 del 16 aprile 2022" M.A. ASL FG - **Manuale di Accoglienza** della ASL di Foggia – Adozione"), con il diretto coinvolgimento della Struttura Relazioni con il Pubblico aziendale, a cui fare assoluto riferimento per quanto illustrato come da disposizione della Direzione

Generale; tutto per la costruzione e per la tenuta dell'appropriata identità aziendale sia dal punto di vista degli ambienti da strutturare che per le opportune modalità operative di informazione e di comunicazione.

Le azioni previste spaziano su più fronti:

- definizione di modalità di comunicazione interna;
- miglioramento della qualità degli spazi di accoglienza e della segnaletica esterna e interna;
- organizzazione del personale per presidiare gli accessi e gli spazi comuni;
- miglioramento del servizio prenotazioni e pagamento ticket per ridurre code e spreco prezioso di tempo (anche con l'ausilio di tecnologie e strumenti informativi);
- coinvolgimento di partecipazione civica per informare con varie procedure l'utenza;
- attenzione alle procedure legate all'igiene e alla qualità dei servizi in genere;
- individuazione del *mobility manager* per attivare azioni di miglioramento dell'accessibilità esterna in maniera sostenibile (trasporto pubblico, parcheggi per bici e ottimizzazione accessi auto per disabili e anziani).

Nella Tabella a seguire si ipotizzano le **misure possibili previste nel 2025 ed a seguire nel 2026** su disposizioni della Direzione strategica aziendale:

OBIETTIVI DETERMINANTI	ATTIVITA' DA ESPLETARE	CRONO PROGRAMMA	PARAMETRI DI MISURAZIONE	COINVOLGIMENTO PARTI INTERESSATE
Accoglienza in Sanità: progettazione e sviluppo dei servizi atti a garantire e facilitare l'accessibilità fisica degli spazi e dei servizi sanitari e sociali aziendali	Verificare periodicamente il permanere dei criteri di agevole utilizzo di servizi e di aree aziendali con adeguata segnaletica interna ed esterna Wayfinding https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/hospitality	Annuale	Accertamenti periodici	Utenza /Operatori
	Verifica o attuazione di indicazioni per l'allestimento di spazi per i percorsi sanitari delle persone con disabilità.	Annuale	Accertamenti periodici	Utenza /Operatori
Garantire l'accessibilità ai comuni limitrofi e difficilmente collegati alle sedi principali di cura	Già in essere le azioni come di camper itineranti (mammomobile etc...)	2025	N.ro prestazioni sanitarie fornite	Utenza ASL FG

Migliorare ulteriormente la continuità assistenziale in prossimità	Attivazione o proseguo di azioni di pertinenza per quanto previsto dal PNRR	2025- 2026	N.ro di prestazioni ad accesso libero potenziamento e facilitazioni screening oncologici	Utenza ASL FG
Adottare metodologie di comunicazione con persone disabili	Percorsi Formativi per Operatori Sanitari interagire in modo efficace con una varietà di pazienti. sensibilizzazione alle diverse forme di disabilità	2025- 2026	N.ro contatti attuati	Utenza /Operatori
Contrastare le aggressioni al personale sanitario	Osservanza protocollo interno di contrasto alla violenza https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/uffici-di-staff_det/-/journal_content/56/36044/risk-management-gestione-rischio-clinico	2025- 2026	Revisione provvedimento e monitoraggio azioni contenute nel protocollo	Utenza /Operatori
Garantire le cure domiciliari relazionandosi con gli altri servizi sanitari	Utilizzo criteri telemedicina come da PNRR	2025- 2026	Relazione provvedimenti ed requisiti strutturali assolti	Utenza /Operatori
Facilitare l'interazione tra specialisti e assistiti tramite servizi di telemedicina	Attività infermieristiche erogabili come prestazioni indifferibili	2026	N.ro pazienti presi in carico	Utenza ASL FG categoria pazienti cronici e fragili

L'accessibilità fisica ai servizi, agli spazi, ai beni ed ai servizi sociosanitari, oltre che costituire chiaramente un valore è un elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della

salute della popolazione; assume una rilevante funzione di contrasto alle diseguaglianze per consentire a **tutte le categorie** l'accessibilità ai predetti servizi.

Le barriere di accessibilità sia architettoniche che strutturali, limitano gravemente l'integrazione sociale ed il fine principale è quello di abbattere le barriere fisiche e architettoniche che impediscono la mobilità delle persone disabili, favorire l'orientamento di singoli individui e gruppi all'interno di spazi complessi assieme a quelle di comunicazione che ne impediscono l'accesso alle informazioni.

2.1.3 La reingegnerizzazione

La trasformazione digitale della ASL di Foggia

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

I prossimi passi prevedono l'introduzione di architetture moderne web based e a microservizi (come la nuova cartella clinica) integrate tramite middleware ed il passaggio alle infrastrutture cloud nazionali.

La Cartella Clinica Elettronica (CCE) ed il nuovo Laboratorio di analisi (LIS) della ASL di Foggia sono pienamente operative per i PO di Manfredonia, San Severo e Cerignola e nel 2025 saranno a regime su tutta la ASL.

Tutte queste attività garantiranno che tutte le informazioni sanitarie del cittadino saranno disponibili sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), semplificando l'accesso alle cure ed ai dati sanitari nel pieno rispetto della privacy.

I sistemi Regionali di contabilità MOSS e di diagnostica per immagini SIRDIMM operano ormai a pieno regime. Nel 2025 è prevista l'adesione alla Cartella Clinica Regionale, nonché la migrazione su piattaforma Cloud regionale (Innova Puglia) di tutti gli applicativi aziendali in accordo con la strategia nazionale "*Cloud first*".

La ASL di Foggia aderisce al SovraCup Regionale per consentire agli utenti di prenotare su tutte le strutture regionali e nel 2025 è previsto l'avvio del nuovo CUP regionale (la gara è in fase di pubblicazione).

La ASL di Foggia è dotata di una piattaforma Intranet riservata alle comunicazioni con il personale ed è presente sul portale Regionale Puglia Salute.

Infrastrutture

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

Sono in via di completamento le infrastrutture LAN e wi-fi dei PO di San Severo e Manfredonia.

PNRR

Nell'ambito dei progetti PNRR Misura 1.4 sono state avviate e parzialmente già operative le attività di integrazione dei sistemi aziendali con PagoPA e AppIO. Questi servizi permettono di ricevere notifiche sulle proprie prenotazioni e sui pagamenti per l'accesso ai servizi sanitari e di pagare online le prestazioni.

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

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

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

Attualmente è disponibile il numero unico 0882/078530 per la presa in carico e l'assistenza ai pazienti.

Digitalizzazione dei DEA

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

Sono in distribuzione oltre 500 PC e portatili per l'aggiornamento tecnologico dei PP.OO.

Nell'ambito del PNRR l'ASL di Foggia è capofila del progetto Regionale di Gestione del Rischio Clinico. Il progetto è stato avviato e sarà dispiegato in tutta la regione nel 2025.

Cybersecurity

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

La legge 90 ed il D. Lgs. 138 usciti nel 2024, con un impatto simile a quello delle normative su sicurezza sul lavoro e privacy, richiedono un ulteriore sforzo in termini di competenze tecniche e di formazione e sensibilizzazione del personale.

La Asl di Foggia ha individuato il referente per la Cybersecurity.

In sinergia con la Regione sono stati avviati programmi di formazione e sensibilizzazione con campagne mirate.

Sono state messe in atto misure tese ad impedire gli attacchi informatici a più livelli: da un sistema di monitoraggio e controllo delle mail, a sistemi di controllo del traffico internet, a sistemi antivirus evoluti, a sistemi TFA (Two Factor Authentication) che saranno generalizzati nel biennio 24-26. L'autenticazione LDAP è attiva su praticamente tutti gli applicativi aziendali.

È stato attivato un SOC remoto (Security Operation Center) nell'attesa di migrazione verso quello regionale, in attesa di realizzazione.

I sistemi sono realizzati in modo tale da consentire un'azione proattiva verso gli eventi sospetti e nel 2024 hanno portato a decine di allarmi mirati con interventi su singoli utenti con blocco automatico delle attività, se necessario.

Telemedicina

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

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

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

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

Ciò comporterà la possibilità di inserire nella Carta dei servizi l'elenco delle prestazioni erogabili in telemedicina, le loro modalità di erogazione, l'organigramma funzionale con i diversi livelli di

responsabilità, le tempistiche di rilascio dei referti, i costi, i tempi e le modalità di pagamento, etc. Gli obiettivi che si intendono raggiungere sono i seguenti:

Tipologia UO	Obiettivi	Azioni	Indicatori	Target
UO Tecniche	<ul style="list-style-type: none"> • Connettività con banda disponibile sufficiente • Hardware aggiornato e adeguato • infrastrutture di Cybersecurity di sedi (CdC, OdC , COT) e di client adeguate 	<ul style="list-style-type: none"> • Completamento della migrazione al Cloud • completamento connettività e infrastrutture di rete ospedali e gli ospedali di comunità • Case della comunità con almeno 40 Mbit • Antivirus sui client, sistemi operativi aggiornati, Cybersecurity anche gestita via CSIRT di riferimento (Innova Puglia) • Campagne di sensibilizzazione • Attivazione di cartella clinica ospedaliera ed ambulatoriale aziendale • Realizzazione e manutenzione infrastruttura per App per i pazienti 	<p>Aggiornamento Strumento di mappatura della connettività aziendale</p> <p>Integrazione aziendale con l'alimentazione del FSE 2.0</p> <p>Almeno una campagna di sensibilizzazione nel 2025</p>	2025
UOC Comunicazione Accoglienza e URP, Ufficio Stampa, ICT, DPO	Aggiornamento degli strumenti informatizzati di comunicazione aziendale	<ol style="list-style-type: none"> 1) Riorganizzazione del portale aziendale con nuovo spazio INFORMAZIONI dedicato alle attività aziendali, alle campagne di prevenzione, alla promozione di stili di vita salutari (Avvisi, News, Eventi); 2) Utilizzo social media; 3) Strumenti di accessibilità per ipovedenti e non vedenti; 4) Aggiornamento Regolamento per la gestione di tutti gli strumenti aziendali di comunicazione e informazione; informatizzazione di tutti i processi URP: reclami, informazioni, interattività on line 		II semestre 2025

UO PO/Distretti	Attivazione dei servizi di Telemedicina previsti dal PNRR	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione di Televisita, Telemonitoraggio, Teleconsulto, Telegestione ed inserimento nei PDTA aziendali; Ricetta dematerializzata e referti elettronici 	Numero di prestazioni eseguite/numero di prestazioni totali	2025
UO Tecniche	Formazione del personale delle UO, aggiornato sulle specifiche delle piattaforme man mano introdotte	<ul style="list-style-type: none"> Realizzazione Piano di formazione del personale, aggiornato annualmente, sulle specifiche piattaforme in uso Formazione continua sulla Cybersecurity e sulla mitigazione del rischio 	Numero di eventi e numero di partecipanti agli eventi di formazione	Almeno tre eventi all'anno per dipendente
UO Cliniche/Distretti	Sviluppo di competenze tecniche e cliniche specifiche	<ul style="list-style-type: none"> Formazione sulla televisita, il telemonitoraggio, la telegestione e le attività previste dal PNRR e dai PDTA aziendali Formazione specifica sulle piattaforme aziendali in uso 	Numero di eventi e numero di partecipanti agli eventi ha partecipato, ECM o universitari	Almeno tre eventi all'anno per dipendente o un corso universitario
UO Amministrative	Sviluppo di competenze tecniche e cliniche specifiche	Formazione sulle piattaforme aziendali in uso	Numero di eventi e numero di partecipanti agli eventi ha partecipato	Almeno tre eventi all'anno per dipendente

2.1.4 Parità di genere

La parità di genere rientra tra i principi fondamentali nelle pubbliche amministrazioni, è un valore fondamentale che contribuisce a garantire equità, inclusione e rappresentatività. Tema trasversale e di rilievo nella strategia aziendale dell'ASL di Foggia. Garantire pari opportunità a donne uomini, significa riconoscere il diritto di ciascun individuo a essere trattato con equità, indipendentemente dal genere, principio sancito dalla Cost. Art. 3.

In tale sezione sono indicati i progetti di promozione, sensibilizzazione e diffusione della cultura di genere, la valorizzazione delle differenze, promozione del benessere organizzativo, equilibrio tra tempi di vita lavorativa e vita familiare per un lavoro di qualità. Il P.A.P. (Piano delle Azioni Positive), che rappresenta lo strumento attraverso il quale le Pubbliche Amministrazioni individuano e pianificano le attività utili e necessarie per promuovere le pari opportunità all'interno della propria organizzazione, rimuovendo gli ostacoli che ne impediscono la piena realizzazione in ambito lavorativo.

Le azioni positive sono ritenute misure temporanee speciali, che derogando al principio di uguaglianza formale a favore di quello dell'eguaglianza sostanziale, mirano a garantire la piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne; infatti le predette azioni coinvolgono tutti i dipendenti indifferentemente dal sesso pur nella contezza che sul genere femminile sicuramente ricadono in proporzione maggiore i carichi familiari - per cultura e per organizzazione familiare.

Le azioni positive descritte nel P.A.P. costituiscono un importante leva di cambiamento per l'Amministrazione, in linea con i contenuti dei documenti programmatici della ASL FG.

La stesura del Piano di Azioni Positive viene redatta su proposta del Comitato Unico di Garanzia, ricostituito nella ASL di Foggia con Delibera n. 1272/2023 così come rettificata dalla delibera n. 1482/2023, e rientra tra i documenti programmatici disciplinato dal Decreto Legge 23 maggio 2000, n. 196 ed in particolare dall'art. 7c.5, che prevede la predisposizione per assicurare la rimozione degli ostacoli, che di fatto impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nei luoghi di lavoro tra uomini e donne, Direttiva n.2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei CUG nelle Amministrazioni Pubbliche" emanata nel giugno 2019 dal Ministero della Funzione Pubblica.

La strategia delle azioni positive, individuate in coerenza con quanto emerso dai risultati delle indagini effettuate sul clima sul benessere lavorativo, ha lo scopo di rimuovere gli impedimenti che le persone incontrano rispetto ai diritti universali di cittadinanza in ragione delle proprie caratteristiche familiari, etniche, linguistiche, di genere, età, ideologiche, culturali, fisiche.

(L'art. 50 del D. Lgs. 198/2006 individua una specifica tipologia di azioni positive: "Le misure a sostegno delle flessibilità di orario, finalizzate a promuovere e incentivare forme di articolazione della prestazione lavorativa volte a conciliare tempo di vita e di lavoro sono disciplinate dall'art. 9 della legge 8 marzo 2000, n. 53 (che prevede una specifica forma di finanziamento)".

Linee generali di intervento

1° MACRO AREA DI INTERVENTO

EQUILIBRIO TRA TEMPI DI VITA LAVORATIVA E VITA FAMILIARE PER UN LAVORO DI EQUITA'

- Favorire politiche di conciliazione tra doveri lavorativi e diritti di vita privata e familiare.

CORRECTIVE ACTIONS/PREVENTIVE ACTIONS

Proponenti dell'ASL FG per ottimizzare gli strumenti riservati alle/ai propri dipendenti come a seguire:

- Flessibilità, autonomia, responsabilizzazione, orientamento ai risultati per il tramite del lavoro agile che può essere applicato con notevoli vantaggi nella P.A.
- “*Workplace change management*” = cambiamento organizzativo correlato alla rivisitazione degli spazi.
- Fattibilità di prevedere una congiuntura dell'orario di lavoro accordabile con la cura dei figli, per il tramite di un *turn over* delle figure genitoriali anche se dipendenti di enti diversi.
- Ammodernamento delle regole previste per la mobilità interna del personale del comparto con criteri di precedenza a parità di condizioni per particolari situazioni di famiglia e di salute.

2° SETTORE DI INTERVENTO

TUTTI I CITTADINI HANNO PARI DIGNITA' SOCIALE E SONO EGUALI DAVANTI ALLA LEGGE, SENZA DISTINZIONE DI SESSO, RAZZA, LINGUA, RELIGIONE, OPINIONE POLITICHE, CONDIZIONI PERSONALI (ART. 3 COST. comma 1)

La L. 162/2021, pubblicata in G.U. n. 275 del 18-11-2021, ha modificato in modo significativo il Codice delle Pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo (D. Lgs. 198/2006).

ATTESTAZIONE PARITÀ/PARI OPPORTUNITÀ

- Analisi dei parametri inerenti al trattamento economico derivante dalla contrattazione come da normativa vigente su un piano di assoluta parità uomo/donna.
- Monitoraggio della presenza di meccanismi di protezione del posto di lavoro e di requisiti del medesimo livello retributivo nel post-maternità.
- Realizzazione di interventi finalizzati all'analisi della percezione delle/dei dipendenti sulle pari opportunità nell'ultimo anno.

3° SETTORE DI INTERVENTO

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA - DIRETTIVA 24 marzo 2004 - Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni

PROMUOVERE IL BENESSERE ORGANIZZATIVO DELLE/DEI DIPENDENTI E PREVENIRE IL DISAGIO LAVORATIVO

Il concetto di benessere organizzativo nei luoghi di lavoro si è delineato a partire dal termine di Occupational Health Psychology (OHP), con cui si indicava una nuova materia interdisciplinare in ambito organizzativo, finalizzata a migliorare la qualità della vita lavorativa nelle aziende. Un tassello basilare per il benessere psico-fisico del Personale è l'incremento e la diffusione di una cultura aziendale in grado di offrire una buona employee experience, cioè un'**esperienza lavorativa d'eccellenza**.

La promozione del benessere organizzativo nelle aziende sanitarie, deve partire dall'approfondimento dei punti di forza e dalle criticità presenti, al fine di progettare interventi di miglioramento come iniziative di indagine sul benessere del clima organizzativo, **potenziamento delle risorse umane, cultura del rispetto e trasparenza**. Pertanto, la creazione di un ambiente di lavoro indirizzato al “benessere organizzativo”, manifesta la capacità di un'organizzazione di essere non solo efficace e produttiva, ma anche capace di estendersi, incrementando le relazioni sociali e potenziando il grado di benessere psico-fisico del personale che, quando risulta coinvolto e valorizzato, aumenta le proprie competenze e può condividerle pacificamente senza ipocrisie dettate da rapporti negativi e dannosi per l'identità aziendale e non solo.

Un clima lavorativo improntato al benessere contribuisce sicuramente a far crescere ed a far migliorare i risultati dell'Amministrazione.

4° SETTORE DI INTERVENTO

SOSTENERE E RAFFORZARE IL RUOLO DEL CUG

I CUG possono considerarsi un valore aggiunto per la Pubblica Amministrazione, soprattutto in un momento storico come quello attuale, ed essere di supporto al cambiamento culturale dell'Azienda e di vi lavora. La ASL FG si impegna ad intervenire sulle modalità di comunicazione interna per quanto riguarda le attività del Comitato, a consolidare e rendere il più possibile fluidi ed acquisire i rapporti tra il CUG e le altre Strutture:

- **Regolamento e funzionamento del Comitato**
- **Consolidare la rete con i CUG**
- **Coinvolgere il CUG nei pareri come da protocollo tra la Direzione Strategica e CUG**

5° SETTORE DI INTERVENTO

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il CUG rappresenta un elemento strategico per promuovere il cambiamento attraverso la formazione del personale all'interno della ASL FG, garantendo che i programmi siano inclusivi e rispettosi delle diversità e contribuendo a creare ambienti lavorativi più equi e di conseguenza più sani. I percorsi formativi possono stimolare la trasformazione culturale all'interno dell'azienda.

Le azioni da perseguire sono:

1. Cultura del benessere, investimenti in formazione e leadership coraggiosa sono elementi chiave per sostenere i talenti e liberare valore;
2. Analisi specifica delle criticità nel processo di ascolto del malessere lavorativo;

3. Strutturazione di corrette procedure aziendali per il perseguimento del benessere organizzativo e verifica di attuazione, anche tramite l'O.I.V. (*organismo di valutazione della performance*);
4. Contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica;
5. Promozione di azioni positive volte alla difesa dell'integrità, della dignità, della persona e del benessere fisico e psichico;
6. Programmazione di procedure interne che consentono alle risorse di esprimere, anche in modalità anonima, le proprie opinioni e dare suggerimenti per il cambiamento nell'organizzazione e favorire il dialogo e il confronto.
7. Diffusione del Codice di Comportamento e Disciplinare al personale per favorirne la conoscenza ed i criteri correlati alle sanzioni previste per atteggiamenti non adeguati e per facilitare una condotta informata a principi di correttezza, che assicurino pari dignità di trattamento tra uomini e donne sul lavoro.

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

- a) eliminare le disparità nella formazione professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei percorsi di mobilità;
- b) favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l'orientamento professionale e gli strumenti della formazione;
- d) superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- e) promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sottorappresentate, ed in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;
- f) favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi.

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

Tra le azioni positive da intraprendere:

OBIETTIVI	DETTAGLI	SUGGERIMENTI	SOLUZIONI POSSIBILI	INCENTIVAZIONI
PROMOZIONE E DIFFUSIONE	di tematiche riguardanti le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di	incontri formativi organizzati o promossi dal CUG in modalità alternative alla frequenza frontale” come webinar, focus	adottare una politica trasparente per la remunerazione e per le progressioni di carriera	NB: Possono scaturire dai monitoraggi effettuati dal CUG

	chi lavora e contro le discriminazioni	formativi on line, al fine di consentire la più ampia partecipazione;		
MONITORAGGI O SULLA COSTITUZIONE DELLE COMMISSIONI DI CONCORSO	in osservanza a quanto stabilito dall'art 57 del D. Lgs. 165/2001 ai sensi del quale le Pubbliche amministrazioni, devono garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed al trattamento sul lavoro.	riservare alle dipendenti donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso;		
SOSTENERE LA CONCESSIONE	forme ulteriori di flessibilità dell'orario lavorativo rispetto a quelle già previste dall'ASL	su richiesta , ai dipendenti ed alle dipendenti che si trovano in particolari situazioni di necessità;		
Promozione di una migliore organizzazione del lavoro e del benessere organizzativo;	garantire ad ogni dipendente dei piani di sviluppo personale che accrescano le competenze.	promuovere iniziative di formazione e programmi di job rotation	puntare sul dialogo , il coinvolgimento e la condivisione delle informazioni	migliorare il rapporto con il management.
Azioni volte alla prevenzione dei rischi della salute	la formazione, l'aggiornamento o e l'addestramento dei lavoratori; la sorveglianza sanitaria dei lavoratori; le corrette fasi di progettazione, costruzione ed utilizzo degli ambienti di lavoro, delle macchine, delle attrezzature e degli impianti.	Avviare progetti culturali finalizzati a creare maggiore consapevolezza sul tema e scardinare stereotipi e pregiudizi culturali		

<p>Migliorare la diffusione delle forme di comunicazione a tutti i lavoratori</p>	<p>Ascoltare con attenzione. Mostrare empatia. Essere assertivo. Parlare in prima persona. Essere sé stesso. Conoscere bene l'argomento. Focalizzare ogni canale comunicativo verso lo stesso obiettivo. Tenere conto della diversa percezione della realtà</p>		<p>Attivare canali di ascolto delle persone e implementare iniziative legate ai temi del benessere delle persone</p>	
<p>Corsi sul benessere organizzativo e sull'applicazione del "Codice etico e comportamentale"</p>	<p>Le disposizioni contenute nel Codice, volte a rafforzare i principi e i valori etici che dovranno ispirare l'attività di coloro che operano per l'ASL, tenendo conto della graduazione e articolazione dei ruoli e delle relative responsabilità, dovranno consentire di migliorare i processi decisionali e di orientare le modalità di svolgimento delle prestazioni lavorative, in relazione alla delicatezza e alla rilevanza degli interessi coinvolti, al fine</p>		<p>presenza di attività di comunicazione interna e di sensibilizzazione che promuovano l'utilizzo di comportamenti e di un linguaggio in grado di garantire un ambiente di lavoro inclusivo e rispettoso delle diversità di genere</p>	

	di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e il perseguimento, in via esclusiva, dell'interesse istituzionale dell'Azienda.			
Implementazione funzioni e ruolo del CUG	Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) opera per assicurare, nell'ambito di lavoro, parità e pari opportunità di genere, garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione.	Compiti propositivi <ul style="list-style-type: none"> • predisposizione di piani di azioni positive, per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro delle lavoratrici e dei lavoratori ed elaborazione dei relativi piani di attuazione; • promozione e/o potenziamento di ogni iniziativa diretta ad attuare politiche di conciliazione vita privata/lavoro; • promozione della cultura della parità e delle pari opportunità e del rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, anche attraverso la proposta di piani formativi 	Compiti consultivi <ul style="list-style-type: none"> • su progetti di riorganizzazione e dell'ASL; • su proposte e atti degli organi direttivi, degli organi di gestione e di controllo dell'Ente che riguardano materie di competenza del CUG; • sui piani di formazione del personale; • su orari di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione; • sui criteri di valutazione del personale; • sulla contrattazione integrativa sui temi che rientrano nelle proprie competenze 	Compiti <ul style="list-style-type: none"> • attuazione dei piani di azioni positive predisposti dal CUG; • risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità; • esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo; • esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro; • assenza di ogni forma di discriminazione e, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale,



		<p>per i lavoratori e le lavoratrici;</p> <ul style="list-style-type: none">• proporre temi che rientrano nella propria competenza ai fini della contrattazione integrativa;• proporre analisi e programmazione e di genere;• proporre iniziative volte ad attuare le direttive comunitarie per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone nonché azioni positive al riguardo;• promuovere la diffusione delle conoscenze ed esperienze, nonché di altri elementi informativi, documentali, tecnici e statistici sui problemi della parità e delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni adottate da altre amministrazioni o enti, anche in collaborazione con la Consigliera di Parità del territorio di riferimento;• promuovere azioni atte a favorire		<p>all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, negli avanzamenti di carriera, nella sicurezza sul lavoro.</p>
--	--	--	--	--

		<p>condizioni di benessere lavorativo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporre azioni positive, interventi e progetti, quali indagini di clima lavorativo, codici etici e di condotta, idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni o violenze sessuali, morali o psicologiche. 		
--	--	--	--	--

Il Piano sarà pubblicato sul Portale web dell'ASL FG, in modo da essere accessibile a dipendenti ed esterni, visibili saranno gli approfondimenti su ruoli e funzioni, progetti e attività in tema di pari opportunità e benessere organizzativo, formazione, corsi e convegni, in linea con quanto enunciato.

Nel periodo di vigenza sarà effettuato il monitoraggio dell'efficacia delle azioni adottate con gli indicatori di pertinenza.

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

SOGGETTI E UFFICI COINVOLTI

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

STRUMENTI E VERIFICHE

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

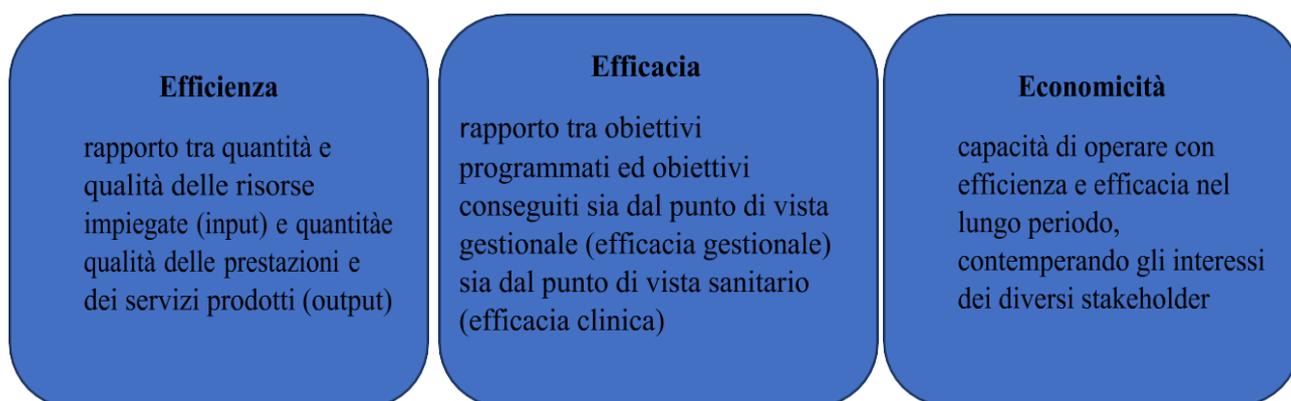
Durante il triennio di fattibilità del piano, il CUG accetterà consigli, osservazioni e suggerimenti da parte del personale dipendente, delle organizzazioni sindacali e dell'Azienda, per potenziare l'efficacia del PTAPos.

2.2 Performance

In questa sottosezione di programmazione rappresenteremo il piano strategico aziendale, che vuol essere il principale documento di programmazione dell'Azienda, attraverso il quale, nel rispetto della *mission* aziendale, si delinea la visione strategica per il triennio 2025-2027.

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

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



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

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

1. la **prospettiva economico-finanziaria**: gli obiettivi sono quelli economico-finanziari, misurati con i tradizionali indicatori di redditività: quando possibile i costi sono rapportati alla produzione al fine della ottimizzazione delle risorse;
2. la **prospettiva del paziente/utente**: l'obiettivo è il miglioramento dell'offerta assistenziale nel rispetto dell'equità dell'accesso alle cure, l'umanizzazione delle stesse e la trasparenza dei processi aziendali con particolare riferimento alla garanzia della tempestività delle risposte ai bisogni espressi;
3. la **prospettiva dei processi interni all'azienda**: l'obiettivo è l'ottimizzazione dei processi già in essere e l'identificazione di quei nuovi processi attraverso i quali l'Azienda possa raggiungere l'eccellenza. Tale miglioramento si ottiene partendo da una rigorosa misurazione della produzione e dal benchmarking;
4. la **prospettiva di innovazione e della qualità**: l'obiettivo è lo sviluppo dell'organizzazione,

la crescita globale dell'azienda e degli operatori, l'affinamento delle tecniche di misurazione della qualità, l'individuazione e la valorizzazione delle eccellenze.

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

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

- a) individuazione delle aree di bisogno e di domanda di servizio attraverso l'analisi di: obiettivi assegnati derivanti da documenti di programmazione nazionale, regionale ed aziendale; dati relativi ai reclami o flussi di produzione.
- b) individuazione delle azioni e dei responsabili per raggiungere gli obiettivi prefissati e degli indicatori per monitorare il raggiungimento degli stessi.

Gli obiettivi strategici

Gli Obiettivi Generali aziendali per l'anno 2025 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 29 PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024-2026 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 2025-2027, 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 monitorare 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.

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

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

Gli obiettivi di funzionamento dei servizi riguardano:

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

Gli obiettivi di salute concernono:

- a. i PDTA;
- b. i controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie;
- c. la mobilità sanitaria;
- d. il contenimento delle liste di attesa;

- e. la realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione;
- f. la sorveglianza clinico-epidemiologica
- g. l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;
- h. la sanità veterinaria e sicurezza alimentare;
- i. il mantenimento dell'erogazione LEA.

Gli obiettivi di trasparenza attengono:

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

Gli obiettivi di performance organizzativa:

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

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

L'albero della performance nasce dallo schema, sotto riportato, di obiettivi che la Direzione Generale ha considerato strategici per l'anno 2025.

Area strategica	Obiettivi Strategici
Accreditamento strutture pubbliche	
	Qualificazione strutture pubbliche
Aspetti amministrativi/organizzativi	
	Gestione ed ottimizzazione dei processi
	Appropriatezza e Qualità
	Deflazionamento del contenzioso
	Efficienza Operativa
	Efficienza Organizzativa
	Formazione
	Gestione ed ottimizzazione dei processi
	Ottimizzazione dei processi
	Formazione
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	
	Efficienza Operativa
	Ottimizzazione dei processi
	Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario
	Tempi di Pagamento dei fornitori
Assistenza Farmaceutica	
	Primo ciclo di terapia

	Appropriatezza prescrittiva
	Assistenza Farmaceutica
	Dispositivi medici
	Efficienza Operativa
	Farmaceutica convenzionata
Assistenza ospedaliera	
	Appropriatezza e Qualità
	Efficienza nell'erogazione
	Efficienza Organizzativa
	Implementazione rete ospedaliera secondo disposizioni regionali
	Qualificazione assistenza ospedaliera
Assistenza residenziale e semiresidenziale	
	Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale
Assistenza territoriale	
	Qualificazione assistenza territoriale
	Appropriatezza e Qualità
	Aspetti Economico Finanziari
	Efficienza Operativa
	Efficienza Organizzativa
	Governo delle liste d'attesa
Investimenti Strutturali	
	Capacità progettuale e spesa per investimenti
Legalità e Trasparenza	
	Legalità e Trasparenza
Prevenzione e Promozione della Salute	
	Prevenzione
	Screening
	Screening oncologici
	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni
	Qualificazione strutture pubbliche/private
	Prevenzione nei luoghi di lavoro
Prevenzione e Sicurezza Alimentare	
	Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
Prevenzione Sanità Veterinaria	
	Salute animale e igiene urbana veterinaria.
	Appropriatezza e Qualità
	Efficienza Operativa
	Prevenzione
	Salute animale e igiene urbana veterinaria.
Rischio clinico	
	Implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico.
Sanità Digitale	
	Completezza e Qualità dei Flussi informativi
	Digitalizzazione Cartella Clinica Elettronica
	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico
	Efficienza Operativa
	Sanità Digitale
	Telemedicina

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

Pertanto, sulla base delle specificità che caratterizzano la ASL di Foggia, del grado di maturità del proprio sistema di performance, dei dati emersi dall'analisi del contesto esterno e interno, sono individuati gli obiettivi specifici che questa Azienda intende perseguire nel triennio 2025-2027 con i risultati attesi espressi con un set di indicatori e relativi target, e, quindi, di performance organizzativa, con i risultati attesi, espressi sempre attraverso opportuni set di indicatori e relativi target.

Il passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi è realizzato tramite la contrattazione degli obiettivi operativi di budget descritta dettagliatamente nel Sistema di Misurazione e valutazione adottato con Delibera del Direttore Generale n. 460 del 18 marzo 2024.

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

Il conseguimento degli obiettivi, misurato con un criterio di proporzionalità, costituisce condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa aziendale, nel rispetto dei principi stabiliti nel D. Lgs. n.150/2009, nel D. Lgs. n.74/2017, nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della dirigenza e del comparto e nella regolamentazione aziendale di cui al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

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

La scheda di budget è costituita dai seguenti elementi:

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

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

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

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

Il percorso di budget operativo si sviluppa nelle seguenti fasi:

□ Definizione del Regolamento del budget operativo: il Regolamento di budget elaborato dal Comitato di Budget, su mandato della Direzione Generale, è stato adottato con atto deliberativo n. 580/2018;

□ Apertura fase di negoziazione: la fase di negoziazione ha inizio con incontri tra il Controllo di Gestione e i componenti del Comitato di Budget, delegati dal Direttore Generale, e Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori di Distretto, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle UU.OO. di Staff. Durante tali incontri vengono presentate proposte di budget operativo sulla base degli indirizzi strategici aziendali, degli obiettivi di mandato e di quelli annuali assegnati dalla Regione, con l'invito ad integrarli eventualmente con obiettivi specifici.

□ Fase istruttoria: questa fase si sviluppa inizialmente all'interno di ciascuna Macrostruttura, a cura del Direttore/Dirigente Responsabile, con la finalità di:

- illustrare ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative afferenti la proposta della Direzione Generale promuovendo il dibattito e la partecipazione attiva;

- individuare per ciascuna Unità Operativa, d'intesa con i relativi Responsabili, gli eventuali obiettivi integrativi. Tali obiettivi integrativi devono essere in linea con le prospettive precedentemente indicate e coerenti con gli obiettivi regionali assegnati al Direttore Generale e comunque rientranti nella sostenibilità economica e tecnica dell'Azienda.

I Direttori di Macrostruttura completano le schede di budget con le eventuali proposte di integrazioni scaturite dal confronto e le trasmettono al Controllo di Gestione e al Comitato di Budget. Successivamente il Controllo di Gestione e il Comitato di Budget effettua l'analisi delle proposte di budget operativo evidenziandone le eventuali incongruenze con la programmazione aziendale e la sostenibilità economica e tecnica.

□ Conclusione della negoziazione e formalizzazione delle schede di budget: la Direzione Generale valuta le proposte di budget operativo pervenute dalle Macrostrutture, ed in particolare le eventuali integrazioni introdotte, sulla base dell'istruttoria predisposta dal Controllo di Gestione. La negoziazione si conclude con l'intesa tra il Direttore Generale e i Direttori/Dirigenti Responsabili di Macrostruttura.

□ Formalizzazione del budget operativo delle Strutture: il Direttore/Dirigente Responsabile di Macrostruttura formalizza le schede di budget alle Strutture afferenti.

□ Comunicazione interna della negoziazione dei budget operativi: i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Strutture hanno il compito di:

- condividere gli obiettivi assegnati alla propria articolazione organizzativa in sede di assegnazione di budget con gli altri dirigenti e operatori del comparto per la loro valutazione individuale annuale ed assegna a ciascun collaboratore di livello dirigenziale (Dirigenti di UOS non assegnatari di budget, dirigenti con incarico professionale o di base) obiettivi specifici gestionali/professionali,

- documentare l'avvenuta comunicazione tramite l'invio di verbale di discussione degli obiettivi al Controllo di Gestione.

Nel corso dell'anno il Controllo di gestione verifica il grado di attuazione degli obiettivi. La verifica è finalizzata a misurare i risultati riferibili alle attività oggetto degli obiettivi strategici ed operativi conseguiti nel lasso di tempo considerato e a verificare le cause di eventuali scostamenti approntando i conseguenti interventi correttivi, compresa l'ipotesi di riprogrammazione degli obiettivi.

Dell'eventuale riprogrammazione degli obiettivi deve essere data tempestiva informazione all'OIV. Potranno essere effettuate variazioni degli obiettivi/indicatori nel corso dell'anno nei seguenti casi:

- osservazioni/indicazioni dell'OIV;
- tempestiva richiesta, opportunamente motivata, di variazione da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di struttura e Ufficio di staff;
- variazioni normative e/o di contesto.

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

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

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

Quindi, tutti gli obiettivi indicati nel piano della performance sono raccordati con gli strumenti di programmazione economico-finanziaria 2025-2027 e sono addirittura coincidenti negli aspetti macro con il documento di sintesi della relazione del Direttore Generale, per la declinazione delle maggiori

azioni da svolgere nell'ambito gestionale. Tale documento è stato redatto dai soggetti responsabili della programmazione delle attività.

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

L'Azienda, in sede di approvazione del Piano della Performance e anche alla luce di quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione 8, ha inteso nel corso degli anni coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla trasparenza, all'integrità e al contrasto della corruzione - che oggi confluiscono nel presente PIAO - al fine di stabilire opportuni collegamenti con il ciclo della performance.

Particolare attenzione, quindi, è stata posta alla coerenza tra il PTPC e il Piano della performance, sia perché le politiche sulla performance concorrono alla creazione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, sia perché le misure di prevenzione della corruzione devono trovare riscontro negli obiettivi organizzativi e individuali assegnati. Di conseguenza, la prevenzione ed il contrasto della corruzione, di cui alla L. 190/2012 e s.m.i., e la promozione della trasparenza e dell'integrità, di cui al D. Lgs. 33/2013, costituiscono obiettivi strategici dell'Azienda che annualmente individua specifici obiettivi e indicatori inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza da contemplare nel Piano della performance, quale strumento di governo e responsabilizzazione dirigenziale.

Le azioni di verifica della performance aziendale e individuale sono state programmate anche per il 2025 in riferimento sia agli obblighi di pubblicazione, sia riguardo all'aggiornamento sul sito aziendale delle informazioni relative alle UO sanitarie, mediante la compilazione di apposito format predisposto dall'Azienda, in modo tale da coinvolgere tutti gli attori aziendali nell'ottica di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale. Esplicitando in maniera chiara gli obiettivi da perseguire, inoltre, si rende trasparente e verificabile l'intero processo, in quanto la trasparenza è funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, assicurando l'effettiva accountability dell'Azienda in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa, anche al fine di instaurare una più consapevole partecipazione della collettività e di migliorare la qualità dei servizi offerti.

2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

Introduzione

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 **2025-2027** dell’ASL di Foggia, in linea di continuità con i precedenti Piani di prevenzione della corruzione e disciplina l’attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell’illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*. Per l’elaborazione della presente sezione del P.I.A.O. sono stati considerati

- gli **Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022** approvati dal Consiglio dell’Autorità in data 2 febbraio 2022;
- **Piano Nazionale Anticorruzione 2022** (PNA) approvato dal Consiglio dell’ANAC il 16 novembre 2022 e in attesa del parere del comitato interministeriale e Conferenza Unificata Stato regioni Autonomie locali
- **Aggiornamento PNA 2022 giusta deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023**

La presente sezione del P.I.A.O. è stata elaborata dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell’ASL di Foggia con l’apporto dei referenti RPCT, componenti dell’Ufficio di supporto al RPCT, costituito con deliberazione del Commissario Straordinario n. 606 del 24 ottobre 2022, e comprende quanto segue:

- la valutazione di impatto del **contesto esterno**, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell’ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l’amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- la valutazione di impatto del **contesto interno**, che evidenzia se lo scopo dell’Istituto o la sua struttura organizzativa possano influenzare l’esposizione al rischio corruttivo;
- la **mappatura dei processi**, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività, espongono l’amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- l’identificazione e **valutazione dei rischi corruttivi**, in funzione della programmazione da parte delle amministrazioni delle misure previste dalla legge n.190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- la **progettazione di misure** organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l’adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell’azione amministrativa;
- il **monitoraggio** sull’idoneità e sull’attuazione delle misure;
- la **programmazione** dell’attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l’accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

Processo di elaborazione del Piano

Per l'elaborazione del presente Piano sono stati coinvolti tutti i Dirigenti dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse, Strutture Semplici e gli Uffici di Staff alla Direzione Generale, ai fini dell'aggiornamento della mappatura dei processi/rischi/misure (monitoraggi di I livello). Altresì, nel mese di Dicembre 2024 si è provveduto alla 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.

Di seguito sono elencati le principali fasi del processo di elaborazione e adozione della presente sezione del P.I.A.O.:

- a) Invito ai Responsabili delle Strutture aziendali di eventuali proposte di variazione ed aggiornamento della mappatura del rischio e/o delle misure ritenute necessarie e relativi adempimenti degli obblighi di trasparenza ex d.lgs 33/2013 e s.m.i.;
- b) Consultazione pubblica, attraverso il sito internet istituzionale, ai fini del coinvolgimento degli Stakeholder nell'apporto di eventuali contributi in materia di anticorruzione e trasparenza;
- c) Predisposizione di una bozza della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO da parte del RPCT da trasmettere al Direttore Generale per un processo condiviso di formazione della sottosezione specifica all'interno del PIAO;
- d) Adozione del PIAO, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale;
- e) Pubblicazione del PIAO sul sito internet aziendale in apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente;
- f) Trasmissione del PIAO al Dipartimento Funzione Pubblica.

Di seguito sono elencati i principali provvedimenti ANAC dell'anno 2024, recepiti nell'ambito della programmazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo per il triennio 2025-2027:

- Comunicato del Presidente del 20 novembre 2024: Chiarimenti in merito all'utilizzo del criterio del minor prezzo nelle procedure di aggiudicazione di lavori sopra soglia;
- Delibera n. 497 del 29 ottobre 2024: Indicazioni alle stazioni appaltanti in merito alle modalità di espletamento dei controlli e delle verifiche da svolgere durante la fase esecutiva degli appalti di servizi e forniture;
- Delibera n. 502 del 29 ottobre 2024: Quesiti in merito agli effetti della nuova formulazione dell'art. 445 c.p.p. sulla disciplina dell'inconferibilità;
- Comunicato Presidente del 29 ottobre 2024: Relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza anno 2024 – differimento al 31 gennaio 2025 del termine per la pubblicazione;
- Linee Guida n.1 in tema di c.d. divieto di pantouflage – art. 53, comma 16 ter, d. lgs. 165/2001 (adottate dall'autorità con Delibera n. 493 del 25 settembre 2024) Regolamento del 25 settembre 2024 sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di violazione dell'art. 53, comma 16 ter d. lgs.165/2001;
- Delibera n. 495 del 25 settembre 2024: Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art.48 d.lgs. 14 marzo 2013 n.33, ai fini di assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto – Messa a disposizione di ulteriori schemi;

- Comunicato del Presidente del 24 giugno 2024 – rotazione affidamenti, chiarimenti in merito al principio di rotazione degli affidamenti;
- Comunicato del Presidente del 5 giugno 2024 – procedure negoziate, indicazioni in merito ai criteri di selezione degli operatori economici da invitare alle procedure negoziate;
- Pubblicazioni: Vademecum sugli affidamenti diretti per lavori, servizi e forniture: il Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione nell’adunanza del 30 luglio 2024 ha approvato il Vademecum informativo per gli affidamenti diretti di lavori di importo inferiore a 150.000,00 euro, e di forniture e servizi di importo inferiore a 140.000,00 euro.

Obiettivi Strategici

L’ ASL di Foggia, in linea con l’aggiornamento 2023 del Piano Nazionale Anticorruzione 2022, si propone di migliorare la gestione delle misure di prevenzione del rischio con particolare attenzione all’ambito dei Contratti e Appalti, migliorando altresì il sistema ricognitivo dei processi e delle misure applicate dai referenti del RPCT, attraverso una piattaforma web collaborativa.

La strategia complessiva anticorruptiva dell’ASL di Foggia può essere ricondotta a tre principali obiettivi:

- **Ridurre i fattori abilitanti il rischio corruttivo;**
- **Favorire l’emersione di episodi corruttivi;**
- **Contribuire a creare un clima sfavorevole alla corruzione e una cultura della trasparenza e dell’integrità a livello generale.**

Tutti i Responsabili delle varie articolazioni aziendali sono invitati a notificare il presente Piano ai rispettivi dipendenti, consulenti e collaboratori e fornitori in generale.

All’atto dell’assunzione in servizio è riportata formale dichiarazione nei contratti individuali di lavoro della consegna e ricevuta di copia del presente Piano con indicazione dell’indirizzo del sito web aziendale per la conoscibilità dei successivi aggiornamenti che il dipendente si renderà parte diligente di consultare e che in tal modo si avranno per conosciuti e notificati.

Coordinamento con il Piano della Performance

Il Piano Nazionale Anticorruzione stabilisce che *“l’efficacia del Piano dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell’Amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell’amministrazione”*. In particolare, *“risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il Ciclo della Performance”*, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani.

Il contenuto del presente Piano è integrato con il Piano delle Performance e con gli altri strumenti di programmazione annuale dell’ASL di Foggia, così come richiesto dalla normativa vigente. Il Piano della Performance sottolinea infatti come la valutazione dei dirigenti tenga conto non solo degli obiettivi operativi assegnati in relazione all’attività propria della Struttura a cui sono preposti, ma anche degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione.



In particolare, tra gli obiettivi quali-quantitativi di equipe presenti nel Programma annuale delle attività per l'anno 2025, sono riportati anche i seguenti:

- **Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive**
 - ✓ Indicatore: partecipazione attiva alla rendicontazione semestrale delle misure anticorruptive applicate tramite piattaforma web centralizzata.
 - ✓ target: 2 monitoraggi/anno (entro il 15 luglio e 15 gennaio)
- **Requisiti di qualità degli atti di competenza, pubblicati in Amministrazione Trasparente**
 - ✓ Indicatore: il dato pubblicato soddisfa tutti i requisiti di qualità del dato tra cui "integrità, completezza, tempestività, costante aggiornamento, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogenità, facile accessibilità e riutilizzabilità, conformità ai documenti originali, indicazione provenienza, riservatezza"
 - ✓ target: 100%
- **Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione**
 - ✓ Indicatore: Partecipazione ad eventi formativi aziendali in materia prevenzione della corruzione, etica, legalità e codice di comportamento
 - ✓ target: n.1 corso/anno

Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione

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



Figura 1 - Attori coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione

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

<p>Direttore generale</p>	<p>Il Direttore Generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - designa il Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; - adotta il Piano e i suoi aggiornamenti e li comunica al Collegio sindacale e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV); - valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio corruzione; - assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni; - promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgono l'intero personale.
<p>RPCT Ufficio di supporto al RPCT</p>	<p>Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con il supporto dei componenti dell'Ufficio anticorruzione:</p>

	<ul style="list-style-type: none">- presenta al Direttore Generale, per la necessaria approvazione, una proposta della sezione del PIAO “Rischi corruttivi e trasparenza”;- vigila sull’attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano;- elabora le modifiche necessarie per migliorarne l’efficacia e predisporre l’aggiornamento annuale, tenendo conto delle normative sopravvenute e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute;- segnala all’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali disfunzioni inerenti l’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;- indica agli uffici competenti all’esercizio dell’azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;- pianifica le misure di trasparenza, monitora l’adempimento da parte dell’amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e verifica la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione;- pubblica sul sito internet istituzionale, entro le scadenze definite da ANAC, una relazione sull’attività svolta, predisposta secondo le indicazioni fornite dall’ANAC stessa;- definisce percorsi di formazione, con il supporto dell’Ufficio Formazione, sui temi dell’etica e della legalità e individua, in accordo con i referenti, interventi di formazione specifica per i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione;- verifica, d’intesa con il dirigente competente, l’effettiva rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, nel rispetto dei criteri generali stabiliti dall’Azienda, (nei limiti di quegli incarichi ed uffici ove la rotazione è tecnicamente e logisticamente possibile, per la tipologia di competenze);- vigila sul rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 39/2013 sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, per quanto applicabile;- cura la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento aziendale e collabora con l’Ufficio Procedimenti Disciplinari per il monitoraggio annuale sulla sua attuazione;
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - programma incontri periodici con i referenti al fine di monitorare il rispetto del Piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività.
<p>Network regionale degli RPCT</p>	<p>Il Network Sanità è stato istituito dalla Regione Puglia, con D.G.R. n. 48 del 23/01/2018, quale strumento strategico per confronto e scambio di esperienze tra la Regione e gli Enti e Aziende del Servizio Sanitario Regionale.</p> <p>Il network è stato convocato in data 9/10/2024, presso la Sala Di Jeso (I p.) del Palazzo della Presidenza ubicato in Lungomare Nazario Sauro 31/33 – Bari.</p>
<p>Tutti i Dirigenti Referenti del RPCT</p>	<p>Tutti i Direttori di Struttura e i Dirigenti, per l'area di rispettiva competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valorizzano la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative; - partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure; - curano lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovono la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità; - assumono la responsabilità delle misure di propria competenza programmate nel PIAO; - tengono conto, in sede di valutazione delle performance del contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT; - forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione; - concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione; - controllano costantemente le attività più esposte al rischio corruzione svolte nella struttura cui sono preposti; - assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione; - avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, afferente la propria struttura; - propongono, per l'area di competenza, i nominativi del personale con priorità di formazione.

S.T.P.	<p>La Struttura Tecnica Permanente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - supporta l'attività dell'Organismo interno di vigilanza (OIV) nell'esercizio delle funzioni di programmazione, valutazione, controllo strategico e controllo di gestione.
SS Formazione	<p>Il Responsabile della Struttura Semplice Formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cura l'inserimento nel Piano della Formazione degli obiettivi finalizzati alla realizzazione delle azioni previste dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza; - cura la realizzazione delle iniziative di formazione previste dal Piano.
O.I.V.	<ul style="list-style-type: none"> - offre un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo; - fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto, alla valutazione e al trattamento dei rischi; - favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance ed il ciclo di gestione del rischio corruttivo; - attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le disposizioni impartite dall'ANAC; - esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'ASL; - assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice di comportamento e il sistema di misurazione e valutazione della performance e svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice, riferendone nella relazione annuale; - verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato; - rafforza il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance delle strutture e dei singoli operatori.
Collegio Sindacale	<p>Il Collegio Sindacale in particolare:</p> <p>verifica l'amministrazione dell'ASL sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, pertanto, anche quella relativa alla tematica della prevenzione della corruzione.</p>

U.P.D.	<p>I componenti dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vigilano sull'applicazione del Codice di comportamento aziendale; - svolgono i compiti attribuiti dalla normativa ai comitati etici; - curano l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando al dipendente che segnala illeciti le garanzie previste dall'ordinamento; - possono chiedere all'ANAC parere facoltativo ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del Codice di comportamento.
Dipendenti	<p>Tutto il personale aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - partecipa attivamente al processo di gestione del rischio; - attua le misure di prevenzione programmate nel PTPCT; - comunica i casi di conflitto di interessi che li riguardano personalmente; - segnala le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD. La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, legge 190/2012).
Collaboratori	<p>I collaboratori a qualsiasi titolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - osservano le misure contenute nel Piano, per quanto applicabili alla tipologia di rapporto che intercorre con l'ASL; - segnalano le situazioni di illecito.
Gruppo di lavoro PIAO	<p>Apposito gruppo di lavoro per lo svolgimento delle attività di analisi integrata ed elaborazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) di cui all'art. 6 del D.lgs 80/2021 e s.m.i., con l'apporto delle competenze delle varie Strutture organizzative interessate dalle Sezioni tematiche del PIAO.</p>
Responsabile antiriciclaggio	<p>Al mantenimento del sistema di prevenzione della corruzione, partecipa anche la figura del responsabile dell'Anagrafe della Stazione appaltante e soggetto gestore antiriciclaggio (RASA)</p>

Valutazione d’impatto del contesto esterno

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

La ASL di Foggia opera su un territorio caratterizzato da una forte frammentazione di comunità comunali (n.61 comuni) inserite in tre aree territoriali disomogenee che presentano, tra l’altro, forti punti di debolezza legati alla infrastrutturazione delle vie di comunicazione. La situazione concernente la condizione lavorativa sul territorio evidenzia una preoccupante diminuzione del numero degli occupati e dell’aumento del numero di disoccupati. La media di occupati nella città di Foggia è la più bassa in ambito regionale, in ambito territoriale (Mezzogiorno) e in ambito nazionale; la percentuale di disoccupazione e di popolazione inattiva è la più alta in ambito regionale, in ambito territoriale (Mezzogiorno) e in ambito nazionale. Tale contesto sfavorevole è considerato nella determinazione del rischio in alcuni processi aziendali con riferimento alla probabilità di accadimento di taluni eventi (minacce).

La Direzione Nazionale Antimafia e Antiterrorismo ha presentato la Relazione del secondo semestre 2023 sulle attività svolte dal Procuratore nazionale e dalla Direzione nazionale antimafia e antiterrorismo nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso.

La quarta mafia foggiana è composta da una pluralità di identità mafiose distinte, ovvero la società foggiana, la mafia garganica, la mafia dell’Alto Tavoliere e la malavita cerignolana. La dislocazione di tali consorterie sull’intero territorio provinciale ricalca, sostanzialmente, la suddivisione della provincia in quattro quadranti geografici in cui lo stesso territorio è convenzionalmente suddiviso (Foggia, Macroarea del Gargano, Alto Tavoliere e Basso tavoliere).

L’efferata propensione a stringere rapporti di collusione e complicità con le sfere della società civile e delle istituzioni è proprio alla base della capacità di networking delle formazioni mafiose operanti nel territorio di Foggia e provincia tanto che *“la questione foggiana ha finalmente assunto, a tutti i livelli, l’attenzione che meritava, con un importante investimento di risorse per rendere più efficiente l’attività di contrasto”*. Queste le parole del Procuratore Generale della Corte di Cassazione Giovanni Salvi che ha anche evidenziato come la mafia foggiana si caratterizzi *“per forme specifiche e per il ricorso ancora attuale alla violenza, sia per il controllo del territorio che nel rapporto con le attività produttive”*.

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

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

Di seguito la matrice di analisi del contesto esterno che considera l'impatto (basso-medio-alto) e la probabilità di accadimento (bassa-media-alta) dei principali eventi corruttivi, tenuto conto della rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'ASL di Foggia e dell'incidenza degli interessi dei principali *stakeholder/shareholder* a vario titolo coinvolti nelle relazioni istituzionali.

Soggetti	Incidenza variabili esogene	Relazione Input	Relazione output	Impatto	Probabilità	Rischio potenziale
Imprese affidatarie di lavori, servizi o forniture	Territoriali ed economiche	Verbali stato avanzamento lavori, liquidazioni, contestazioni	Collaudi e pagamenti	Alto	Media	Alto 
Professionisti in ambito tecnico e legale	Territoriali, sociali ed economiche	Affidamento incarico	Attestazioni e pagamenti	Alto	Media	Alto 
Case Farmaceutiche Sponsor Promotori ricerca scientifica e sperimentazioni	Sociali ed economiche	Contributi economici	Studi e ricerche	Alto	Media	Alto 
Libera Professione intramuraria	Economiche	Richiesta visite in ALPI	Visite in ALPI con compenso extra istituzionale	Alto	Media	Alto 
Ditte onoranze funebri	Territoriali ed economiche	Richiesta informazioni su decessi per gestione funerali	Compenso al personale ASL per comunicazione in anticipo del defunto	Alto	Media	Alto 
Associazioni, Ordini e soggetti del terzo settore, Strutture sanitarie private	Territoriali, sociali ed economiche	Gestione eventi e servizi	Concessioni, Accordi, Convenzioni e pagamenti	Medio	Bassa	Medio 

Ditte onoranze funebri	Territoriali ed economiche	Richiesta informazioni su decessi per gestione funerali	Compenso al personale ASL per comunicazione in anticipo del defunto	Alto	Media	Alto 
Associazioni, Ordini e soggetti del terzo settore, Strutture sanitarie private	Territoriali, sociali ed economiche	Gestione eventi e servizi	Concessioni, Accordi, Convenzioni e pagamenti	Medio	Bassa	Medio 
Soggetti pubblici AReSS Agenas INVITALIA ASSET Ministero della Salute MEF Università Enti di Ricerca Comunità scientifica	Territoriali, sociali	Convenzioni	Erogazioni e servizi	Medio	Bassa	Medio 
Altri Enti e Regioni	Territoriali	Relazioni istituzionali	Accordi e Convenzioni	Basso	Bassa	Basso 

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

Valutazione d'impatto del contesto interno

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

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

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

Per ulteriori dettagli sull'assetto organizzativo si rinvia al cap. 1 "Scheda Anagrafica".

La Direzione Aziendale della ASL Foggia, con la Delibera n.906 del 29/07/2016, parzialmente modificata con delibera n. 977 del 02/08/2016, ha adottato la Bozza Atto aziendale ASL Foggia, e con delibera n. 1428 del 6/10/2020 ad oggetto "Assetto organizzativo e strutturale dell'Asl Foggia", più volte modificata, ha definito la nuova Struttura organizzativa che prevede:

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

La nuova organizzazione aziendale dipartimentale, ai sensi del D.G.R n. 1428 del 19 ottobre 2023, prevede l'istituzione del **"Dipartimento delle Funzioni Sanitarie, Ospedaliere e del Territorio"** e di ulteriori strutture semplici dipartimentali, strutture semplici e strutture complesse.

L'Organizzazione sanitaria si articola altresì nella seguente organizzazione dipartimentale aziendale della funzione ospedaliera e mista, ospedale-territorio (alcuni Dipartimenti non sono ancora costituiti), così come previsto dalle delibere n. 933 del 24 luglio 2017, n. 73 del 24 gennaio 2019, n.

1638 del 03 dicembre 2019, n. 793 del 5 giugno 2020:

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

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

Nel corso dell’anno 2024, i referenti del RPCT sono stati chiamati a rendicontare lo stato di attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi, riesaminando il grado di rischio attraverso una metodologia “ibrida” ovvero di tipo quantitativa affiancata da un’analisi del rischio qualitativa (monitoraggio di I livello).

Per ogni processo di competenza, attraverso l’ausilio di un software web collaborativo, sono stati analizzati i rischi e le misure con relativi indicatori. Di seguito le principali informazioni acquisite per ogni processo:

- area del processo
- responsabile
- fattori abilitanti
- descrizione fasi del processo
- valutazione “quantitativa e qualitativa” del rischio corruttivo (probabilità ed impatto)

Per ogni misura è stato rendicontato quanto segue:

- Tempi e modi di attuazione
- Responsabile
- Indicatore di monitoraggio della misura
- Stato di attuazione della misura
- Esito monitoraggio I livello
- Monitoraggio II livello del RPCT (Responsabile prevenzione corruzione e della trasparenza)

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

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

L'analisi del **contesto interno**, caratterizzata da numerosità di personale, strutture, funzioni e competenze di varia complessità, fa emergere alcuni elementi che condizionano il sistema di prevenzione della corruzione aziendale, consentendo tuttavia di rilevare una **generalizzata attuazione delle misure di prevenzione** riportate nel Piano ed in particolare, per quanto riguarda le misure di carattere specifico, si prevede l'aggiornamento dei processi con l'individuazione di specifiche misure **ulteriori di mitigazione del rischio corruttivo**, attraverso il coinvolgimento di tutti i Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione e con l'ausilio di una piattaforma web di tipo "collaborativo" già in uso.

Le peculiari caratteristiche organizzative, la carenza di personale qualificato, i profili di criticità inerenti la distribuzione di ruoli e responsabilità, gli eventi corruttivi degli ultimi anni, impongono la previsione di stringenti misure di prevenzione della corruzione per garantire valore pubblico e integrità.

Mappatura dei processi

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

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

A) Acquisizione e progressione del personale

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

B) Affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti

2. Definizione dell'oggetto ed individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
 3. Requisiti di qualificazione
 4. Requisiti di aggiudicazione
 5. Valutazione delle offerte
 6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
 7. Procedure negoziate
 8. Affidamenti diretti
 9. Revoca del bando
 10. Redazione del cronoprogramma
 11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
 12. Subappalto
 13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto
- 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 specifiche di ambito sanitario che espongono maggiormente l'ASL di Foggia a rischi corruttivi:

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

Nel corso dell'anno 2024 sono stati mappati ed analizzati 283 processi aziendali. Per dettagli si rinvia al documento "allegato n.1 – Analisi e trattamento dei rischi (2024-2026)" pubblicato sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della corruzione, all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/altri-contenuti-corruzione>.

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

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

Pertanto, si risponde specificatamente alle seguenti esigenze:

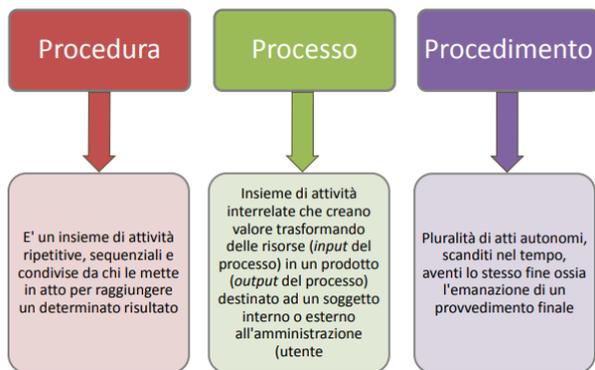
- a) **individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione**, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle proprie competenze;
- b) **prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione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

Per la misurazione del livello del rischio sono state recepite le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019, **privilegiando un'analisi di tipo qualitativo** rispetto a una di tipo quantitativo. 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.

Con la nuova metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori, non può essere la media dei singoli indicatori, ma deve essere il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si è data rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un "alert" per la gestione del rischio corruttivo e portano i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro "intrinseca rischiosità".

Nel triennio 2025-2027 seguirà il perfezionamento della rilevazione delle fasi e delle attività dei processi sensibili nelle seguenti **aree di rischio**, distinguendo il processo dal procedimento e dalla procedura:

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



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

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

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

Per approfondimenti è possibile consultare la seguente documentazione pubblicata sul sito internet istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/altri-contenuti-corruzione>:

- **allegato n.1 – Analisi e trattamento dei rischi (2025-2027)**
- **allegato n.2 – Priorità di trattamento dei rischi (2025-2027)**
- **allegato n.3 – Stato di attuazione delle misure (2025-2027)**

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

Progettazione misure organizzative per il trattamento del rischio

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

- **misure generali**, che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione;

- **misure specifiche** che si incidono su problemi specifici individuati tramite il meccanismo di analisi del rischio corruzione.

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

- adeguatamente progettate, onde evitare la pianificazione di misure astratte, non realizzabili o estremamente gravose perché superflue;
- efficaci a neutralizzare il rischio;
- sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo;
- adattate alle specificità ed alle peculiarità dell'ASL di Foggia;
- verificabili in sede di monitoraggio infrannuale, così da accertare non solo il relativo stato di attuazione ma svolgere altresì una valutazione sull'efficacia delle misure.
- Per approfondimenti è possibile consultare il documento “**allegato n.3 – Stato di attuazione delle misure (2024-2026)**” reso disponibile sul sito internet istituzionale, all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/altri-contenuti-corruzione>.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Nell'ambito del quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione di traguardi ed obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al d.l. 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, **l'ASL di Foggia, su richiesta della Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ha individuato un Dirigente quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 “Salute”**. La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento regionale è avvenuta con nota n. 113845 del 15 novembre 2021.

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

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

Inoltre, sono stati individuati i RUP delle misure come di seguito elencate:

- M6.C1 – 1.1 Case della comunità e presa in carico della persona
- M6.C1 – 1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture

- (Ospedali di Comunità)
- M6.C2 – 1.2 Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile
 - M6.C1 – 1.2.2 Centrali operative territoriali-Device
 - M6.C1 – 1.2.2 Implementazione di un nuovo modello Organizzativo: Centrali Operative COT
 - M6.C1 – 1.2.2 Centrali Operative Territoriali - Interconnessione Aziendale
 - M6.C2 – 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature Sanitarie)
 - M6.C2 – 1.1 .2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II)

I controlli sui progetti PNRR riguarderanno anche:

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

Codici di comportamento

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Codice di Comportamento	Attuata	Numero provvedimenti disciplinari per violazione del codice (su base annuale)	RPC, Direzione Generale, UPD, Area Gestione Risorse Umane
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Aggiornamento e Formazione	Applicazione e monitoraggio	Applicazione e monitoraggio

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 apprevi, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere favore dell'OIV, un proprio codice di comportamento nel rispetto dei criteri, delle linee guida e dei modelli predisposti dall'ANAC. Con la Determinazione n. 358 del 29/03/2017, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha emanato le Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale. Le linee guida intendono fornire agli enti del SSN destinatari del PNA di cui alla Determinazione A.N.AC. n. 831 del 3 agosto 2016 alcune raccomandazioni e indicazioni pratiche sull'adozione di un Codice di comportamento come mezzo per contestualizzare, alla luce delle proprie specificità, le norme di portata generale contenute nel Regolamento di cui al DPR 62/13.

I principi del Codice si applicano a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'ASL di Foggia, con particolare attenzione a:

- a. personale operante presso le strutture del SSN a qualunque titolo, compresi tutti coloro che a qualunque titolo svolgono attività assistenziale, anche in prova, 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;
- e soggetti impiegati presso i suddetti uffici;
- 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.

Particolare attenzione è riservata al conflitto di interessi inteso in un'accezione ampia, come ogni situazione nella quale un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici. Il conflitto, in particolare, può essere:

- a. attuale, ovvero presente al momento dell'azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice;
- b. potenziale, ovvero che potrà diventare attuale in un momento successivo;
- c. apparente, ovvero che può essere percepito dall'esterno come tale;
- d. diretto, ovvero che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice;
- e. indiretto, ovvero che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice ma allo stesso collegati.

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

Gestione Contratti Pubblici

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamento Acquisti	Misura attuata	Aggiornamento del Regolamento	Responsabile Area Gestione Patrimonio
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Aggiornamento Regolamento Acquisti	Applicazione e monitoraggio del Regolamento	Applicazione e monitoraggio del Regolamento

Per la varietà e complessità dei beni e servizi acquistati e dei lavori eseguiti, la pluralità e specificità degli attori coinvolti, l'approvvigionamento di beni, servizi e lavori costituisce una delle principali aree di rischio in Sanità. Al fine di gestire in modo efficace i fattori di esposizione al rischio di corruzione l'ASL di Foggia pone l'attenzione all'intero ciclo degli approvvigionamenti, dalla definizione delle necessità (rilevazione del fabbisogno) alla programmazione degli acquisti, alla definizione del reperimento dei beni e servizi, fino alla gestione, esecuzione e collaudo del contratto. Tra le principali misure di mitigazione del rischio corruttivo si evidenziano le seguenti:

- Adozione di un programma degli acquisti triennale/annuale
- Utilizzo di avvisi di pre-informazione
- Rotazione dei RUP/DEC e/o dei funzionari istruttori
- Attestazione di insussistenza di conflitto di interessi da parte del RUP/DEC
- Consultazione preliminare degli operatori economici per la definizione dell'oggetto dell'affidamento
- Preferenza per appalti di tipo aperto. Obbligo di motivazione in ordine alla scelta della procedura per altre tipologie procedurali.
- Verifica di conformità ai bandi tipo ANAC
- Adozione dei patti di integrità e osservanza della misura del revolving-doors
- Obblighi di trasparenza e pubblicità
- Tracciatura e valutazione delle offerte anormalmente basse
- Comunicazione periodica al RPCT dei lotti revocati e relativa istruttoria
- Controlli su situazioni di controllo tra partecipanti
- Controlli sull'effettiva applicazione di penali per ritardi
- Verifica adeguatezza e legittimità dell'istruttoria in caso di varianti

Con deliberazione del Direttore Generale n.1443 del 02/12/2016 è stato approvato il Regolamento Aziendale per la disciplina dei "contratti sotto soglia" per servizi e forniture. Nel corso del triennio è

previsto l'aggiornamento del Regolamento, in linea con l'evoluzione normativa (d.lgs 36/2023 e ss.mm.ii.).

Rotazione del personale

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Rotazione del personale	Misura attuata tramite Regolamento e Piano della rotazione pluriennale	Numero rotazioni del personale per anno o misure equivalenti	Direzioni Strutture – Area del Personale
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Applicazione Regolamento rotazione e monitoraggio del Piano pluriennale della rotazione.	Applicazione e Monitoraggio del Piano pluriennale della rotazione.	Applicazione e Monitoraggio del Piano pluriennale della rotazione.

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

La rotazione ordinaria, prevista dalla Legge 190/2012, è rimessa all'autonoma programmazione dell'azienda mentre la rotazione straordinaria, prevista dall' art. 16, co. 1, lett. l-quater del d.lgs. 165/2001, si attiva d'ufficio successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi. Quest'ultima forma di rotazione è disciplinata nel d.lgs. 165/2001, art. 16, co. 1, lett. l-quater, secondo cui «I dirigenti di uffici dirigenziali generali provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva».

Rotazione straordinaria

L'art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs. 165/2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali «provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva». Ferme restando le altre misure previste in relazione alle varie forme di responsabilità, l'amministrazione ha l'obbligo di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta, quindi, di una misura tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo.

Rotazione ordinaria

Al fine di pervenire alla piena attuazione della rotazione ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, l'ASL di Foggia ha inteso disciplinare la materia con l'adozione di un atto aziendale all'interno del quale sono regolamentate le seguenti azioni previste dal P.N.A.:

- l'individuazione, nel rispetto della partecipazione sindacale, delle modalità di attuazione della rotazione in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione, mediante adozione di criteri generali;
- la definizione dei tempi di rotazione;
- per quanto riguarda il conferimento degli incarichi dirigenziali, il criterio di rotazione deve essere previsto nell'ambito dell'atto generale contenente i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali approvato dall'autorità di indirizzo politico;
- l'identificazione di un nocciolo duro di professionalità per lo svolgimento delle attività proprie di ciascun ufficio o servizio a rischio di corruzione; il livello di professionalità indispensabile è graduato in maniera differente a seconda del ruolo rivestito nell'unità organizzativa (responsabile o addetto);
- il coinvolgimento del personale in percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche mediante sessioni formative in house, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori;
- lo svolgimento di formazione ad hoc, con attività preparatoria di affiancamento, per il dirigente di nuova assunzione e per i collaboratori addetti, affinché questi acquisiscano le conoscenze e la perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata area a rischio.

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

Come indicato dall'allegato n.2 al PNA 2019 (cfr. delibera ANAC n.1064/2019), sono previste, quali **modalità alternative alla rotazione** in senso stretto, quindi:

- all'interno dello stesso ufficio, una **rotazione “funzionale”** mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità
- la **“doppia sottoscrizione” degli atti**, dove firmano, a garanzia della correttezza e legittimità, sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell'atto finale
- una **collaborazione tra diversi ambiti** con riferimento ad atti ad elevato rischio (ad esempio, lavoro in *team* che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi).

In aggiunta alle misure di rotazione sopra elencate, sono applicate le seguenti misure di mitigazione del rischio corruttivo:

- criterio della **“segregazione delle funzioni”** per cui le varie fasi del procedimento, nelle aree a maggior rischio, sono affidate a più soggetti “per competenza” ovvero la persona che adotta il provvedimento finale è sempre diversa dalla persona che istruisce il procedimento;
- **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.

In allegato il Piano pluriennale della rotazione ordinaria dell'ASL di Foggia, per il triennio 2025-2027 (allegato n.7 – Piano pluriennale della rotazione del personale 2025-2027).

Astensione in caso di conflitto di interesse

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Gestione conflitti di interesse	Misura attuata	% verifiche sulle segnalazioni effettuate su base annuale	RPC e Referenti interni
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Formazione e sensibilizzazione del personale	Formazione e sensibilizzazione del personale	Formazione e sensibilizzazione del personale

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire o appare avere la potenzialità di interferire, con il dovere di una persona ad agire in conformità con un interesse primario, ad esempio, nel caso del funzionario e del dipendente pubblico, in conformità con l'interesse pubblico perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse facente capo al destinatario del provvedimento e tutelato dall'ordinamento.

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 endoprocedimentali 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.

Di seguito si fornisce un elenco dei principali obblighi e divieti:

- **Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi** (art. 6 bis legge n. 241/90; legge n. 190/2012 art. 3 comma 2, art. 6 comma 2, art. 7 DPR 62/2013).
- **Obbligo di segnalazione preventiva e motivata al proprio superiore del conflitto di interessi** (art. 6 bis legge n. 241/90, legge n. 190/2012 art. 6 comma 2 e art. 7 DPR

n. 62/2013).

- **Obbligo di verifica e di istruzioni da parte del superiore** al subordinato in caso di rilevazione di conflitto di interessi (art. 7 DPR n. 62/2013).
- **Obbligo di vigilanza e controlli sull'assenza di conflitto di interessi da parte dei Dirigenti responsabili, delle posizioni organizzative e dei coordinatori** (art. 1 comma 9 legge n. 190/2012).
- **Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente**, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art. 4 DPR n. 62/2013)
- Disposizioni specifiche sugli appalti (art. 42 d.lgs. 50/2016)
- **Obbligo a carico di ciascun dipendente all'atto dell'assegnazione all'ufficio di informare per iscritto il Dirigente dell'ufficio stesso di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati** in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni (art. 7 DPR n. 62/2013).
- **Obbligo del Dirigente, prima di assumere le sue funzioni, di comunicare all'ufficio personale le partecipazioni azionarie e gli interessi finanziari che possono porre in conflitto di interessi** con la funzione pubblica che svolge e dichiarare se ha parenti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio (art. 13 DPR n. 62/2013).
- **Divieto per coloro che sono stati condannati, anche in via non definitiva, per i reati contro la P.A. del capo I, titolo II, del libro II del Codice Penale** (peculato, concussione, corruzione, abuso d'ufficio ecc.) **di far parte di Commissioni per l'affidamento di appalti o per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi**, di essere assegnati agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione dei beni, servizi e forniture, o alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati, oppure di far parte delle Commissioni per la concessione o per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere (art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001).
- **Divieto di far parte di Commissioni di concorso per coloro che ricoprono cariche politiche.**
- **Sanzioni disciplinari in caso di mancata osservanza del Codice di Comportamento**, ivi compresi le previsioni sui conflitti di interessi.

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

- a) rapporti di collaborazione e consulenza, sia retribuiti che a titolo gratuito, svolti nell'ultimo quinquennio, a favore di soggetti ai quali sia stato aggiudicato, nel medesimo periodo, o concorso ad aggiudicare, in nome e per conto dell'Azienda, appalti di lavori, forniture e servizi;
- c) eventuali relazioni di parentela o affinità fino al secondo grado, sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con l'Azienda stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di

qualunque genere, limitatamente agli ambiti di lavoro di competenza;

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

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

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

In tutti gli atti e provvedimenti aziendali è inserita l'attestazione di insussistenza di conflitto di interessi da parte di tutti i dipendenti coinvolti nei procedimenti.

Sul piano operativo, al fine di agevolare il dipendente nel conformare il proprio comportamento alle disposizioni legislative in materia di astensione e conflitto di interessi, ed in particolare agli obblighi di comunicazione discendenti dagli artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62 del 2013, al momento della sottoscrizione del contratto il dipendente che è stato assunto oppure il dipendente che è stato spostato/riassegnato o abbia modificato il proprio ruolo rilascia una dichiarazione, valutata dal Direttore della struttura di riferimento.

Inoltre, con riferimento all'area a rischio dei contratti pubblici e alla delicata fase del ciclo degli approvvigionamenti denominata "progettazione della gara", le strutture coinvolte per competenza procedono ad acquisire ulteriore modulistica di attestazione dell'assenza del conflitto di interessi da parte del RUP/DEC e degli altri soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara.

Per quanto concerne, invece, i collaboratori esterni a qualsiasi titolo investiti di incarico presso l'ASL di Foggia, all'atto del conferimento dell'incarico, la struttura conferente richiede la dichiarazione di insussistenza di conflitto di interessi da parte del collaboratore.

Con le Linee guida recanti "Individuazione e gestione di conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici" (G.U. Serie generale n. 182 del 5.08.2019) l'ANAC ha definito l'ambito di applicazione del conflitto di interesse nelle procedure di gara. In particolare, l'art. 16 del nuovo Codice degli Appalti ai sensi del d.lgs n. 36/2023, così dispone "1. Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia.

I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione, devono rendere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000. La dichiarazione, resa per quanto a conoscenza del soggetto interessato, ha ad oggetto ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza. La dichiarazione è rilasciata al responsabile del procedimento.

Il RUP/DEC rilascia la dichiarazione sui conflitti di interesse al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico. Al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura

di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi, la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato.

La struttura competente provvede al protocollo, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni acquisite, nonché al loro tempestivo aggiornamento in occasione di qualsivoglia variazione sopravvenuta dei fatti dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura.

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, i controlli delle dichiarazioni sostitutive sono effettuati a campione. Il controllo viene avviato in ogni caso in cui insorga il sospetto della non veridicità delle informazioni ivi riportate, ad esempio al verificarsi delle situazioni previste per legge o in caso di segnalazione da parte di terzi.

La partecipazione alla procedura da parte di un soggetto che versi in una situazione di conflitto di interessi comporta l'insorgere delle responsabilità, penali, amministrative e disciplinari.

Durante l'anno 2024 non sono emerse situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali, a carico del personale dipendente aziendale. Dichiarazione Pubblica di interessi

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Dichiarazione pubblica di interessi	Misura in fase di definizione	% dichiarazioni pubbliche sottoscritte rispetto al totale dei professionisti di area sanitaria ed amministrativa interessati	RPC e Direzione Generale
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Attivazione flusso informatizzato delle dichiarazioni	+ 10% Controlli a campione	+20% Controlli a campione

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

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 rilevate potranno essere 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 Farmaceutica, della Ricerca e della Sperimentazione Clinica.

Conferimento incarichi

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Autorizzazioni incarichi extra-istituzionali	attuata	% verifiche sulle richieste autorizzative	RPC e Responsabili interni delle articolazioni aziendali
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Applicazione Regolamento e controlli a campione (almeno 10 annuali)	Applicazione Regolamento e controlli a campione (almeno 15 annuali)	Applicazione Regolamento e controlli a campione (almeno 20 annuali)

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questi motivi, la legge n. 190 del 2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, in particolare prevedendo che:

- l'Azienda adotta uno specifico regolamento per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali; infatti, l'art. 53, comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001, come modificato dalla l. n. 190 del 2012, prevede che "In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgono 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".
- in sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, secondo quanto previsto dall'art. 53, comma 7, del d.lgs. n. 165 del 2001, le amministrazioni debbono valutare tutti i profili di conflitto di interesse, anche quelli potenziali; l'istruttoria circa il rilascio dell'autorizzazione va condotta in maniera molto accurata, tenendo presente che talvolta lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali costituisce per il dipendente un'opportunità, in special modo se dirigente, di arricchimento professionale utile a determinare una positiva ricaduta nell'attività istituzionale ordinaria; ne consegue che, al di là della formazione di una

black list di attività precluse la possibilità di svolgere incarichi va attentamente valutata anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente;

- il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti (comma 12); in questi casi, l'amministrazione deve comunque valutare tempestivamente (entro 5 giorni dalla comunicazione, salvo motivate esigenze istruttorie) l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico; continua comunque a rimanere estraneo al regime delle autorizzazioni e comunicazioni l'espletamento degli incarichi espressamente menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del comma 6 dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità; essi, pertanto, non debbono essere autorizzati né comunicati all'amministrazione;
- il regime delle comunicazioni al D.F.P. avente ad oggetto gli incarichi si estende anche agli incarichi gratuiti, con le precisazioni sopra indicate; secondo quanto previsto dal comma 12 del predetto art. 53, gli incarichi autorizzati e quelli conferiti, anche a titolo gratuito, dalle pubbliche amministrazioni debbono essere comunicati al D.F.P. in via telematica entro 15 giorni; per le modalità di comunicazione dei dati sono fornite apposite indicazioni sul sito www.perlapa.gov.it nella sezione relativa all'anagrafe delle prestazioni.

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

Durante il monitoraggio delle misure applicate per l'anno 2024 sono state verificate a campione le autorizzazioni ad incarichi extra-istituzionali, senza rilevare alcuna criticità.

Incompatibilità successiva (*pantouflage*)

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Misura anti-pantouflage	attuata	% verifiche sulla presenza clausole anti-pantouflage in bandi di gara e contratti	RPC e Referenti interni
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Intensificazione controlli a campione (almeno 10 per anno)	Intensificazione controlli a campione (almeno 15 per anno)	Intensificazione controlli a campione (almeno 20 per anno)

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

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

La misura di prevenzione è che il personale dipendente che per il ruolo e la posizione ricoperta nell'amministrazione ha avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (funzionari responsabili di Posizione organizzativa, responsabili di procedimento), ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D.lgs 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, l'ASL di Foggia adotta le seguenti misure:

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

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

In fase di monitoraggio delle misure anti-pantouflage per l'anno 2024 sono state verificate le clausole predefinite, sia nei contratti di assunzione che nei bandi di gara, senza rilevare alcuna criticità.

Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Attestazioni di inconfiribilità e incompatibilità	Misura attuata	Numero attestazioni disponibili su totale previsto su base annuale	RPC – Direttore Generale – Direttore Amministrativo – Direttore Sanitario
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Controlli su dirigenza sanitaria (100%)	Controlli su dirigenza sanitaria (100%)	Controlli su dirigenza sanitaria (100%)

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

In particolare, la delibera stabilisce che "le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le Aziende Sanitarie devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39". Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi di cui all'art. 53 del d.lgs n. 165/2001. Come previsto dai commi 5, 7, 9 e 14 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, così come modificati dalla L. 190/2012, nel caso di conferimento o autorizzazione di incarichi a propri dipendenti, l'Azienda verificherà l'insussistenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse anche potenziale. **In fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2024, sono state rilevate le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità al conferimento dell'incarico del Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo, altresì effettuando controlli incrociati senza rilevare alcuna criticità.**

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamento interno per formazione Commissioni	Misura attuata	Numero verifiche attestazioni su numero commissioni istituite su base annuale	RPC – Direzione Generale – Area gestione Risorse Umane
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Applicazione Regolamento	Applicazione Regolamento	Applicazione Regolamento

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

- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la

selezione a pubblici impieghi;

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

La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.". Inoltre, il d.lgs. n. 39 del 2013 ha previsto un'apposita disciplina riferita alle inconferibilità di incarichi dirigenziali e assimilati (art. 3). Tale disciplina ha come destinatari le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico.

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

Si segnalano i seguenti aspetti rilevanti:

- in generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna da parte del Tribunale);
- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui siano titolari di posizioni organizzative);
- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva;

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il RPCT avvia la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

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

Responsabile R.A.S.A.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Nomina RASA	attuata	Si/No	RPCT e Direzione
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Verifica annuale sul portale dei servizi AUSA dell'ANAC	Verifica annuale sul portale dei servizi AUSA dell'ANAC	Verifica annuale sul portale dei servizi AUSA dell'ANAC

L'individuazione del RASA è intesa come ulteriore misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione. Il RASA è il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante ASL di Foggia.

Il Direttore dell'Area Gestione Patrimonio ha assolto al ruolo di RASA conferito con deliberazione del Direttore Generale n. 131/2019.

Gestore segnalazioni UIF

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Segnalazioni UIF	In fase di attuazione	% segnalazioni trasmesse allo UIF rispetto a quelle ricevute	Gestore delle segnalazioni e RPCT
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Applicazione Regolamento e monitoraggio segnalazioni	Applicazione Regolamento e monitoraggio segnalazioni	Applicazione Regolamento e monitoraggio segnalazioni

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante "determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione, **l'ASL di Foggia ha provveduto alla nomina del gestore antiriciclaggio e approvato il Regolamento per il contrasto dei fenomeni di riciclaggio e finanziamento del terrorismo, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 131 del 17/03/2023.**

Referente monitoraggio Opere Pubbliche

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Monitoraggio degli interventi mediante l'inserimento dei dati richiesti nel portale del MEF (BDAP)	Misura attuata	% monitoraggi	Referente AGT
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio interventi opere pubbliche	Monitoraggio interventi opere pubbliche	Monitoraggio interventi opere pubbliche

Ai sensi della Legge n.196/2009 è stata istituita la Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP) in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), al fine di assicurare un efficace controllo e monitoraggio degli andamenti della finanza pubblica. Con riferimento alle procedure in materia di monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13 della L. n. 196/2009, **l'ASL di Foggia ha individuato quale referente unico per la trasmissione di informazioni alla BDAP – Opere Pubbliche del MEF il Direttore dell'Area Gestione Tecnica, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 144 del 26/01/2024.**

Tutela del Whistleblower

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Segnalazione illeciti Portale Whistleblowing	attuata	numero segnalazioni ricevute ed istruite	RPCT
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Attuazione regolamento e monitoraggio segnalazioni	Attuazione regolamento e monitoraggio segnalazioni	Attuazione regolamento e monitoraggio segnalazioni

L'ASL di Foggia ha recepito il nuovo decreto sul whistleblowing, ai sensi del D.lgs. 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. 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.801 del 09/08/2023.

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) Soggetti in periodo di prova o in fase di colloquio;
- h) Ex dipendenti.

Con il D. LGS 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 2024 è stata garantita l'attività di verifica ed analisi delle segnalazioni ricevute secondo la procedura aziendale di " whistleblowing" conforme alle disposizioni di cui al D.lgs 10 marzo 2023, n.24.

Formazione del personale

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Formazione e sensibilizzazione	In fase di programmazione	Eventi formativi (almeno 1 evento all'anno)	RPCT - S.S. Formazione
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Definizione fabbisogni formativi – Elaborazione Piano della formazione in coordinamento con il Piano della rotazione, avvio attività formativa per il personale dirigenziale	Aggiornamento formativo per il personale aziendale (dirigenza e comparto) Piano della formazione in coordinamento con il Piano della rotazione	Aggiornamento formativo per il personale aziendale (dirigenza e comparto) Piano della formazione in coordinamento con il Piano della rotazione

La programmazione delle attività di formazione in tema di anticorruzione e trasparenza è delineata in modo da coinvolgere tutto il personale ed in particolare i dipendenti operanti nei settori cd. “ad alto rischio corruttivo”, ciò anche in previsione della rotazione ordinaria periodica del personale.

Le attività formative previste dal Piano della Formazione sono suddivise su tre livelli:

- a) **livello generale:** è rivolto a tutto il personale dell’ASL di Foggia, a prescindere dal ruolo di appartenenza.

Persegue una duplice finalità:

- sensibilizzare ai temi dell’etica, della legalità e del conflitto di interessi attraverso un approccio di tipo valoriale;
- formare ed aggiornare il personale utilizzando un approccio di tipo contenutistico

Di seguito i principali argomenti previsti:

- i contenuti dei Codici di comportamento, con l’esame di quei comportamenti che possono determinare “malfunzionamento” o configurare fattispecie di reato;
- le “regole minime” per dipendenti e dirigenti, il comportamento in ufficio e con l’utenza, la gestione dei conflitti di interesse “anche potenziale”, tenuto conto delle specifiche funzioni svolte e del ruolo ricoperto dal dipendente e il relativo dovere di astensione;
- i contenuti del Piano dell’ASL, soffermandosi sulle responsabilità dei dipendenti pubblici;
- le misure per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito;
- la normativa in materia di trasparenza, intesa non solo come strumento di lotta alla corruzione, con l’analisi degli obblighi di pubblicazione e le sanzioni per la mancata pubblicazione, di cui al d.lgs. n. 33/2013 s.m.i.

Gli argomenti suesposti sono affrontati analizzando il contesto in cui opera il personale dell’ASL e a cui applicare principi e novità in materia di “anticorruzione”, al fine di delineare comportamenti eticamente adeguati ai casi tipici.

b) **livello professionalizzante:** è rivolto al personale che opera nelle aree particolarmente esposte al rischio corruzione, ai Responsabili/Direttori di struttura e ai Responsabili di Procedimento. Si tratta di un percorso “mirato” basato su una formazione conforme alla realtà lavorativa, tenuto conto delle attività a rischio corruzione di ogni singola Struttura aziendale nonché delle indicazioni pervenute al Responsabile della Prevenzione della Corruzione da parte dei Responsabili/Direttori di Struttura.

I Responsabili di Struttura provvedono a segnalare annualmente all’Ufficio Formazione, le esigenze di formazione anticorruzione della propria unità, fermo restando la possibilità di esporre nel corso dell’anno, di volta in volta, eventuali esigenze formative sopravvenute.

Di seguito i principali argomenti previsti:

- le procedure per l’affidamento di lavori, forniture e servizi, con particolare riferimento alla modalità di scelta del contraente, ai sensi delle recenti modifiche legislative intervenute con il d.lgs. n. 50/2016;
- affidamento di lavori in caso di somma urgenza;
- le modifiche dei contratti d’appalto in corso di validità cd. “varianti in corso d’opera”;
- procedure di accordo bonario a seguito dell’iscrizione di riserve sui documenti contabili dell’appaltatore;
- il RUP negli appalti pubblici dopo le modifiche al Codice degli Appalti e secondo il nuovo sistema

di anticorruzione;

- il mercato elettronico della PA, con particolare riguardo alla RDO;
- il procedimento amministrativo alla luce della disciplina anticorruzione e trasparenza (autorizzazioni, concessioni, rischi e misure anticorruzione);
- il diritto di accesso civico, alla luce delle modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/2016;
- gli obblighi di pubblicità e relative sanzioni, modalità di pubblicazione sul sito istituzionale;
- sanzioni e responsabilità connesse alla mancata osservanza della L. n. 190/2012;
- la disciplina del conferimento degli incarichi professionali e le relative modalità di pubblicazione;
- i nuovi adempimenti in materia di pubblico impiego, con riguardo alle progressioni di carriera e le progressioni economiche.

L'individuazione dei partecipanti ai singoli percorsi formativi, sia di livello generale che specifico, avverrà da parte dell'RPCT d'intesa con il Direttore/Responsabile di Struttura e con il Responsabile della Formazione, tenuto conto del ruolo affidato e delle aree a maggior rischio di corruzione individuate nel PTPCT e nel rispetto dei seguenti criteri:

- rotazione delle unità individuate, in modo da garantire la formazione di tutto il personale operante nei settori a più elevato rischio di corruzione;
- omogeneità delle caratteristiche professionali dei partecipanti, in relazione alle attività svolte.

c) **Livello specialistico:** è riservato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ai Referenti del RPCT.

È basata sull'analisi del contenuto normativo specifico relativo all'intera materia della corruzione e delle illegalità amministrative, ai fini generali dell'intero processo di prevenzione. La formazione riguarda in particolare le tecniche di redazione dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e delle tecniche di Risk Management, il monitoraggio costante dei procedimenti e del rispetto dei termini di legge e l'adozione di adeguati meccanismi di prevenzione e contrasto di condotte irregolari.

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

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

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

Nel corso dell'anno 2024 è stata garantita l'attività formativa per tutto il personale aziendale, in materia di Anticorruzione e Trasparenza Amministrativa, erogata nella modalità e-Learning e frontale. Nel corso del triennio 2025-2027 è prevista la prosecuzione delle attività di sensibilizzazione e formazione dei dipendenti per aree tematiche e differenziate in base al ruolo e responsabilità.

Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Azioni di sensibilizzazione	Misura attuata	Numero eventi almeno 1 /anno	RPCT
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Programmazione eventi	Programmazione eventi	Programmazione eventi

Al fine di delineare un'efficace strategia anticorruzione, l'ASL di Foggia realizza forme di **sensibilizzazione e consultazione della cittadinanza** finalizzate alla promozione della cultura della legalità. Tra le forme di coinvolgimento promosse e organizzate, si rileva la "Giornata della Trasparenza". La Giornata della Trasparenza costituisce un utile momento di confronto, sia per sensibilizzare i soggetti interni ed esterni all'ASL sui temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione, sia per esporre le iniziative in tal senso assunte; il tutto allo scopo di conseguire due degli obiettivi fondamentali della trasparenza, ovvero:

- la partecipazione dei cittadini e di qualsiasi stakeholder, per individuare le informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti;
- il coinvolgimento dei cittadini nell'attività dell'amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

In generale il coinvolgimento di cittadini e organizzazioni portatrici di interessi collettivi, ai fini della implementazione della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O., della diffusione delle strategie di prevenzione e del loro monitoraggio si può riassumere in tre momenti fondamentali:

- a) **informazione e comunicazione**, resa effettiva anche grazie allo strumento della pubblicazione del presente Piano, nonché dei dati previsti dalla disciplina in materia di trasparenza sul sito internet aziendale
- b) **consultazione ed ascolto** mediante la raccolta da parte dell'URP di eventuali segnalazioni rispetto ad episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi e fatti di natura corruttiva.
- c) **collaborazione e coinvolgimento attivo** del pubblico mediante iniziative quali la pubblicazione sul sito internet istituzionale dell'avviso pubblico di consultazione del Piano, al fine di promuovere integrazioni del Piano adottato, così da assicurare un ruolo attivo e dinamico di collaborazione e coinvolgimento di tutti gli stakeholder al processo decisionale che conduce all'adozione della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O..

Patto di integrità

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Patti di integrità	attuata	% patti di integrità rilevati su numero totale affidamenti (100%)	RPCT - Area Patrimonio – Area Tecnica – tutte le Strutture aziendali per competenza nell’ambito degli acquisti sotto-soglia
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Intensificazione controlli (almeno 10)	Intensificazione controlli (almeno 15)	Intensificazione controlli (almeno 20)

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

Durante la fase di monitoraggio delle misure per l’anno 2024 sono state controllate a campione alcune procedure di gara rilevando le sottoscrizioni dei patti di integrità, in assenza di profili di criticità. Nel corso dell’anno non sono emerse violazioni al patto di integrità aziendale.

Sponsorizzazioni

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Sponsorizzazioni	attuata	Adozione regolamento	RPCT - Direzione Generale
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Intensificazione controlli (almeno 5 all’anno)	Intensificazione controlli (almeno 6 all’anno)	Intensificazione controlli (almeno 8 all’anno)

L’ ASL di Foggia ha provveduto all’adozione di uno specifico Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 1019 del 09 agosto 2017. Durante la fase di monitoraggio delle misure per l’anno 2024 non sono emerse criticità.

Attività conseguenti al decesso

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Attività conseguenti al decesso	attuata	Presenza affissione elenchi ditte	RPCT - Direzioni sanitarie dei PP.OO.
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Controlli annuali su presenza elenchi (controlli semestrali)	Controlli annuali su presenza elenchi	Controlli annuali su presenza elenchi

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

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

Donazioni e comodati d'uso

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Donazioni e comodati d'uso	Misura da attuare	Adozione Regolamento (si)	RPCT - Direzione Generale
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Adozione Regolamento	Applicazione procedure	Applicazione procedure

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

A partire, quindi, dalle misure di rafforzamento della trasparenza come, ad esempio, la pubblicazione dei dati inerenti le relative procedure aziendali autorizzative, l'ASL di Foggia prevede di adottare un Regolamento sulle donazioni e liberalità entro il primo semestre 2025.

Gestione ALPI e Liste di attesa

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
ALPI e liste di attesa	Misura attuata	% controlli - verifica delle reportistiche provenienti dalle strutture aziendali, sui volumi di attività istituzionale e in libera professione	RULA Direzione Sanitaria
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Intensificazione controlli (+15%)	Intensificazione controlli (+20%)	Intensificazione controlli (+25%)

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

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

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

L'ASL di Foggia ha adottato il Regolamento aziendale per la gestione delle liste di attesa, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 71 del 16/01/2024.

Gestione attività di informazione scientifica

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamentazione di attività di informazione scientifica	Misura da attuare	Monitoraggio applicazione Regolamento (si)	RPCT - Direzione Sanitaria
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Adozione Regolamento	Monitoraggio misura	Monitoraggio misura

L'ASL di Foggia prevede di adottare, nel corso dell'anno 2025, uno specifico Regolamento sulle attività di informazione scientifica volto a:

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

Misure di regolamentazione

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

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

Di seguito i principali Regolamenti adottati dall'ASL di Foggia, nel corso dell'anno 2024:

- Regolamento interno per la definizione dei criteri di riparto dell'incentivo per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. n. 36 del 31 marzo 2023 e ss.mm.ii. approvato con DDG n.1312 del 29/11/2023. approvazione integrazioni e rettifiche
- Regolamento per l'utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti
- Regolamento per la gestione dei campioni biologici da consegnare ai laboratori/punti prelievo aziendali da parte degli operatori sanitari autorizzati
- Presa d'atto approvazione regolamento AFT di Medicina Generale ex art. 28 co. 12 ACN 2022- 2024
- Regolamento per la costituzione e funzionamento delle Commissioni mediche per l'accertamento delle invalidità civili
- Regolamento di funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni
- Regolamento aziendale per gli amministratori di sistema e procedura per la conservazione dei log
- Regolamento per l'utilizzo e la gestione delle risorse strumentali informatiche e telematiche aziendali (annulla e sostituisce la delibera n. 560 del 10/04/2024)
- Regolamento dell'attività libero professionale del personale della dirigenza area sanità
- Regolamento della social media policy
- Regolamento in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del

comparto sanità ex L. n. 43/2006 ai sensi dell'articolo 3-quater del D. L. n. 127/2021, convertito in L. n. 165/2021, come modificato dall'art. 13 del D. L. n. 34/2023, convertito in L. n. 56/2023

- Regolamento per la disciplina del patrocino legale dei dipendenti della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia

Esiti del monitoraggio

Il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi, rappresenta il vero obiettivo del sistema di gestione della prevenzione della corruzione, in quanto evidenzia che cosa l'Azienda sia concretamente in grado di attuare, in termini di prevenzione dei comportamenti corruttivi.

Nel corso dell'anno 2024 sono stati effettuati due monitoraggi di I livello (autovalutazione) con il supporto del RPCT ed un monitoraggio di II livello teso a verificare la veridicità delle informazioni rilasciate dai Referenti.

Dall'analisi della reportistica, è emerso che nel complesso le misure generali e specifiche presentano un buon grado di attuazione, presentandosi in gran parte ben strutturate e recepite dall'Azienda.

Dei risultati del monitoraggio (Relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza) si è dato conto anche nella relazione annuale del RPCT per l'anno 2024, di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, pubblicata sul sito internet aziendale, nell'apposita sezione Amministrazione trasparente – Disposizioni generali – Piano integrato di attività e organizzazione.

Gli esiti dei monitoraggi sono stati analizzati dal RPCT per la programmazione delle ulteriori misure di mitigazione dei rischi corruttivi.

Programmazione dell'attuazione della Trasparenza

La trasparenza costituisce uno strumento di prevenzione e contrasto della corruzione ed è intesa come "accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni" con lo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

L'ASL di Foggia si impegna a dare attuazione agli adempimenti di trasparenza previsti dal D.lgs n., 33/2013 e s.m.i. attraverso l'utilizzo di una piattaforma web ospitata dal Portale della Salute, gestito dalla società in-house regionale InnovaPuglia, che ospita tutti i siti istituzionali di aziende ed enti del SSR pugliese.

La tabella in allegato denominata "allegato n.5 – Obblighi di pubblicazione" individua gli obblighi di trasparenza previsti dal D.lgs 33/2013, così come modificati dal D.lgs 97/2016, applicabili all'ASL di Foggia e riporta i soggetti competenti della trasmissione e pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

Trasparenza delle procedure di gara

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 l'Azienda fa riferimento.

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. In particolare, nell'allegato di cui sopra:

- ✓ sono stati individuati gli obblighi di trasparenza previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.
- ✓ sono identificati le strutture responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati;
- ✓ sono riportate le tempistiche di aggiornamento richieste in base all'obbligo previsto.

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza è assegnato un ruolo di regia e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione dei dati, svolgendo un'attività di controllo per assicurare, ai sensi dell'art. 43, c. 1 d.lgs. n. 33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate sul sito internet istituzionale.

L'Azienda ha previsto l'inserimento del rispetto degli adempimenti di trasparenza nell'ambito degli obiettivi aziendali di budget in un'ottica di miglioramento continuo dei servizi pubblici erogati.

Di seguito le principali attività programmate per il triennio 2024-2026 nell'ambito della Trasparenza dell'attività amministrativa e dell'integrità dell'ASL di Foggia:

- a) **Informatizzazione totale dei flussi di comunicazione interna** per il completo assolvimento degli obblighi di trasparenza;
- b) **Monitoraggi** periodici del RPCT;
- c) **Pubblicazione dei dati ulteriori** con la collaborazione dei portatori di interesse esterni;
- d) Pubblicazione degli standard di **qualità dei servizi**;
- e) **Aggiornamento della sezione "Amministrazione Trasparente"** alla luce del Nuovo Codice dei Contratti e dell'allegato I della deliberazione ANAC 264/2023.

Nel triennio 2025-2027 è prevista l'implementazione di specifiche misure di trasparenza, alla luce delle istruzioni operative dell'ANAC per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione, giusta deliberazione n. 495/2024. Con tale delibera sono stati messi a disposizione tre nuovi schemi relativi alla trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, agli obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e a quelli concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione. Tale delibera, inoltre, ha reso disponibili ulteriori dieci schemi non ancora definitivamente approvati, per una sperimentazione di un anno su base volontaria da parte di amministrazioni ed enti che intendano avviare una fase pilota. Altresì, è prevista la reingegnerizzazione del processo di pubblicazione degli atti e informazioni nell'Amministrazione Trasparente, secondo un iter di validazione dei seguenti requisiti di qualità:

1. **INTEGRITA**: il dato non deve essere parziale.

2. **COMPLETEZZA**: la pubblicazione deve essere esatta, accurata, esaustiva e riferita a tutti gli uffici dell'Amministrazione, ivi comprese le eventuali strutture interne e gli uffici periferici. Per quanto riguarda l'esattezza, essa fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, concerne la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.

3. **TEMPESTIVITA**: le informazioni, i dati e i documenti vanno pubblicati nell'immediatezza della loro adozione.

- 4.COSTANTE AGGIORNAMENTO: il dato deve essere attuale e aggiornato rispetto al procedimento a cui si riferisce. In corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione Trasparente", le amministrazioni indicano la data di aggiornamento.
- 5.SEMPLICITA DI CONSULTAZIONE: il dato deve essere organizzato in modo da consentirne agevolmente la consultazione, ad esempio evitando consultazioni complesse o ripetuti rinvii esterni.
- 6.COMPREENSIBILITA: il dato deve essere chiaro e facilmente intelligibile nel suo contenuto.
- 7.OMOGENEITA: il dato deve essere coerente e non presentare contraddittorietà rispetto ad altri dati del contesto d'uso dell'amministrazione che lo detiene.
- 8.FACILE ACCESSIBILITA E RIUTILIZZABILITA: il dato deve essere predisposto e pubblicato in formato aperto ai sensi dell'art.1 co. 1 lett. I-bis) e I-ter) del d. lgs. N.82/2005 "Codice dell'amministrazione digitale" e deve essere riutilizzabile senza ulteriori restrizioni. Le amministrazioni non possono disporre filtri e altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente"
- 9.CONFORMITA AI DOCUMENTI ORIGINALI IN POSSESSO DELL'AMMINISTRAZIONE: occorre assicurare la conformità dei documenti pubblicati all'originale; qualora il dato sia alimentato dai contenuti di atti o documenti, è necessario che non ne sia alterata la sostanza.
- 10.INDICAZIONE DELLA LORO PROVENIENZA: qualora il dato sia il risultato di una rielaborazione di atti o documenti, è necessario indicarne la fonte.
- 11.RISERVATEZZA: la diffusione tramite il sito istituzionale e il trattamento del dato deve rispettare i principi sul trattamento dei dati personali.

L'accessibilità totale presuppone l'accesso da parte dell'intera collettività a tutte le **"informazioni pubbliche"**, secondo il paradigma della "libertà di informazione" di origine statunitense. Una tale disciplina è idonea a radicare, se non sempre un diritto in senso tecnico, una posizione qualificata e diffusa in capo a ciascun cittadino, rispetto all'azione delle pubbliche amministrazioni. **La trasparenza è finalizzata a forme diffuse di controllo sociale dell'operato delle Pubbliche amministrazioni e delinea, quindi, un diverso regime di accessibilità alle informazioni.**

Il principale modo di attuazione di una tale disciplina è la pubblicazione sul sito istituzionale di una serie di dati individuati mediante precisi obblighi normativi, in parte previsti dal D.Lgs. n.150/09, in parte da altre vigenti normative. Tale individuazione tiene conto, inoltre, della generale necessità del perseguimento degli obiettivi di legalità, sviluppo della cultura dell'integrità ed etica pubblica, nonché di buona gestione delle risorse pubbliche.

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

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

La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico, infatti, si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici,

connaturato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse.

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

La finalità dell'accesso documentale ex legge n. 241/1990 e s.m.i. è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare le facoltà partecipative e/o oppositive e difensive che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. La legge n. 241/1990 e s.m.i. esclude l'utilizzo del diritto di accesso al fine di sottoporre l'Amministrazione ad un controllo generalizzato sul suo operato. Le istanze di accesso documentale devono essere motivate.

L'accesso civico semplice e l'accesso civico generalizzato sono disciplinati rispettivamente dall'art 5 commi 1 e 2 del Decreto Trasparenza ed hanno lo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, promuovendo la partecipazione dei cittadini al dibattito pubblico.

Le istanze di accesso civico semplice e di accesso civico generalizzato, a differenza dell'accesso documentale, non necessitano di motivazione. L'esercizio dell'accesso civico semplice e dell'accesso civico generalizzato non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente.

Chiunque ha il diritto di richiedere dati, informazioni e documenti nei casi in cui sia stata omessa la loro dovuta pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" e di accedere ai dati ed ai documenti "ulteriori" rispetto a quelli per i quali la legge prevede un obbligo di pubblicazione.

Ferma restando la sostanziale differenza tra disciplina della trasparenza e quella sull'accesso ai documenti amministrativi, è da ritenere che alcuni limiti posti all'accesso dall'art. 24 della Legge n. 241/90 siano riferibili anche alla disciplina della trasparenza, in quanto finalizzati alla salvaguardia di interessi pubblici fondamentali e prioritari rispetto al diritto di conoscere i documenti amministrativi.

L'ASL di Foggia ha provveduto all'adozione del nuovo Regolamento sugli accessi agli atti con deliberazione del Direttore Generale n. 1190 del 27 luglio 2021.

Particolare attenzione sarà posta sul bilanciamento degli interessi tra il dovere dell'ASL di Foggia alla pubblicazione degli atti sul web (Amministrazione trasparente e Albo pretorio on-line) ed il **diritto alla riservatezza degli interessati** (persone fisiche), in ossequio ai principi di minimizzazione, pertinenza e non eccedenza sanciti dal Regolamento generale sulla protezione dei dati.

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

L'elenco aggiornato dei centri di responsabilità relativi alla comunicazione e pubblicazione dei dati in "Amministrazione Trasparente" è riportato nell' "allegato n.5 – Obblighi di pubblicazione e Responsabili della trasmissione".

Ciascuno dei predetti Responsabili, in qualità di Responsabili della comunicazione, ha la facoltà, per ambito di competenza, di individuare un “Referente della comunicazione dei dati”, ovvero il collaboratore addetto alle operazioni di raccolta dei dati per la comunicazione periodica all’URP che provvederà alla successiva pubblicazione sul sito web nelle apposite sezioni dell’Amministrazione Trasparente.

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

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

La verifica della conformità alla pubblicità obbligatoria è effettuata dal RPCT, a campione, attraverso la navigazione della sezione “Amministrazione Trasparente” e colloqui con i Responsabili per materia ed audit interni.

Compete ai Dirigenti e ai Funzionari Responsabili delle Unità operative, così come individuati nell’allegato al presente Piano, denominato “allegato n.5 – Obblighi di pubblicazione e Responsabili della trasmissione”, aggiornare le informazioni ed i documenti sul sito web aziendale, nel rispetto delle frequenze di aggiornamento indicate e nell’osservanza delle disposizioni contenute nel vigente Codice di Comportamento aziendale.

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

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

Nel corso del triennio 2025-2027 è prevista la pubblicazione dei seguenti **“dati ulteriori”** dell’Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

- **i dati relativi ai risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio**, ai sensi della legge n. 24/2017;

- **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;
- inserimento del collegamento ipertestuale, nella sezione “**Dati sui pagamenti del SSN**”, alla Banca Dati nazionale “Soldi pubblici” raggiungibile all'indirizzo <http://soldipubblici.gov.it/it/home>.

Allegati

Per maggiori informazioni sull'analisi dei rischi, sullo stato di attuazione delle misure anticorruptive, sugli obblighi di trasparenza amministrativa e sulla rotazione pluriennale, si rinvia alla documentazione resa disponibile sul sito internet istituzionale, all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/altri-contenuti-corruzione> :

3. Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Struttura Organizzativa

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

Nelle more di una revisione in corso di perfezionamento che dovrà essere autorizzata dalla Regione Puglia, l'assetto strutturale della ASL FG allo stato è quello approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 108 del 22/01/2024 ad oggetto: *“Approvazione, a stralcio dell'Atto Aziendale, della nuova organizzazione Dipartimentale della ASL Foggia, ai sensi della D.G.R. n. 1428 del 19/10/2023”* che deriva dall'applicazione delle indicazioni dei Piani di Riordino Ospedaliero, della Legge Regionale del 28 dicembre 1994 n. 36, del Regolamento regionale del 28 novembre 2005 n. 27, della L.R. del 3 agosto 2006 n. 25, della L.R. del 9 agosto 2006 n. 26, del R.R. del 18 aprile 2011 n. 6, della DGR del 27.12.2012 n. 3008, della D.G.R. del 4 luglio 2014 n. 1403, della D.G.R. del 6 maggio 2015 n. 930 e del R.R. del 4 giugno 2015 n. 4, della DGR del 29.02.2016 n. 161 e della DGR n. 1428 del 19/10/2023. Il 10/12/2024 è stato inviato alla regione Puglia, per la successiva approvazione, l'Atto aziendale della ASL FG con il nuovo assetto Dipartimentale.

Per quanto attiene i livelli di responsabilità, preliminarmente si evidenzia che per la rappresentazione della graduazione delle posizioni dirigenziali, sia PTA che Sanitarie, nonché di simili posizioni nel comparto, si rimanda a quanto definito dai CCNL specifici.

Considerata l'imponente struttura organizzativa dell'ASL Foggia, nel suddetto assetto sono rappresentate le tabelle con le graduazioni delle posizioni dirigenziali di primo (Strutture Semplici) e secondo livello (Strutture Complesse) di responsabilità, suddivise tra assistenza ospedaliera, territoriale, dipartimentale e strutture amministrative e di staff.

Ai sensi dell'art. 6-ter del D.lgs. 165/2001, *“Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale”*, il comma 1 stabilisce che con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti e alla definizione dei nuovi profili professionali individuati dalla contrattazione collettiva, con particolare riguardo all'insieme di conoscenze, competenze e capacità del personale da assumere anche per sostenere la transizione digitale ed ecologica della pubblica amministrazione e relative anche a strumenti e tecniche di progettazione e partecipazione a bandi nazionali ed europei, nonché alla gestione dei relativi finanziamenti.

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

3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

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

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

L'articolo 1, comma 5, del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 8 ottobre 2021, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 245 del 13 ottobre 2024, disciplinante il rientro al lavoro in presenza di tutti i dipendenti pubblici, individua l'ambito soggettivo di applicazione delle misure previste dal predetto decreto - tra le quali rientrano quelle per l'accesso al lavoro agile - per il personale dipendente delle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Nelle more dell'approvazione del Regolamento (già predisposto) che disciplina le modalità di esecuzione della prestazione lavorativa a distanza e cioè della prestazione lavorativa eseguita con l'ausilio di strumenti informatici in luogo diverso dalla sede di lavoro cui il lavoratore è assegnato che dovrà necessariamente tenere conto delle prossime indicazioni della contrattazione collettiva in materia gli Uffici si atterranno a quanto di seguito.

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

- a) invarianza dei servizi resi all'utenza
- b) adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, con prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza
- c) adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato
- e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore
- f) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire: 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile; 2) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione; 3) le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile
- g) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti
- h) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario

Per il lavoro agile che preveda l'utilizzo di strumenti informatici propri del dipendente (BOYD)

occorre l'utilizzo di VPN per il collegamento e del sistema di timbratura virtuale.

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

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

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

Obiettivi

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

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

La disciplina temporanea del lavoro agile presso l'Asl Foggia viene disciplinata in attuazione della normativa nazionale e regionale:

- art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 in materia di *“Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”*;
- legge del 22 maggio 2017 n. 81 recante *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”*;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 giugno 2017 n. 3 recante *“Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”*.
- Decreto Legge 34/2020 (Decreto Rilancio) che ha previsto il ricorso massiccio al lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni, includendo anche il ricorso al lavoro agile "in via prioritaria" per tutta la durata dell'emergenza sanitaria.
- Legge 120/2020 che ha confermato l'adozione del lavoro agile anche per le amministrazioni pubbliche anche dopo la fine dell'emergenza sanitaria.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 1° dicembre 2021 che ha dato linee guida sulle modalità applicative per il lavoro agile nella pubblica amministrazione, stabilendo principi di flessibilità e ottimizzazione.
- norme contenute nei CCNL del personale dirigenziale sanitario e amministrativo nonché con quello del personale di comparto.

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

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

a. Lavoratore portatore di patologie invalidanti, auto certificate e/o documentate attraverso certificazione proveniente da medici di struttura pubblica (Decreto Min. della Salute 04/02/2022)

b. Lavoratore che usufruisce dei permessi giornalieri retribuiti ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.104/92 (autocertificazione)

c. Lavoratore su cui grava la cura dei figli – sino ai dodici anni di età - a seguito o meno della contrazione dei servizi educativi scolastici (autocertificazione - ad esempio: asilo nido, scuola dell'infanzia, scuola primaria, ecc.)

d. Lavoratore la cui residenza/domicilio/dimora è posto a distanze uguali o superiori ai 50 Km dalla sede di lavoro (autocertificazione)

e. Lavoratrice madre in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.lgs. 151/2001 (autocertificazione)

f. Ulteriori elementi che il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà in forma discrezionale nel rispetto delle priorità sopra citate (documentazione a sostegno)

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

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

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

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

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

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

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

Soggetti coinvolti

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

- AREA GESTIONE DEL PERSONALE
- COMITATO UNICO DI GARANZIA - CUG -

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

3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

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

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

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

Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre 2024 - a tempo determinato e indeterminato - così suddivisa in relazione ai profili professionali presenti in ASL di Foggia:

<u>Profili professionali in servizio del comparto</u>	<u>Numero dei dipendenti</u>
APSF* PEDAGOGISTA SIS	1
ADA* ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	78
APSF* ASSISTENTE RELIGIOSO	3
ADA* ASSISTENTE TECNICO	8
ADA* ASSISTENTE TECNICO GEOMETRA	2
ASU* AUSILIARE SPEC. (art.40 384/9	12
ASU* AUSILIARE SPECIALIZZATO (20000)	54
ASU* AUSILIARE SPECIALIZZATO (65000)	5
ADA* ASSISTENTE TECNICO DIALISI	2

APSF* ASSISTENTE SANITARIO	23
APSF* INFERMIERE CAPO SALA	8
APSF* DIETISTA	3
APSF* EDUCATORE PROFESSIONALE	6
APSF* FISIOTERAPISTA	156
APSF* INFERMIERE	1473
APSF* LOGOPEDISTA	15
APSF* OSTETRICA	81
APSF* EDUCATORE PROFESSIONALE SENIOR	3
APSF* TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	1
APSF* TECNICO SAN. LAB. BIOMEDICO	57
APSF* TECN. PREV. AMB. LUOGHI LAVORO SENIOR	1
APSF* TECN. PREV. AMB. LUOGHI LAVORO	78
APSF* INFERMIERE PEDIATRICO	1
ADO *COADIUTORE AMM.VO SENIOR	33
ADO *COADIUTORE AMMINISTRATIVO	138
APSF *COLL. AMM.VO PROFESS SENIOR	2
APSF * COLL. SANITARIO PROFESS. SENIOR	1
APSF *ASSISTENTE SANITARIO SENIOR	1
APSF *TECNICO SAN. RADIOLOGIA MEDICA	76
APSF *COLL. AMMINISTRATIVO	73
APSF *COLL. TECNICO PROFESS	8
ASU *COMMESSE	29
ASU *COMMESSE PORTIERE art 40 c.1 3	2
ASU *CENTRALINISTA NON VEDENTE B	6
APSF *ORTOTTISTA	3
APSF *TECNICO AUDIOMETRISTA	1
ADA *PUERICULTRICE (EX C)	2
ADO *OP.PROF. II CAT. INF. ART. 40	1
ASU * OPER. TECNICO ADDETTO ASSISTEN	12
ADO *OPER. TECNICO AUTISTA P.I.	5
ASU *OPER. TECNICO	16

ADO *OPER. TECNICO SPEC. AUTI	20
ADO *OPERATORE TECNICO SPECIALIZZAT	2
ADA *PERITO INDUSTRIALE	1
APSF *PEDAGOGISTA	4
ASU *OPERATORE TECN. AUTISTA CAT.B	2
ADA *OPER. SPEC. TECN. AUTISTA CAT.C	4
APSF* TERAPEST NEUROPSICOMOTRICITA	9
APSF *ASSISTENTE SOCIALE	81
ADO *OPERATORE SOCIOSANITARIO BS	353
ADA *OPERATORE TECNICO SPEC. CAT. C	2
ADO* CENTRALINISTA NON VEDENTE BS	1
<u>Totale</u>	<u>2959</u>

<u>Profili professionali in servizio alla Dirigenza</u>	<u>Incarichi</u>	<u>Num. dirigenti</u>
DIRIGENTE ARCHITETTO	Struttura Semplice	1
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO		16
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	Struttura Complessa	7
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	Struttura Semplice	2
DIRIGENTE MEDICO		296
DIRIGENTE MEDICO	Struttura complessa	32
DIRIGENTE MEDICO	Struttura Semplice	25
DIRIGENTE MEDICO	Strutt. Semp. valenza dipartimentale	12
DIRIGENTE AVVOCATO		2
DIRIGENTE AVVOCATO	Struttura Complessa	1
DIRIGENTE BIOLOGO		17
DIRIGENTE BIOLOGO	Strutt. Semp. a valenza dipartimentale	1
DIRIGENTE SERVIZI INFERMIERISTICI	Struttura Complessa	1
DIRIGENTE SOCIOLOGO		4
DIRIGENTE SOCIOLOGO	Struttura Semplice	1
DIRIGENTI MEDICI (SPECIALIZZANDI)		14
DIRIGENTE VETERINARIO		62
DIRIGENTE VETERINARIO	Struttura Complessa	2
DIRIGENTE VETERINARIO	Struttura Semplice	4
DIRIGENTE INGEGNERE		4
DIRIGENTE INGEGNERE	Struttura Complessa	1
DIRIGENTE INGEGNERE	Struttura Semplice	1
DIRIGENTE FARMACISTA		15

DIRIGENTE FARMACISTA	Struttura Complessa	2
DIRIGENTE FARMACISTA	Struttura Semp. valenza dipartimentale	2
DIRIGENTE PSICOLOGO		67
DIRIGENTE PSICOLOGO	Struttura Semplice	3
<u>Totale</u>	<u>595</u>	

Programmazione Strategica delle Risorse Umane

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

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

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

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

- “Il piano triennale del fabbisogno deve essere definito in coerenza e a valle dell’attività di programmazione complessivamente intesa ...”
- “deve svilupparsi in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio”
- “la pianificazione dei fabbisogni di personale, in quanto processo tra i più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, deve essere anche pienamente coerente, oltre che con i principi generali di legalità, con la disciplina in materia di anticorruzione”;

2) Limite di spesa ex **art. 2, comma 71, della Legge n. 191/2009** (Spesa sostenuta per il personale

nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%), così come confermato per effetto **dell'art. 11, comma 1 del D.L. 35/2019, convertito in Legge n. 60/2019**, come disaggregato per Azienda con DGR n. 2293 dell'11.12.2018

- 3) Limite di spesa ex **art. 9, comma 28, D. L. 78/2010, convertito in L. 122/2010** (Spesa Lavoro Flessibile: 50% spesa di personale a tempo determinato sostenuta nell'anno 2009);
- 4) **Prescrizioni ministeriali e regionali** su Fabbisogno Ospedaliero, che hanno fissato i parametri FTE min ed FTE max entro cui individuare il fabbisogno delle strutture ospedaliere;
- 5) **DGR n. 2416 del 21/12/2018**: Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R.;
- 6) **DGR n. 2452 del 30.12.2019**: Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. approvate con DGR 2416/2018. Integrazioni.
- 7) **D.M. 132 del 30 giugno 2022** (*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*) che all'Art. 4, Sezione Organizzazione e Capitale umano prevede che il Piano triennale dei fabbisogni di personale indica la consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddiviso per inquadramento professionale e deve evidenziare: 1) la capacità assunzionale dell'amministrazione, calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa; 2) la programmazione delle cessazioni dal servizio, effettuata sulla base della disciplina vigente, e la stima dell'evoluzione dei fabbisogni di personale in relazione alle scelte in materia di reclutamento, operate sulla base della digitalizzazione dei processi, delle esternalizzazioni o internalizzazioni o dismissioni di servizi, attività o funzioni; 3) le strategie di copertura del fabbisogno, ove individuate; 4) le strategie di formazione del personale, evidenziando le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale; 5) le situazioni di soprannumero o le eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali.
- 8) **D.L. n. 36 del 30 aprile 2022** convertito con modificazioni dalla L. 29 giugno 2022, n. 79– Decreto PNRR 2 - Art. 1, comma 1, modifiche all'art. 6-ter TUPI - (Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale).
- 9) La **D.G.R. n. 1492 del 28.10.2022**, recante “*Relazione in materia di gestione del personale del SSR e di Sanitaservice – Ricognizione - Presa d'atto Documento Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 22/154/CR7a/C7*”, con la quale la Giunta Regionale ha disposto in particolare che “[...] con apposita deliberazione di Giunta regionale, debba essere definito il nuovo modello PTFP nonché il relativo aggiornamento dei tetti di spesa del personale aggiornati sulla base dell'incremento del Fondo Sanitario Nazionale (F.S.N.), in coerenza con la normativa vigente in materia (D.L. 35/2019, convertito in Legge con modificazioni n. 60/2019)”.
- 10) la **D.G.R. n. 1818 del 12.12.2022**, avente ad oggetto “*Avvio procedure di stabilizzazione del personale del SSR ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1896 del 22/11/2021*”, la

Giunta Regionale ha proceduto alla rideterminazione del tetto di spesa del personale delle Aziende ed Enti SSR, sulla base del 10% dell'incremento del FSR Puglia per gli anni 2021 e 2022, secondo quanto previsto dal citato art. 11, D.L. 35/2019 conv. in L. n. 60/2019 fissato per l'Asl di Foggia in € 177.760.640,00;

11) la **D.G.R. n. 261 del 6.03.2023** con la quale 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. In particolare si è disposto: a) di recepire la "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale", Allegato A) al provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale – in corso di adozione con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sul cui schema di decreto di adozione è stata sancita in data 21 dicembre 2022 l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 267/CSR del 21/12/2022) secondo quanto previsto dall'art. 11, comma 1, del Decreto Legge n. 35/2019 – da ritenersi quale documento d'indirizzo ai fini della predisposizione dei PTFP aziendali, nelle more dell'adozione del relativo decreto ministeriale definitiva di approvazione; b) di approvare il modello del PTFP di cui all'Allegato B) allo schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, redatto secondo la classificazione prevista dal D.M. 70/2015 e del modello HSP 12 del D.M. 5 dicembre 2006; c) di modificare la DGR n. 2452/2019 nella parte relativa al rapporto percentuale massimo tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale, da intendersi dunque superata, prevedendo conseguentemente che nella determinazione del PTFP, il fabbisogno del personale del ruolo amministrativo sia definito in numero adeguato rispetto alla necessità di irrobustire le strutture amministrative aziendali anche in ragione degli adempimenti correlati al PNRR ed al Piano Operativo, tenendo ad ogni modo presente: – la complessità organizzativa delle Aziende sanitarie locali, derivante dalla presenza, accanto alle strutture rivolte all'assistenza ospedaliera, delle strutture dedicate all'assistenza sanitaria territoriale ed alle attività di prevenzione sul territorio di riferimento [...]; d) di disporre che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) di ciascuna Azienda od Ente del S.S.R. , a partire dal triennio 2022-2024, dovranno essere formulati nel rispetto degli atti di programmazione regionale – ospedaliera, territoriale e prevenzione – ivi richiamati, con particolare riferimento alle attività assistenziali dei Pronto Soccorso e della Medicina Penitenziaria ed alle attività oggetto di monitoraggio da parte del Tavolo di Verifica LEA nonché dal Tavolo interministeriale per la verifica del Piano Operativo e delle previsioni del Nuovo Sistema di Garanzia, di cui al DM 12 Marzo 2019; e) di stabilire 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; f) di disporre che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) di ciascuna Azienda od Ente del S.S.R. dovranno essere formulati nel rispetto dei tetti di spesa assegnati con DGR n. 1818 del 12/12/2022, da intendersi quale limite di spesa invalicabile, salvo diverse disposizioni regionali in materia di aggiornamento del tetto complessivo regionale, in ragione del finanziamento del Fondo Sanitario Regionale; g) di disporre il divieto all'assunzione di personale oltre il numero di unità previsto per ciascuna disciplina/ attività nel PTFP e,

comunque, nei limiti del tetto di spesa personale assegnato a ciascuna Azienda/Ente del SSR, fermo restando il rispetto dell'equilibrio di bilancio; h) di stabilire che le Aziende ed Enti del SSR non potranno procedere all'applicazione di quanto stabilito in materia di personale del SSR dal Decreto Legge n. 198 del 29/12/2022 (cd. "Milleproroghe 2023"), approvato con modificazioni dalla Camera dei Deputati in data 22 febbraio 2023, fino all'adozione di specifiche disposizioni regionali in merito. Tanto in ragione della necessaria preventiva pianificazione in materia di reclutamento di personale, tenuto conto che la Regione Puglia è attualmente assoggettata alle procedure del Piano Operativo e dunque della necessità di contenimento della spesa di personale e dei vincoli di finanza pubblica; i) di disporre che il rispetto dei vincoli finanziari normativamente prescritti per il PTFP deve essere certificato dal Collegio sindacale dell'Azienda/Ente, ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 20 D.Lgs. 123/2011; l) di autorizzare la competente Sezione regionale "Strategie e Governo dell'Offerta" all'adeguamento, con atto apposito dirigenziale, del modello del PTFP di cui all'Allegato B) al presente provvedimento, in ragione di eventuali revisioni alle vigenti;

12) 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*", con la quale 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, in particolare:

- ha 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;

- ha previsto, al punto 8), lettera g) 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 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 della Giunta Regionale, sulla base di eventuali esigenze documentate rappresentate dal Direttore Generale delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere 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";

13) la **D.G.R. n. 640 del 10.05.2023** (*Attuazione deliberazione di Giunta regionale n. 412 del 28/03/2023. Disposizioni in materia di personale del S.S.R. e Sanitaservice e modifica deliberazione di Giunta Regionale n. 261 del 06/03/2023*) che ha stabilito, tra l'altro, quanto segue: 1) 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; 2) di disporre che l'avvio delle procedure assunzionali da parte delle Aziende ed

Enti del SSR, anche se previste nei vigenti PTFP, devono essere preventivamente autorizzate con apposito provvedimento di Giunta Regionale, previa predisposizione da parte di ciascuna Azienda/Ente del SSR di un apposito Piano assunzionale, secondo le modalità dettagliatamente riportate nell'All. 1) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento; 3) di stabilire che le Aziende/Enti del SSR non potranno procedere all'applicazione di quanto stabilito in materia di stabilizzazioni dal Decreto Legge n. 198 del 29/12/2022 (cd. "Milleproroghe 2023"), convertito con modificazioni dalla L. n. 14 del 24/02/2023, fino all'adozione di specifiche disposizioni regionali in merito, come già previsto dalla deliberazione di Giunta regionale n. 261 del 06/03/2023; 4) di stabilire che l'avvio delle procedure di reclutamento ricomprese nel Piano assunzionale, di cui al punto 2) ed autorizzate secondo le modalità di cui all'All. 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, dovranno ad ogni buon conto essere effettuate nel pieno rispetto del tetto di spesa del personale assegnato ed in coerenza con le unità di fabbisogno di personale definite nel vigente PTFP aziendale per ciascun profilo professionale e/o disciplina; 5) di stabilire che tutte le istanze di autorizzazione presentate prima dell'approvazione del presente provvedimento si intendono annullate, qualora non già riscontrate, e dovranno essere riproposte nel piano assunzionale, di cui al punto 2). A tal proposito si precisa che, anche le assunzioni autorizzate dall'1/1/2023 alla data di approvazione del provvedimento, dovranno essere ricomprese nel citato piano assunzionale; 6) 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; 7) 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; 8) 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; 10) 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; 11) 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);

- 14) la **determinazione del Dirigente della sezione Strategie e Governo dell'offerta n. 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*” ha stabilito, tra l'altro: - di procedere, ad integrazione del modello di predisposizione dei PTFP aziendali approvato con D.G.R. 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 D.G.R. 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;
- 15) La **D.G.R. n. 1729 del 30/11/2023** recante “*Adozione Regolamento regionale avente ad oggetto: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022. Approvazione relazione tecnica di analisi del contesto. Recepimento dell'Accordo Stato Regioni (Rep. Atti n.221/CSR del 24/11/2016)”*”, nella cui allegata relazione tecnica è indicata una stima del fabbisogno di personale per setting assistenziale, secondo quanto previsto dal D.M. n. 77/2022 e dagli Accordi Stato Regioni in materia.
- 16) La **D.G.R. n. 692 del 28 maggio 2024 ad oggetto: “Autorizzazione alla spesa e approvazione del Piano assunzionale 2024-2025 dell'ASL FG ex Deliberazione di Giunta regionale n. 640 del 10/05/2023. Ulteriori disposizioni in materia di personale del S.S.R.”** con la quale la regione: a) ha approvato, ai sensi del punto 8 g) del dispositivo della DGR n. 412/2023 e ai sensi della DGR n. 640/2023, il **Piano Assunzionale dell'ASL FG** relativo al 2024-2025; b) ha stabilito che il Direttore Generale è tenuto a rispettare l'obbligo di effettuare le assunzioni nei limiti del tetto di spesa del personale assegnato e del fabbisogno di personale definito nel vigente PTFP aziendale per ciascun profilo professionale e/o disciplina; c) ha stabilito che eventuali ulteriori assunzioni non già ricomprese nell'Allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e correlate a sopravvenute esigenze di sostituzione di unità di personale già in servizio (congedo di maternità, lunga malattia ecc), siano consentite ferma restando la tempestiva comunicazione al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale; d) ha stabilito che eventuali ulteriori assunzioni correlate a sopravvenute esigenze di copertura di posti vacanti derivanti da cessazioni successivamente perfezionate, e dunque non già ricomprese nell'Allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, siano consentite ferma restando la preventiva autorizzazione da parte del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, al fine di non determinare ulteriori oneri a carico del

bilancio aziendale; e) ha stabilito che eventuali modifiche al Piano assunzionale di cui all'Allegato al presente provvedimento, qualora ricorrano motivate esigenze organizzative ed assistenziali, a parità di spazio finanziario disponibile siano subordinate alla preventiva approvazione da parte del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale. La richiesta deve essere corredata di adeguata motivazione, che giustifichi l'istanza, soprattutto con riferimento ai benefici in termini di produttività; f) di stabilire che il Direttore Generale della ASL FG è tenuto ad attestare obbligatoriamente nei provvedimenti di reclutamento la coerenza con il piano assunzionale, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento nonché con il PTFP 2022-2024. Inoltre, il Direttore Generale della ASL FG è tenuto a monitorare il graduale assorbimento delle risorse finanziarie rispetto alla spesa autorizzata. I provvedimenti assunzionali dovranno essere trasmessi tempestivamente al Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale"; f) ha stabilito che il Direttore Generale dell'ASL FG dovrà effettuare un costante monitoraggio della spesa del personale sostenuta e, pertanto, dovrà verificare il relativo trend rispetto al tetto di spesa assegnato, nonché allo spazio finanziario autorizzato con il presente provvedimento. Pertanto, il Direttore Generale dell'ASL FG non potrà procedere a nuove assunzioni, qualora le stesse determinino una maggiore spesa, rispetto allo spazio finanziario autorizzato con il presente provvedimento; g) ha stabilito che la Direzione Generale della ASL FG, nell'ambito delle assunzioni previste, deve prevedere la graduale assunzioni dei dirigenti medici cardiologi, al fine di istituzionalizzare l'attività della rete della telecardiologia nonché la graduale sostituzione degli infermieri con personale ostetrico nei Punti nascita aziendali; h) ha stabilito che le procedure assunzionali di cui innanzi dovranno altresì essere avviate nel rispetto delle unità e discipline espressamente previste nel Piano, fermo restando la preventiva ulteriore verifica da parte della ASL FG degli effettivi spazi assunzionali aziendali e, dunque, al rispetto del tetto di spesa del personale assegnato e della capienza assunzionale rilevata rispetto ai vigenti PTFP 2022-2024. Resta inteso che le procedure assunzionali comunque dovranno rientrare nello spazio assunzionale autorizzato con il presente provvedimento; i) ha stabilito che a far data dal 01/07/2024, ferma restando la preventiva rideterminazione del tetto di spesa del personale aziendale da parte della Giunta Regionale e, conseguentemente, la preventiva ridefinizione del PTFP aziendale, potranno essere avviate ulteriori assunzioni previste nel Piano assunzionale oltre il tetto di spesa assegnato con DGR 1818/2022, le quali dovranno ad ogni buon conto essere ricomprese nel limite del nuovo tetto di spesa, utilizzando le eventuali ulteriori riduzioni di spesa sanitaria registrate in bilancio nell'anno 2025 per altri settori. Le procedure assunzionali di cui innanzi dovranno essere avviate nel rispetto delle unità e discipline espressamente previste nel Piano, di cui all'Allegato, fermo restando l'eventuale rimodulazione del PTFP aziendale e la preventiva ulteriore verifica da parte della ASL FG degli effettivi spazi assunzionali aziendali e, dunque, al rispetto del tetto di spesa del personale assegnato e della capienza assunzionale rilevata rispetto al medesimo PTFP. Resta inteso che le procedure assunzionali dovranno ad ogni buon conto rientrare nello spazio assunzionale autorizzato con il presente provvedimento; l) ha stabilito che a far data dal 01/01/2025, potranno essere avviate ulteriori assunzioni, da programmare nel corso del mese di ottobre 2024, utilizzando lo spazio finanziario riveniente dalle cessazioni di personale previste nell'anno 2025. Le procedure assunzionali di cui innanzi potranno essere avviate fermo restando l'eventuale rimodulazione del PTFP aziendale e la preventiva ulteriore verifica da

parte della ASL FG degli effettivi spazi assunzionali aziendali e, dunque, al rispetto del tetto di spesa del personale rideterminato e della capienza assunzionale rilevata rispetto al medesimo PTFP; m) ha rinviato l'avvio delle assunzioni previste a far data dal 01/01/2025 a successiva autorizzazione da parte della Giunta regionale. Pertanto, rispetto alle assunzioni previste a far data dal 01/01/2025, il presente provvedimento riveste carattere puramente programmatico e non già di autorizzazione alla spesa; n) ha stabilito che il Direttore Generale dell'ASL FG possa dare avvio alle procedure assunzionali, di cui all'Allegato Piano, utilizzando in via prioritaria le graduatorie già vigenti; o) ha rimandato all'autonomia gestionale del Direttore Generale della ASL FG la determinazione circa la tipologia di procedura da avviarsi per dare esecuzione al piano assunzionale; p) ha stabilito il divieto assoluto di apportare autonomamente modifiche al Piano assunzionale nonché di discostarsi da quanto ivi previsto; q) ha stabilito che eventuali modifiche al Piano assunzionale, qualora ricorrano motivate esigenze organizzative ed assistenziali, a parità di spazio finanziario disponibile sono subordinate alla preventiva autorizzazione da parte del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale. La richiesta deve essere corredata di adeguata motivazione, che giustifichi l'istanza, soprattutto con riferimento ai benefici in termini di produttività; r) ha stabilito che con il presente provvedimento, eventuali ulteriori assunzioni non già ricomprese nell'Allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e correlate a sopravvenute esigenze di sostituzione di unità di personale già in servizio (congedo di maternità, lunga malattia ecc), sono consentite senza la preventiva autorizzazione della Giunta regionale e ferma restando la tempestiva comunicazione al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale; s) ha stabilito che eventuali ulteriori assunzioni correlate a sopravvenute esigenze di copertura di posti vacanti derivanti da cessazioni successivamente perfezionate siano consentite senza la preventiva autorizzazione della Giunta regionale e ferma restando la tempestiva comunicazione al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, purché non determinino ulteriori oneri a carico del bilancio aziendale;

- 17) La D.G.R. n. 937 del 04/07/2024, recante "Procedure assunzionali nelle Aziende ed Enti SSR. Indicazioni operative in attuazione della deliberazioni di Giunta regionale di approvazione dei Piani Assunzionali 2023-2024 e 2024-2025 delle Aziende ed Enti SSR", con la quale la Giunta Regionale ha fornito alle Aziende ed Enti SSR puntuali indicazioni circa la gestione delle procedure di reclutamento di personale programmate e autorizzate dalle deliberazioni di Giunta regionale di approvazione dei Piani Assunzionali 2023-2024 e 2024-2025.
- 18) La **DGR n. 1876 del 23/12/2024** (*Definizione tetto di spesa del personale delle Aziende ed Enti SSR ex art.11, D.L. 35/2019 conv. in L. n. 60/2019 e riparto delle risorse ex D.L. n. 34/2020, convertito, con modificazioni, in L. n. 77/2020 e delle risorse ex D.M. n. 77/2022. Modifica DGR n. 1818/2022*) con la quale: a) è stato fissato il tetto di spesa del personale per la ASL Foggia nell'anno 2023 in € 177.760.640 (dando atto che il tetto di spesa ricomprende i costi correlati all'implementazione del fabbisogno di Medici Cardiologi necessario a garantire l'operatività della Rete Regionale di "Telecardiologia" presso le Aziende del SSR a quest'ultima collegate); b) sono state ripartite le risorse assegnate alla Regione Puglia con Decreto Legge n. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020, con Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 e con Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 23 gennaio 2023, assegnando alla ASL FG la somma di € 9.432.308,00 (dando atto del riparto delle risorse finalizzate al potenziamento dei Servizi

SPeSAL previsto dall'art. 50, co. 1, D.L. 73/2021, già definito con le deliberazioni di Giunta Regionale di approvazione dei PTFP 2022-2024 delle Aziende Sanitarie Locali del SSR); c) di dare atto che il tetto complessivo è di € 187.340.749,00; d) ha dato atto che il provvedimento è da intendersi quale atto di programmazione e di definizione dello spazio assunzionale massimo di ciascuna Azienda ed Ente del SSR, e non è dunque da ritenersi quale autorizzazione alla spesa e all'espletamento delle procedure assunzionali. Resta inteso che per quanto riguarda le assunzioni si rinvia a quanto stabilito dalla deliberazione n. 937 del 04/07/2024 nonché ai provvedimenti di Giunta regionale di autorizzazione alla spesa già adottati o da adottarsi, fermo restando l'obbligo da parte dei Direttori Generali di effettuare le assunzioni nei limiti della spesa autorizzata, nonché nei limiti del tetto di spesa del personale assegnato e del fabbisogno di personale definito nel rispettivo PTFP aziendale per ciascun profilo professionale e/o disciplina; d) ha disposto che i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del SSR provvedano, in fase di avvio delle procedure assunzionali, a dare priorità alle attività strategiche di rilievo sovraziendale, con particolare riferimento alle attività trapiantologiche, alle attività del Centro lavorazione sangue ed emocomponenti, ai percorsi di concentrazione dei Laboratori d'analisi etc., così come previsto dalla vigente normativa in materia, e comunque per tutte le attività per le quali si riscontrano maggiori criticità organizzative; e) ha disposto che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2023-2025 di ciascuna Azienda/Ente del S.S.R. dovranno essere formulati nel rispetto dei tetti di spesa approvati con il presente provvedimento e distinti per tipologia di tetto di spesa assegnato (D.L. n. 35/2019, D.L. n. 34/2020, al D.M. n. 77/2022 e al D.L. n. 73/2021); f) ha disposto che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2023-2025 di ciascuna Azienda/Ente del S.S.R. dovrà essere definito un adeguato fabbisogno di personale per l'attuazione delle specifiche disposizioni in materia di contenimento della spesa farmaceutica di cui alle deliberazioni di Giunta Regionale n. 1109/2023, n. 499/2024 e n. 848/2024 richiamate nel documento istruttorio del presente provvedimento;

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

Il PTFP dell'Asl Foggia 2022/2024 è stato approvato in via provvisoria con **Deliberazione del Direttore Generale n. 551 del 17.06.2023**, recependo il tetto di spesa del personale dell'Asl Foggia determinato in € **177.760.640,00** giusta DGR n. 1818 del 12.12.2022, redatto secondo le prescrizioni e le linee guida regionali 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. Nella suddetta deliberazione:

a) si dà atto della definizione del PTFP 2022-24, 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;

b) si prende atto della Relazione Allegata al Piano del Fabbisogno di Personale ASL FG 2022/2024, e relativi allegati (Allegato 1: fabbisogno complessivo distinto per anno di personale a tempo indeterminato, determinato e personale universitario conferito all'assistenza; Allegato 2: 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; Allegato 3: prospetto "Costi PTFP", comprensivo delle voci di costo incluse dalla Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006 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 rispetto al costo complessivo del fabbisogno di personale);

c) Si dà atto che il PTFP 2022-2024 è formulato nel rispetto degli atti di programmazione regionale, compatibilmente con la cornice finanziaria e nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale e dunque, nello specifico, nel rispetto dei seguenti tetti di spesa: Limite di spesa ex art. 2, comma 71, L. 191/2009; Limite di spesa ex art. 9, co. 28, D.L. 78/2010, convertito in L. 122/2010 (50% spesa di personale a tempo determinato sostenuta nell'anno 2009).

La Regione Puglia, con **D.G.R. n. 516 del 22.04.2024**, recante "*Art. 6 D. Lgs. 165/2001; D.M.08/05/2018 – Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024 dell'ASL FG*", ha deliberato di:

1) approvare il PTFP 2022-2024 ASL FG adottato con deliberazione DG n. 551 del 17.06.2023, tenendo conto delle prescrizioni riportate nel verbale agli atti del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, cui l'ASL FG deve attenersi in fase di adozione definitiva del PTFP 2022-2024;

2) dare atto che il predetto PTFP dovrà essere adottato in via definitiva dal Direttore Generale dell'ASL FG ai sensi del D.M. 8/5/2018 e quindi comunicato al MEF, entro 30 giorni dall'adozione definitiva, tramite il sistema SICO di cui all'art. 60 del D.Lgs. n. 165/2001 e trasmesso al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;

3) di stabilire, in particolare, le seguenti prescrizioni per l'adozione definitiva del PTFP: - i valori di fabbisogno di personale ospedaliero, per ciascuno degli anni del triennio 2022-2024, non possono superare i valori-soglia di fabbisogno riportati, per ciascun anno di riferimento, nell'Allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale; - nel PTFP occorre dare attuazione alle misure in materia di personale di cui all'art. 6-bis del D.Lgs 165/2001 ed al D.M. dell'8/5/2018 in ordine alla disciplina dei servizi esternalizzati, provvedendo al congelamento dei posti relativi ai servizi esternalizzati e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, al fine di non duplicarne il relativo fabbisogno;

4) disporre che il costo complessivo del PTFP, al netto delle voci di costo non ricomprese nella spesa del personale a normativa vigente, deve rientrare nel tetto di spesa attribuito all'ASL FG con DGR n. 1818/2022 pari ad € 177.760.640;

5) richiamare il rispetto dei vincoli finanziari normativamente prescritti per il PTFP il quale dovrà essere certificato dal Collegio Sindacale dell'ASL FG, ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-

ter D.Lgs 502/1992 e dell'art. 20 D.Lgs 123/2011;

6) dare atto che nel PTFP è integrato con lo specifico fabbisogno aggiuntivo di personale a tempo indeterminato necessario al potenziamento dei Servizi SPESAL del Dipartimento di Prevenzione Aziendale, come previsto dall'art. 50, co.1, del D.L. n. 73/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 106/2021;

7) dare atto che il presente provvedimento è da intendersi quale atto di programmazione e non è da ritenersi quale autorizzazione all'espletamento delle procedure assunzionali. Pertanto, le assunzioni, sia pur ricomprese nel PTFP di cui al presente provvedimento, potranno essere effettuate previa approvazione del Piano Assunzionale Aziendale da parte della Giunta Regionale;

8) disporre che in fase di avvio delle procedure di reclutamento, fino ad avvenuta adozione del PTFP 2023-2025 e, dunque, a valere sull'annualità 2024 del PTFP 2022-2024 di cui al presente provvedimento, l'ASL FG dovrà: a. verificare la capienza assunzionale rispetto al fabbisogno di personale definito nel PTFP 2022- 2024 ed al relativo tetto di spesa aziendale di cui alla DGR n. 1818 del 12/12/2022; b. tener conto della quantificazione dei costi del personale considerando il costo complessivo del fabbisogno di personale e i costi da escludere ai fini del vincolo di spesa 2004 -1,4% (Circolare RGS n.9 del 17.02.2006) quali, a titolo esemplificativo, i rinnovi contrattuali, la spesa per quota d'obbligo categorie protette, REMS, ecc., salvo specifiche previsioni in deroga che dovessero intervenire a seguito di interventi normativi in materia; c. tener conto 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;

9. stabilire la necessaria osservanza da parte dell'ASL FG delle disposizioni adottate con deliberazione di Giunta Regionale n. 1428 del 19.10.2023, recante "Autorizzazione alla spesa e approvazione del Piano assunzionale dell'ASL FG 2023-2024 ex Deliberazione di Giunta Regionale n. 640 del 10.05.2023. Ulteriori disposizioni in materia di personale del S.S.R.", nonché delle ulteriori disposizioni regionali e nazionali in materia di spesa del personale, ivi comprese le relative modalità di determinazione ai fini del vincolo di spesa 2004-1,4% (Circolare RGS n.9 del 17.02.2006);

10) stabilire che le assunzioni sono vincolate alle unità assegnate per ciascuna disciplina.

La **D.G.R. n. 1385 del 03.10.2024** ad oggetto: "*Trasferimento della Centrale Operativa 118 Foggia dal Policlinico Riuniti Azienda Ospedaliero Universitaria di Foggia alla ASL di Foggia*" ha disposto il trasferimento della Centrale Operativa 118 dal Policlinico Riuniti di Foggia alla ASL Foggia a partire dal 1° novembre 2024 ed ha, altresì, stabilito che l'Unità Operativa Complessa (UOC) e la relativa dotazione organica della UOC Centrale Operativa di Foggia passi alle dipendenze della ASL di Foggia, con ruoli e funzioni attuali (fatta salva la possibilità di rimanere in carico all'AOU, a domanda).

Infine, con **Deliberazione del Direttore Generale n. 1569 del 29/10/2024** è stata adottata l'Approvazione definitiva del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2022-2024, in esecuzione della D.G.R. n. 516/2024 e contestuale integrazione del PTFP, in ottemperanza alla D.G.R. n. 1385 del 3.10.2024 recante "*Trasferimento della Centrale Operativa 118 Foggia dal Policlinico Riuniti Azienda Ospedaliero Universitaria di Foggia alla Asl di Foggia*".

Nell'attuale contesto, la definizione dei fabbisogni ed il correlato reclutamento del personale risultano condizionati da due rilevanti fattori: da un lato, i limiti di cui al Piano Assunzionale Asl Foggia, approvato con la richiamata D.G.R. n. 692 del 28/05/2024, da un altro la carenza di professionisti sanitari sia dell'area della dirigenza che dell'area del comparto nella fase di successivo rientro nell'ordinario a seguito della diffusione del virus pandemico Covid19.

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

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

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

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

Obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse

Come ben rilevato dalla Corte dei conti, nel "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica", l'emergenza sanitaria ha messo in evidenza oltre ai punti di forza, gli aspetti problematici del Servizio sanitario nazionale, attribuibili soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni. Per quanto riguarda il personale, le maggiori criticità segnalate dalla Corte sono: il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, specie in alcuni ambiti, di personale specialistico.

Come messo in rilievo, a seguito del blocco del *turn-over* nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), negli ultimi dieci anni il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito.

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

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

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

Strategia di copertura del fabbisogno

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

✓ **copertura del *turn over***, finalizzata ad assumere un numero di unità coerenti con le cessazioni verificatesi nonché superamento delle carenze di alcune tipologie di specialisti medici¹ e di personale sanitario tramite gli strumenti in materia di reclutamento ex lege previsti:

✓ **concorso pubblico per titoli ed esami;**

✓ **concorso unico regionale;**

✓ **mobilità nazionale** ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 165/2001;

✓ **scorrimento di graduatorie di pubblici concorsi banditi da altre Aziende del SSR**, in virtù dell'Accordo del 2017 sull'utilizzo di graduatorie;

✓ **comandi e assegnazioni temporanee;**

✓ **avvisi pubblici** per assunzioni a tempo determinato ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. 165/2001;

✓ **assunzioni previste dalla L. 68/1999** giusta Convenzione sottoscritta con l'ARPAL territorialmente competente di Foggia;

✓ **valorizzazione e qualificazione del personale del Sistema Sanitario Regionale**, nei diversi ruoli e nei vari setting operativi (assistenziali, clinici, amministrativi, gestionali e di supporto) tramite gli istituti:

- delle progressioni economiche all'interno della stessa area che avvengono, con modalità stabilite dalla contrattazione collettiva, in funzione delle capacità culturali e professionali e dell'esperienza maturata e secondo principi di selettività, in funzione della qualità dell'attività svolta e dei risultati conseguiti, attraverso l'attribuzione di fasce di merito;
- delle progressioni verticali tra le Aree per il personale dipendente;
- tramite il sistema degli incarichi di funzione per il personale dipendente;
- tramite il sistema di conferimento e graduazione degli incarichi contrattualmente previsto per il personale dirigenziale;

✓ superamento del precariato e valorizzazione delle professionalità acquisite dal personale con rapporto di lavoro flessibile: nella determinazione del fabbisogno, in coerenza con gli obiettivi di valorizzazione e qualificazione del SSR ed in particolare con gli obiettivi di **superamento del precariato e di valorizzazione delle professionalità acquisita dal personale con rapporti di**

lavoro flessibile, si afferma altresì il principio del ricorso alle **procedure di stabilizzazione** disciplinate dall'art. 1 della legge n. 234/2021, con le modalità disciplinate dalle linee di indirizzo regionali, mediante la trasformazione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato delle posizioni lavorative stabili ed istituzionali ricoperte con contratti di lavoro a tempo determinato, nel rispetto dei requisiti e delle possibilità previste dalla normativa vigente.

Inoltre, l'Asl di Foggia si è avvalsa anche nell'anno 2024 dei seguenti strumenti offerti dal legislatore del periodo dell'emergenza socio sanitaria da Covid 19:

- la possibilità di stipulare **contratti di lavoro autonomo a medici specializzandi iscritti all'ultimo o penultimo anno**, con la specifica finalità di incrementare il fabbisogno di personale necessario al contrasto all'epidemia da Covid 19 (art. **2-bis del D.L. n. 18 del 2020¹ prorogato al 31/12/2025 dall'art. 4, comma 3, del DL n. 202/2024**)).
- il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, **collocati in quiescenza**, anche ove non iscritti al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo, nonché agli operatori socio-sanitari collocati in quiescenza (art. **2-bis, comma 5, del D.L. n. 18 del 2020² prorogato al 31/12/2025 dall'art. 4, comma 12, del DL n. 202/2024**);

¹ 1. Al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19 e di garantire i livelli essenziali di assistenza, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, fino al perdurare dello stato di emergenza dichiarato dal Consiglio dei ministri con deliberazione in data 31 gennaio 2020..., possono:

a) procedere al reclutamento del personale delle professioni sanitarie, come individuate dall'articolo 1 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561, e dalla legge 18 febbraio 1989, n. 56, e degli operatori socio-sanitari, nonché di medici specializzandi, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, anche ove non collocati nelle graduatorie di cui all'articolo 1, comma 547, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, conferendo incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi, prorogabili in ragione del perdurare dello stato di emergenza sino al 31 dicembre 2020, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e all'articolo 6 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

² 5. Fino al 31 luglio 2020, al fine di far fronte alle esigenze straordinarie e urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19 e di garantire i livelli essenziali di assistenza, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga all'articolo 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, verificata l'impossibilità di assumere personale, anche facendo ricorso agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con durata non superiore a sei mesi, e comunque entro il termine dello stato di emergenza, a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza, anche ove non iscritti al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo, nonché agli operatori socio-sanitari collocati in quiescenza. I predetti incarichi, qualora necessario, possono essere conferiti anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, nei limiti delle risorse complessivamente indicate per ciascuna regione con decreto del Ragioniere generale dello Stato 10 marzo 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 66 del 13 marzo 2020. Agli incarichi di cui al presente comma non si applica l'incumulabilità tra redditi da lavoro autonomo e trattamento pensionistico di cui all'articolo 14, comma 3, del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2019, n. 26.

- la possibilità, in via transitoria, di conferire da parte degli enti ed aziende del SSN, **incarichi individuali a tempo determinato** ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'**ultimo e penultimo anno di corso della scuola di specializzazione (art. 2-ter, commi 1 e 5, del D.L. n. 18 del 2020)³ prorogato al 31/12/2025 dall'art. 4, comma 3, del DL n. 202/2024**);
- l'introduzione della figura dell'**infermiere di famiglia o di comunità**: la possibilità di procedere ad assunzioni di personale infermieristico, con l'obiettivo da una parte, di potenziare, con la componente infermieristica, **l'assistenza domiciliare e la sorveglianza attiva nonchè di rafforzare l'assistenza ai soggetti fragili e cronici**, anche attraverso la collaborazione rafforzata con i medici di medicina generale, riducendo così il carico di prestazioni e servizi ambulatoriali (art. 1, comma 5, D.L. n. 34/2020 cd. Decreto Rilancio).

Le politiche di gestione delle risorse umane sono in particolare orientate in via prioritaria verso i profili professionali dell'area della dirigenza e del comparto direttamente impegnati nell'erogazione delle attività assistenziali, come tra l'altro è possibile evincersi dal Piano Assunzionale Asl Foggia 2023/2024 approvato con D.G.R. 692 del 28 maggio 2024 ad oggetto: *“Autorizzazione alla spesa e approvazione del Piano assunzionale 2024-2025 dell'ASL FG ex Deliberazione di Giunta regionale n. 640 del 10/05/2023. Ulteriori disposizioni in materia di personale del S.S.R.”*.

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

3.3.1 Formazione del Personale

La formazione è unanimemente accettata come un fattore basilare per supportare i comportamenti dei professionisti che operano nel Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di assicurare efficacia,

³ 1. Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria anche in ragione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono, durante la vigenza dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, conferire incarichi individuali a tempo determinato, previo avviso pubblico, al personale delle professioni sanitarie e agli operatori socio-sanitari di cui all'articolo 2-bis, comma 1, lettera a).

5. Gli incarichi di cui al presente articolo possono essere conferiti per la durata di sei mesi anche ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione. Tali incarichi sono prorogabili, previa definizione dell'accordo di cui al settimo periodo dell'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, e in ragione del perdurare dello stato di emergenza, sino al 31 dicembre 2020. Nei casi di cui al precedente periodo, l'accordo tiene conto delle eventuali e particolari esigenze di recupero, all'interno della ordinaria durata legale del corso di studio, delle attività formative teoriche e assistenziali necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti. Il periodo di attività svolto dai medici specializzandi (...) è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione. I medici specializzandi restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti in proporzione all'attività lavorativa svolta.

appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata in favore dei cittadini.

L'art. 16-bis del d.lgs. n. 502/1992 ha previsto l'obbligo della formazione continua per tutti i professionisti sanitari, per il miglioramento dell'efficacia, efficienza e appropriatezza dell'assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazionale e la Direzione Aziendale della ASL di Foggia, riconoscendo il ruolo strategico dell'attività formativa, intende formare appropriatamente tutti i dipendenti al fine di agire il cambiamento dell'organizzazione e delle politiche di sviluppo delle risorse umane attraverso un processo di empowerment diffuso.

Lo sviluppo del capitale umano delle amministrazioni pubbliche, nel contempo, è al centro della strategia di riforma e di investimento promossa dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Richiamata la direttiva del 15 gennaio 2025 adottata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano, la programmazione delle attività formative da rendere a favore dei dipendenti ASLFG si sviluppa per Piani aziendali che, conformemente al Regolamento per l'attività Formativa di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 2434 del 15/12/2010, si predispongono coniugando le attese normative con le esigenze espresse dalle singole articolazioni aziendali.

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

1. Emanazione delle linee di indirizzo

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

2. Rilevazione del fabbisogno

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

3. Progettazione dei corsi

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

4. Erogazione dell'intervento

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

- A. Formazione residenziale interattiva e in videoconferenza sincrona (RES)
- B. Formazione sul campo (FSC), in particolare con l'utilizzo di Gruppi di lavoro/studio/miglioramento
- C. Formazione a distanza (FAD) asincrona sulla piattaforma aziendale.

5. Valutazione

Questa fase si realizza attraverso la verifica dei contenuti formativi appresi, del consenso riservato alle modalità formative (in aula) nonché, e soprattutto, dalla verifica delle ricadute attese nel tempo (presso sede lavorativa).

La ASL di Foggia promuove la crescita professionale e lo sviluppo delle competenze delle persone in ogni fase della loro vita lavorativa attraverso:

- Formazione iniziale, prevista durante la fase di reclutamento.
- Formazione per nuove funzioni o mansioni, nei casi in cui i dipendenti assumano incarichi diversi.
- Formazione per progressioni professionali, a supporto dello sviluppo di carriera.
- Formazione legata all'innovazione, in occasione dell'introduzione di nuovi strumenti, metodologie e procedure operative.
- Formazione continua (life-long learning), per accompagnare il dipendente lungo tutto il suo percorso lavorativo.

La strategia di sviluppo del capitale umano, in linea con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è orientata alla generazione di valore pubblico. Si articola attorno a tre principali aree di competenza, che la ASLFG condivide con tutte le amministrazioni pubbliche:

- a) Competenze di leadership e soft skill, fondamentali per guidare e supportare le persone nei processi di cambiamento connessi alle transizioni in atto.
- b) Competenze per l'attuazione delle transizioni amministrativa, digitale ed ecologica, oltre a quelle richieste dai processi di innovazione e modernizzazione avviati dal PNRR.
- c) Competenze sui valori e principi del sistema culturale delle pubbliche amministrazioni moderne, improntate su inclusione, etica, integrità, sicurezza e trasparenza.

Richiamando la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione, si ribadisce che la formazione del personale assume la connotazione di un obiettivo strategico di performance, caratterizzato da criteri di concretezza e misurabilità. In tale ottica, ogni dirigente è tenuto ad assicurare, nell'ambito delle proprie competenze, la piena e attiva partecipazione del personale dipendente ad un minimo di 40 ore annue pro capite di formazione obbligatoria, impegno che l'Azienda si fa carico di prevedere in modo strutturato e organico.

Le prescrizioni relative alla obbligatorietà della formazione sottolineano come lo sviluppo delle competenze e il costante aggiornamento professionale rappresentino azioni fondamentali per supportare e promuovere i processi di riforma e innovazione, con particolare riferimento al miglioramento delle performance pubbliche. Tali attività sono concepite non solo come strumenti di adeguamento alle direttive ministeriali, ma anche come leve strategiche per il conseguimento degli

obiettivi aziendali.

Ai dirigenti è affidata la responsabilità di garantire il perseguimento di tali obiettivi strategici, nonché di promuovere e monitorare la partecipazione effettiva del personale alle attività formative. Il raggiungimento dell'obiettivo formativo attribuirà il massimo punteggio previsto sia al personale del comparto che partecipa ai corsi, sia ai Direttori e Dirigenti responsabili della pianificazione e gestione delle attività formative.

Il mancato conseguimento degli obiettivi formativi previsti, in conformità alle direttive emanate, potrà determinare una condizione di inadempienza rispetto alle disposizioni ministeriali e ai risultati attesi, con conseguenze dirette sulla valutazione della performance individuale e collettiva. In tal senso, i dirigenti sono chiamati a operare con la massima attenzione e responsabilità, al fine di evitare ricadute negative sull'organizzazione e di contribuire attivamente al raggiungimento dei risultati attesi in termini di miglioramento delle performance e valorizzazione del capitale umano aziendale.

In linea con le politiche aziendali, emerge il quadro delle politiche per la formazione coerente con i principi fondamentali di una pubblica amministrazione di qualità, caratterizzata da trasparenza, efficienza e attenzione al cittadino.

AMBITO FORMATIVO	OBIETTIVO
FORMAZIONE GENERALE DEI LAVORATORI	Riconoscere per evitare rischi nei luoghi di lavoro.
BLSD/PBLS	Il corso blsd insegna a soccorrere i soggetti colpiti da attacco cardiaco mediante la rianimazione cardiopolmonare e la defibrillazione
DIGITALIZZAZIONE	Completa alfabetizzazione digitale (in particolare quelle di base)
PARITÀ DI GENERE	Definire le linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere
INFEZIONI OSPEDALIERE	Prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) D.G.R. n. 418/23
AGRESSIONI OPERATORI SANITARI	Prevenzione e gestione delle aggressioni agli operatori sanitari (D.G.R. n. 1059/2024)
VIOLENZA DI GENERE	Prevenire e contrastare la violenza su donne e minori (L.R. n. 29 del 4/07/2014/ D.P.C.M. 22/09/2022)
MEDICINA DI GENERE	formazione in tema di medicina di genere specifica
COMPETENZE MANAGERIALI	COMPETENZE DI LEADERSHIP (Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione 28 novembre 2023) e SOFT SKILLS (Decreti del Ministro per la pubblica amministrazione 28 settembre 2022 e 28 giugno 2023). Competenze di leadership e le soft skill, necessarie per guidare e accompagnare le persone nei processi di cambiamento associati alle diverse transizioni in atto
FORMAZIONE DEI NEOASSUNTI	Supervisione e bilancio delle competenze

ETICA	Formazione obbligatoria in tema etica pubblica
SICUREZZA INFORMATICA	Protezione delle informazioni digitali e dei dispositivi
PRIVACY	Strategie per la protezione del diritto alla riservatezza
COMUNICAZIONE	Attività di informazione e di comunicazione delle amministrazioni (l. n. 150 del 2000, art. 4)
SALUTE E SICUREZZA	Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (d.lgs. n. 81 del 2008, art. 37)
ANTICORRUZIONE	Definizione del piano di prevenzione della corruzione con la previsione delle procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione
CONTRATTI PUBBLICI	Il d.lgs. n. 36 del 2023 stabilisce che le stazioni appaltanti e gli enti concedenti adottano un piano di formazione per il personale che svolge funzioni relative alle procedure in materia di acquisiti di lavori, servizi e forniture. La formazione del personale rappresenta, inoltre, un elemento cardine della disciplina dettata dal codice stesso in tema di qualificazione delle stazioni appaltanti (art. 63).
LAVORO AGILE	L'art. 14, comma 1, della l. n. 124 del 2015 ha previsto che il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del piano della performance, deve definire, fra l'altro, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale. Il d.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 [art. 1, lettera e] ha soppresso l'obbligo di adottare il POLA, ma in quanto i relativi contenuti sono assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO; la formazione in tema di lavoro agile resta dunque obbligatoria.
CODICE DI COMPORTAMENTO	In riferimento al codice di comportamento dei pubblici dipendenti (d.P.R. n. 62 del 2013) si prevede che al personale siano rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti
PIANIFICAZIONE STRATEGICA	L'art. 12 del d.P.C.M. n. 132 del 2022, nel definire il contenuto del PIAO, ha disciplinato le attività formative correlate all'esercizio di tale funzione di pianificazione strategica.
INNOVAZIONE	incentivare l'innovazione ed affrontare in modo consapevole e proattivo le sfide di un mondo in continua evoluzione

L'Azienda Sanitaria di Foggia ha elaborato un'offerta formativa tecnico-specialistica per l'anno 2025 mirata a rispondere in modo efficace anche alle esigenze e alle aspettative derivanti dal Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM). Questo impegno si traduce nel Piano formativo per l'anno 2025 (PAF 2025), che include una serie di corsi di formazione continua, progettati per coprire vari ambiti professionali e tematiche di rilevanza nel settore sanitario.

I corsi previsti dal PAF 2025 non soltanto si concentrano sull'aggiornamento delle competenze professionali, ma sono anche strutturati in modo da garantire un apprendimento efficace e pratico. Gli obiettivi formativi sono stati definiti in collaborazione con diverse istituzioni del territorio, tra cui scuole, l'Ordine dei Medici e l'Ordine degli Assistenti Sociali, per assicurare che le proposte siano in linea con le reali necessità del territorio e delle professioni coinvolte. Senza la promozione di una dimensione valoriale, la formazione non si produce quel "valore aggiunto" atteso e pregiudica l'affermarsi di una cultura manageriale e organizzativa che riconosce il valore e la centralità della formazione continua.

Le metodologie didattiche adottate saranno variegata e innovative, per favorire un coinvolgimento attivo dei partecipanti e un apprendimento significativo. Inoltre, l'individuazione del target formativo è stata effettuata con attenzione, per garantire che i corsi siano accessibili e pertinenti a tutti i professionisti del settore, contribuendo così a un miglioramento complessivo della qualità dei servizi sanitari offerti. In questo modo, l'Azienda Sanitaria di Foggia si impegna a promuovere una cultura della formazione continua, essenziale per il progresso e l'eccellenza nel campo della salute.

Eventi formativi già previsti:

PRESIDI OSPEDALIERI	
	COMUNICARE IN TERAPIA INTENSIVA: ISTRUZIONI PER L'USO
	DALLE COMPETENZE AVANZATE ALLA GESTIONE DEL RISCHIO
	STRATEGIE INTEGRATE PER COMPRENDERE E PREVENIRE LE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO
	INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: ANALISI E DIMENSIONE DEL FENOMENO
	UN APPROCCIO PRATICO ALLE MALATTIE NEONATALI
	AUDIT SUI CASI CLINICI IN PEDIATRIA-NEONATOLOGIA-FIBROSI CISTICA
	UPDATE SUI VACCINI IN PEDIATRIA
	FAST TRACK E TRIAGE
	DISTURBI NEUROCOGNITIVI - PROFILASSI PRIMARIA E SECONDARIA
	GESTIONE EMERGENZA IN SALA OPERATORIA
	USO DELLE NUOVE MOLECOLE DI SUPPORTO CARDIOVASCOLARE IN EMERGENZA
	PAZIENTE MULTIPATOLOGICO TRA REPARTO E SALA OPERATORIA
	GESTIONE TRACHEOSTOMIE E PEG
	GESTIONE DELLO STRESS IN EMERGENZA
	CORSO GESTIONE ACCESSI VASCOLARI
	PNEUMOLOGIA

	LE MUTILAZIONI GENITALI
	LA GESTIONE DELLE PAZIENTI MIGRANTI
	LA GESTIONE DEL CASO DI VIOLENZA
	LA GESTIONE DELL'ALLATTAMENTO
C.OR.O.	NON SOLO CURE PALLIATIVE. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI A 360°
DISTRETTI SOCIO SANITARI	
	LA RELAZIONE TERAPEUTICA IN VISTA DEL DM 77/2022 TRA IL DIRE E IL FARE
	LA GESTIONE DELLA RABBIA E L'AGGRESSIVITÀ TRA OPERATORI SANITARI E ASSISTITI
	UN MODELLO DI IMPLEMENTAZIONE DELL'INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E COMUNITÀ
	IL NUOVO ASSETTO TERRITORIALE E LA DIGITALIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA SECONDO IL PNRR
	IL NUOVO SISTEMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE
	UFFICIO INFERMIERISTICO FORENSE & LEGALE
	GESTIONE DELLE CONSEGNE E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN AMBIENTE SANITARIO
	COMUNICAZIONE EFFICACE: IL POTERE DELLE PAROLE E DEL SILENZIO
	LA RESPONSABILITÀ SANITARIA
	LA CARTELLA CLINICA MULTIDISCIPLINAREINFORMATIZZATA: I VANTAGGI DELLA SANITÀ DIGITALE SMART
	FACILITATORI DI GRUPPO AUTO-MUTUO-AIUTO
	IL BENESSERE COMUNITARIO
	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
	ABUSI E MALTRATTAMENTI SULLE DONNE
DIPARTIMENTI	
	GAH 1 - CAUFIEZ CONCEPT EMPOWERMENT DELLA DONNA (HIPOPRESSIVA)
	LA RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE CAMMINO
	SEAS - SCIENTIFIC EXERCISE APPROACH TO SCOLIOSIS
	ORAL MOTOR THERAPY
	FUNZIONI ESECUTIVE LINGUAGGIO, NUOVE TECNOLOGIE
	RIABILITAZIONE PELVI-PERINEALE
	REGOLAMENTO REGIONALE 13/2023- IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E IL DM 77/2022
	LEGGE FINE VITA: TRA CAPACITÀ E CONSENSI
	LA RESPONSABILITÀ SANITARIA: LUCI ED OMBRE DI UNA RIFORMA SULLE MATURATE ESPERIENZE DELLA ASL DI FOGGIA
	RIFORMA CARTABIA- SINTESI
	RUOLO DEL CENTRO ANTIVELENI DI PUGLIA
	LA TELEANESTESIA IN AREE URBANE, SUBURBANE E MONTANE

	UOMO E SPECIE SELVATICHE-CONFLITTUALITÀ NEL TERZO MILLENNIO
	PROCEDURE E CORRETTA APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI CASI DI INTOSSICAZIONE ALIMENTARE ACUTA DA INGESTIONE DI ALCALOIDI DI PROPANO
	PROCEDURE OPERATIVE E SISTEMI INFORMATICI REGIONALI
	IL CONTRADDITTORIO DIALOGICO
	IL COUNSELLING AL SERVIZIO DELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE
	IL RISCHIO LEGIONELLA
	MALATTIE INFETTIVE
	MEDICINA DEI VIAGGI
	STRUMENTI OPERATIVI PER UNA EFFICACE CAMPAGNA VACCINALE
	TUBERCOLOSI E MICOBATTERIOSI
	I BISOGNI EDUCATIVI E DI SALUTE DEGLI ADOLESCENTI. DIALOGO TRA SANITA', SCUOLA, ASSOCIAZIONI E ENTI LOCALI
	PTC BASE
	BLS D PEDIATRICO
	BLS D P
RISCHIO CLINICO	
	COME PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO SANITARI
	LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI
AREE E STRUTTURE IN STAFF	
	COMPETENZE DIGITALI (INFORMATICA DI BASE)
	COMPETENZE DIGITALI (EXCEL)
	LA REDAZIONE DI ATTI AMMINISTRATIVI
	INTELLIGENZA ARTIFICIALE. DALL'AUTOMAZIONE DEI PROCESSI BUROCRATICI ALL'ASSISTENZA VIRTUALE PER I CITTADINI
	COMPETENZE TRASVERSALI E SOFT-SKILLS
	CORSO DI ALTA FORMAZIONE UNIVERSITARIA FAQUASS
	CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI
	UNA GUIDA PER LA GESTIONE DELLE GARE
	GLI UTILIZZI DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE NEL MONDO DEGLI APPALTI
	SISTEMA REGIS E LA GESTIONE DEI FLUSSI FINANZIARI DEL PNRR
	CORSO CAM: CRITERI AMBIENTALI MINIMI IN EDILIZIA
	CORSO AUTOCAD 2021
	CORSO REVIT 2021
	IL SISTEMA CONTABILE DEL SSN E I BILANCI DI PREVISIONE, CONSUNTIVO E CONSOLIDATO
	L'IVA 2024/25 NEGLI ENTI PUBBLICI
	SISTEMA SIRECO E COMPILAZIONE DEL CONTO

	RECUPERO DI SOMME INDEBITE E CREDITI RETRIBUTIVI DEI LAVORATORI NEL PUBBLICO IMPIEGO
CUG	
	PROMUOVERE LA CULTURA DELLE PARI OPPORTUNITÀ
	BENESSERE ORGANIZZATIVO
	PROMUOVERE LA CULTURA DELLA PARITÀ DI GENERE – ELIMINARE OGNI FORMA DI VIOLENZA
	LA VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI: RUOLO DELLE PREVENZIONE
	MOBBING
	IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE
MMG	
	LOW BACK PAIN
	ALLEGATO M
	PREVENZIONE CARDIO VASCOLARE
	APPROPRIATEZZA
	LA MEDICINA DEL TERRITORIO E L'INAIL NELLA GESTIONE DEGLI INFORTUNI SUL LAVORO

L'attività formativa dell'Azienda Sanitaria di Foggia si sviluppa principalmente attraverso modalità "in house", ovvero all'interno della stessa organizzazione, garantendo così un controllo diretto sulla qualità e sull'efficacia dei percorsi formativi. In alcune circostanze, tuttavia, l'Azienda si avvale della collaborazione di istituzioni pubbliche e private esterne, specializzate in ambiti scientifici specifici. Questa sinergia consente di arricchire l'offerta formativa con competenze e conoscenze all'avanguardia, ampliando le opportunità di apprendimento per il personale.

I costi legati all'attuazione dei piani formativi sono interamente sostenuti dal bilancio aziendale, grazie ai finanziamenti regionali assegnati in modo indistinto all'Azienda Sanitaria. Questo modello di finanziamento garantisce una gestione sostenibile delle risorse, permettendo di investire nella formazione continua e nell'aggiornamento professionale del personale. Le risorse sono destinate prevalentemente alla formazione "in house", ma, quando necessario, si ricorre anche a percorsi formativi proposti dal sistema pubblico o privato.

Gli eventi formativi, che possono essere accreditati o non accreditati ai fini ECM, sono progettati per coinvolgere attivamente tutte le figure professionali presenti nell'organizzazione. Questo approccio inclusivo si allinea pienamente alle finalità strategiche dell'Azienda, che punta a promuovere una cultura della formazione continua e dell'aggiornamento costante. L'Azienda, inoltre, si impegna a rispettare i principi di equità e pari opportunità, assicurando che ogni professionista, indipendentemente dal ruolo o dall'esperienza, abbia accesso a percorsi formativi di qualità. In questo modo, si favorisce non solo la crescita individuale, ma anche il miglioramento complessivo dei servizi offerti alla comunità, contribuendo a creare una solida base culturale e valoriale per orientare i comportamenti individuali e collettivi.

Il sistema formativo dell'Azienda prevede anche l'utilizzo della piattaforma Syllabus, messa a

disposizione gratuitamente dal Dipartimento della Funzione Pubblica, talvolta integrata in programmi formativi proposti dalla SNA e da Formez PA. Inoltre, si promuove l'iscrizione agevolata dei dipendenti ai corsi di laurea triennali e specialistici, ai master di I e II livello offerti dalle Università aderenti all'iniziativa "PA 110 e lode".

La formazione del personale non può essere considerata esclusivamente una questione di natura tecnica. La definizione puntuale e strategica degli obiettivi di sviluppo delle competenze, basata su un'accurata rilevazione dei fabbisogni formativi, rappresenta un presupposto indispensabile ma non sufficiente per garantire l'efficacia degli interventi formativi. È necessario, infatti, che le persone e l'Azienda acquisiscano piena consapevolezza del valore intrinseco della formazione, riconoscendo che le iniziative di sviluppo delle conoscenze e competenze devono generare valore per tre categorie di soggetti: i dipendenti, in quanto destinatari diretti delle attività formative; l'Azienda stessa, in qualità di beneficiaria degli effetti migliorativi; e, infine, i cittadini, quali fruitori finali dei servizi erogati.

4. Monitoraggio

L'attuazione delle strategie e la realizzazione degli obiettivi contenuti nel presente PIAO è assicurata da un sistema di monitoraggio che coinvolge diverse strutture e organi dell'Azienda, riservando particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni. Lo scopo della valutazione è di analizzare l'efficacia e l'incisività delle azioni intraprese nonché la loro coerenza con gli obiettivi prefissati e con il contesto di riferimento, in un'ottica di miglioramento continuo sia delle azioni poste in essere sia della capacità di progettarle.

Monitoraggio Valore Pubblico e Performance

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

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

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

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

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

Monitoraggio dei rischi corruttivi.

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

Monitoraggio della *customer satisfaction*.

Il concetto di "valore pubblico" parte sicuramente dalla prospettiva del cittadino-utente e, dunque, è da intendersi come **livello di benessere della collettività** di riferimento di un'Amministrazione, e più precisamente dei destinatari di un suo servizio. Di conseguenza si comprende quanto sia importante non soltanto produrre servizi, ma misurare e valutare le modalità con cui questi servizi vengono offerti

ai cittadini al fine di soddisfare le loro esigenze.

In un secondo momento sarà necessario misurare il **grado di soddisfazione**, inteso come lo stato derivante dalle aspettative esplicite o latenti dell'utente e la percezione che egli ha del complesso dei fattori di qualità incorporati nel servizio fruito/erogato.

Nel processo di valutazione della performance giocano infatti un ruolo importante anche i cittadini e gli utenti dei servizi, chiamati ad esprimere opinioni, pareri e giudizi (art.19 D.Lgs 74/2017)

La ASL di Foggia, conduce da anni un'analisi sulla qualità percepita da parte dei cittadini che usufruiscono dei servizi aziendali. Tale analisi non si limita alla **somministrazione di sondaggi** di opinioni, ma vuole tendere **all'ascolto e alla comprensione reale e concreta dei bisogni del cittadino**, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando le modalità di dialogo e di relazione, costruendo un modello basato sulla fiducia.

In tal senso, nel corso del triennio 2025-2027 la ASL intende migliorare e continuare tale rilevazione soprattutto al fine di individuare gli aspetti critici dell'erogazione dei servizi, restituire le informazioni alle strutture e, di conseguenza, orientare le scelte di vertice.

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

Monitoraggio Organizzazione e capitale umano

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

È necessario, inoltre, uno stretto monitoraggio delle ulteriori attività necessarie per una gestione ottimale del capitale umano, quali la rappresentazione della consistenza del personale, la programmazione strategica delle risorse umane, la strategia di copertura del fabbisogno e, non meno importante, la formazione del personale.

Verifica dello stato di attuazione del PIAO

Si prevedono due momenti di verifica sullo stato di attuazione del PIAO, da effettuarsi su base semestrale, a cura del Gruppo di lavoro costituito per la redazione del Piano, per constatare che il lavoro venga portato avanti secondo i criteri predefiniti e che si stiano conseguendo gli obiettivi programmati.

Una prima verifica sarà dunque in itinere per rilevare eventuali criticità e falle nell'attuazione delle misure e delle politiche predisposte con gli obiettivi, così da procedere ad una pronta modifica del PIAO in corso; una sarà finale per la valutazione complessiva e per la predisposizione del nuovo Piano.

Allegati:

- All. 1: Analisi e Trattamento dei rischi (2025-2027)
- All.2: Priorità di trattamento dei rischi (2025-2027)
- All.3: Stato di attuazione delle misure (2025-2027)
- All.4: Relazione annuale del RPCT 2024
- All.5: Obblighi di pubblicazione e responsabili della trasmissione (2025-2027)
- All.6: Prospetto Obiettivi Performance (2025-2027)