



167

30 GEN. 2025

DELIBERAZIONE N. ___ DEL _____

OGGETTO: Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO - Triennio 2025 - 2027.

IL DIRETTORE UOC QA – Rischio Clinico e Formazione

a seguito di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono detenuti presso la Struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni di ammissibilità ed i presupposti giuridico - amministrativi finalizzati all'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i., e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara, allo stato attuale, l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e della Misura M04 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza;

VISTO

- il Decreto legge 9 giugno 2021 n° 80, convertito con modificazioni dalla Legge 2021 n° 113 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni, funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" (Decreto Reclutamento) che, all'art. 6 prevede che "*per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante progressiva semplificazione e re ingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo ..2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012 n° 190 (comma 1)*";

PRESO ATTO

- degli esiti della Conferenza Unificata del 2 dicembre 2021 in cui è stata raggiunta l'intesa sullo schema di decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, di cui all'art. 6 comma 6, del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n°113;
- degli esiti della Conferenza Unificata del 9 febbraio 2022 in cui è stata raggiunta l'intesa in merito allo schema di Decreto del Presidente della Repubblica recante "Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato delle Attività e Organizzazione, ai sensi dell'art. 6, comma 5 del Decreto legge 9 giugno 2021 n° 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113";

VISTI

- Il Decreto del Presidente della Repubblica n. 81 del 24 giugno 2022, ad oggetto “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività ed Organizzazione”;
- il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze n. 132 del 30 giugno 2022 ad oggetto “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”;

CONSIDERATO che il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, come previsto dal DPR n.81, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 151/2022 del 30 giugno 2022, sostituisce, mediante l'assorbimento in un unico documento, i seguenti atti:

- Piano della Performance;
- Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- Piano Triennale del Fabbisogno del Personale;
- Piano per il Lavoro Agile;
- Piano delle Azioni Positive
- Programmazione dei Fabbisogni Formativi.

ATTESO che il termine per l’adozione e la pubblicazione del PIAO 2025 - 2027 è fissato al 31 gennaio 2025;

RILEVATA la necessità di adottare il documento dal titolo “Piano Integrato di Attività ed Organizzazione dell’ASL Avellino - Triennio 2025 – 2027”, che allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

ATTESTATA la legittimità della presente proposta, conforme alla normativa vigente ed ai regolamenti aziendali;

PROPONE

l’adozione del presente documento, e nello specifico:

- **di dover adottare** il documento denominato Piano Integrato di Attività ed Organizzazione dell’ASL Avellino - Triennio 2025 – 2027, che allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;
- **di disporre** che il proponente ne curi la pubblicazione sul sito istituzionale dell’Azienda, all’interno della sezione “Amministrazione Trasparente” e sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica della presidenza del Consiglio dei Ministri, come da normativa vigente.

Estensore
Giuliana Longo

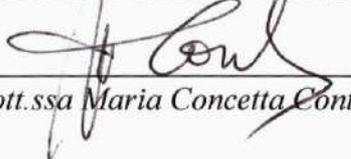
IL DIRETTORE
UOC QA – RC e Formazione
Dott.ssa Maria Rosaria Troisi



IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante
nominato con D.G.R.C. n. 324 del 21/06/2022
impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022
impresso in servizio con la Delibera n. 1685 del 09/08/2022

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore della UOC QA – Rischio Clinico e Formazione;
- Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

IL DIRETTORE SANITARIO


Dott.ssa Maria Concetta Conte

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO


Dott. Franco Romano

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e per l'effetto, di:

- **di adottare** il documento denominato Piano Integrato di Attività ed Organizzazione dell'ASL Avellino - Triennio 2025 – 2027, che allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;
- **di disporre** che il proponente ne curi la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda, all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" e sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica della presidenza del Consiglio dei Ministri, come da normativa vigente;
- **di trasmettere**, mediante le procedure aziendali in essere, copia del provvedimento in questione al Collegio Sindacale, come per legge, ed all' Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), nonché alle OO.SS. per la dovuta informativa;
- **di dare** atto che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile, al fine di ottemperare ai successivi adempimenti.

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



PIANO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2025-2027



**AZIENDA SANITARIA
LOCALE AVELLINO**

**DIRETTORE GENERALE
Mario Nicola Vittorio Ferrante**

Indice

INTRODUZIONE

Sezione 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASL AVELLINO

Sezione 2. VALORE PUBBLICO PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

2.2 Performance

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Sezione 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

3.2 Programmazione di sviluppo del lavoro agile

3.3 CUG e Piano Triennale di Azioni Positive

3.4 Fabbisogno del personale

Sezione 4: MONITORAGGIO

ALLEGATI:

- Allegato 1 Cronoprogramma delle competenze
- Allegato 2 Mappatura delle strutture a rischio di corruzione
- Allegato 3 Obblighi di pubblicazione
- Allegato 4 Piano Formazione anno 2025

INTRODUZIONE

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) costituisce un documento unico di programmazione e governance nel quale vengono determinati gli obiettivi programmatici e strategici dell'Azienda, la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e le azioni finalizzate a tutelare e migliorare il benessere sanitario e socio-sanitario dei cittadini, attraverso l'implementazione dell'offerta di salute, la prevenzione dei fenomeni corruttivi, la promozione di un'amministrazione trasparente e il raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale.

In linea con quanto previsto dal Piano Nazionale Ripresa Resilienza (PNRR), che mira al potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera, l'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, ha inteso sviluppare nuovi percorsi assistenziali, allineando le risorse umane, finanziarie e tecnologiche alle priorità sanitari e sociali, in un'ottica di pianificazione a medio-lungo termine.

Tra le priorità della pianificazione strategica per il prossimo futuro c'è il rafforzamento della rete territoriale, attraverso il potenziamento dei servizi e l'integrazione con l'assistenza ospedaliera e con la rete dell'emergenza, l'implementazione della medicina di genere e di precisione, l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche e la digitalizzazione dei processi, promuovendo una gestione orientata agli obiettivi, alla qualità e al miglioramento continuo.

Con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione l'Azienda Sanitaria Locale di Avellino definisce la linea del proprio orizzonte, puntando su una sanità di prossimità, che metta al centro la persona e i suoi bisogni di salute in modo da poterli tradurre in una risposta personalizzata più efficace.

Il Direttore Generale
Mario Nicola Vittorio Ferrante

II PIAO

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (di seguito PIAO) previsto dall'art.6 del D.L. n. 80/2021 e dal Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione", descrive le linee strategiche adottate della ASL Avellino in materia di valutazione della performance e prevenzione della corruzione, gestione del capitale umano e sviluppo organizzativo, reclutamento di nuove risorse e valorizzazione delle risorse interne, al fine di armonizzare gli atti di pianificazione di norma già prescritti a carico delle amministrazioni pubbliche di seguito riportate:

- Piano della Performance D. Lgs.vo 150/2009
- Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) L. 190/2012
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) D.L. 56/2021
- Piano delle Azioni Positive (PAP)
- Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)
- Piano Aziendale della Formazione (PAF)

Tale documento programmatico, redatto in coerenza con le Linee Guida per la compilazione del PIAO pubblicate dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e con le indicazioni operative definite dalla normativa vigente di riferimento, ha valenza interna, in quanto in grado di orientare l'attività gestionale delle strutture e dei professionisti, nonché valenza esterna rendendo partecipe la Comunità, degli obiettivi e dei programmi che l'Azienda Sanitaria Locale Avellino si è prefissata per il triennio 2024 – 2026 nell'intento di garantire ampia trasparenza e diffusione delle informazioni alla cittadinanza.

Pertanto i contenuti del PIAO possono essere così riassunti:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- gli strumenti e le fasi per raggiungere:
 - la piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa,
 - gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione che si articola in quattro sezioni oltre alla Presentazione della ASL AV, contenuta nella Scheda Anagrafica:

1. Scheda anagrafica della ASL Avellino
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione;
3. Organizzazione e capitale umano;
4. Monitoraggio.

Il Piano ha valenza triennale e viene aggiornato annualmente.

Sezione 1 – SCHEDE ANAGRAFICHE DELLA ASL AVELLINO

1.1 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholders esterni

L'Azienda Sanitaria Avellino nata dalla fusione delle ex Asl Av1 ed AV2, a seguito dell'accorpamento di cui alla DGRC n. 559 del 20 marzo 2009, ha sede legale in Via degli Imbimbo 10/12, Avellino.

Il sito istituzionale dell'Azienda è all'indirizzo: www.aslavellino.it

L'Azienda è un ente senza fini di lucro, con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, parte integrante del Sistema Sanitario Regionale della Campania, avente la finalità di assicurare nel proprio territorio, corrispondente all'intera provincia, la tutela della salute della popolazione in conformità alla normativa nazionale e regionale, agli obiettivi stabiliti dalla regione e ai livelli essenziali di Assistenza.

1.2 Chi Siamo, Cosa Facciamo, Come Operiamo

L'Azienda Sanitaria Locale di Avellino è un ente senza fini di lucro, con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, parte integrante del Sistema Sanitario della Regione Campania, che ha la finalità di assicurare nel proprio territorio, corrispondente all'intera provincia, la tutela della salute della popolazione in conformità alla normativa nazionale e regionale, agli obiettivi stabiliti dalla Regione e ai livelli di assistenza definiti a livello nazionale e regionale.

L'Azienda garantisce la promozione, il mantenimento, la cura ed il recupero dello stato di salute della popolazione del territorio di competenza, attraverso l'erogazione di servizi sanitari e socio sanitari che soddisfano la richiesta ed il bisogno, secondo criteri di efficacia, efficienza ed appropriatezza. L'organizzazione aziendale si articola, con un'uniforme distribuzione dei servizi sul territorio per facilitare l'accesso dei cittadini, nell'assistenza ospedaliera, in quella territoriale e nella prevenzione collettiva.

1.2.1 L'Assistenza ospedaliera

L'Azienda opera mediante 2 presidi a gestione diretta il P.O. Ariano Irpino ed il P.O. S. Angelo dei Lombardi e n. 6 Case di Cura Accreditate con il SSR.

L'assetto organizzativo complessivo aziendale fa riferimento all'Atto Aziendale adottato con Delibera ASL AV n. 1094 del 24.07.2023 ad oggetto: "Adozione Atto Aziendale Asl AV secondo l'attuazione della Delibera Giunta Regionale della Campania n. 389 del 30 giugno 2023", resa esecutiva dalla Delibera aziendale n. 1118 del 28.07.2023 e successivi aggiornamenti.

I posti letto gestiti direttamente, secondo il DCA 103/2018 sono complessivamente 356 p.l. (n. 330 + 18 SPDC + 8 DH SPDC) di cui n. 111 (cod 75 e 56) sono gestiti dalla Fondazione Don Gnocchi sulla base di apposita convenzione di sperimentazione pubblico/privato.

I posti letto del privato accreditato, in base al DCA 103/2018, DCA 45/2019, DCA 81/2019 e delibera ASL n. 609/2020 sono complessivamente n. 518 di cui n. 48 con codici 60 e 56.

L'assistenza ospedaliera, allineandosi alle direttive regionali, è stata programmata in considerazione di un incremento della complessità dei ricoveri ordinari e nel rispetto del giusto setting assistenziale.

1.2.2 L'Assistenza Territoriale

L'Azienda ha previsto il completamento e l'allineamento dell'assistenza territoriale secondo quanto previsto dalla DGRC n. 682 del 13.12.2022 ad oggetto "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal PNRR recepite dal DM 77/2022", attivando, secondo i termini definiti dalla Regione Campania, le n. 4 Centrali Operative Territoriali – COT, con la funzione di coordinamento nella presa in carico della persona, fungendo da punto di raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi livelli assistenziali.

La ASL Avellino assicura, mediante le proprie strutture territoriali la gestione diretta, l'attività clinica, la diagnostica strumentale e per immagini, l'attività di laboratorio, le attività consultoriali, l'assistenza psichiatrica, ai tossicodipendenti, agli anziani, ai disabili psichici, ai malati terminali ed ai detenuti nelle carceri. Inoltre garantisce la programmazione, il coordinamento, il monitoraggio delle attività dell'Assistenza Primaria (MMG, PLS, CA, Specialistica ambulatoriale) che rappresenta la prima porta d'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari del territorio dell'Assistenza farmaceutica attraverso le farmacie convenzionate.

1.2.3 La Prevenzione collettiva

La ASL AV promuove, attraverso il Dipartimento di Prevenzione, azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Il DP garantisce attraverso le sue articolazioni centrali/territoriali ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

Le attività erogate dal Dipartimento di Prevenzione sono raggruppate nei seguenti ambiti:

- ✓ *Igiene e sanità pubblica*
- ✓ *Prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro*
- ✓ *Medicina dello sport*
- ✓ *Medicina legale*
- ✓ *Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare*
- ✓ *Epidemiologia*

A partire dalle funzioni sopramenzionate il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc.

L'Azienda per il suo funzionamento è organizzata in strutture di diversa complessità e dimensione, che presentano al loro interno quali articolazioni (*vedi sezione 2. Organizzazione e capitale umano*):

- i Dipartimenti;
- le Unità operative complesse (UOC);
- le Unità operative semplici dipartimentali (UOSD);
- le Unità operative semplici (UOS).

1.3 La mission

L'attività dell'Azienda è indirizzata alla produzione, all'acquisizione ed all'erogazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali ad elevata integrazione sanitaria per la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel territorio, in conformità ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nel rispetto dei principi di appropriatezza e sulla base delle più moderne conoscenze tecnico-scientifiche e in coerenza con le evidenze epidemiologiche assicurando, al contempo, i parametri qualitativi migliori come definiti dalle normative nazionali e internazionali, il rispetto degli obiettivi costituzionali nonché dei vincoli di bilancio definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

L'Azienda persegue la propria missione nella consapevolezza di concorrere a realizzare la responsabilità pubblica della tutela della salute garantendo: l'equità di accesso ai servizi per tutte le persone assistite dal servizio sanitario regionale; la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale; la globalità dell'intervento assistenziale, in base alle necessità individuali e collettive, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza.

L'Azienda svolge la sua azione ispirandosi ai seguenti valori:

- centralità della persona
- equità e uguaglianza
- trasparenza e integrità
- sostenibilità e valorizzazione del personale e dei professionisti del SSR
- innovazione e sviluppo
- miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'attività amministrativa
- integrazione tra ospedale e territorio
- integrazione socio sanitaria

1.4 L'Azienda in cifre

Si riportano, in sintesi, alcuni dati di attività riferiti al triennio 2023 - 2025, al fine di fornire un quadro di riferimento generale.

Tab. 1 Produzione strutture pubbliche ASL – Ricovero ospedaliero

Tipologia Struttura	Ordinamento	Descrizione Strutture	2022*	2023	2024
			Numero Casi	Numero Casi	Numero Casi
Presidio ASL	1	PO Ariano Irpino	2.321	4.786	4.559***
	2	PO G. Criscuoli - S. Angelo dei Lombardi	1.121	1.406	1.496
		Fondazione Don Gnocchi Onlus	//	679**	843****
Totale complessivo			3.442	6.871	6.898

Dati estratti dal software ControlSDO

* Fonte Dati dwh Santec (Area attività-Ricoveri-analisi Olap)

**Dati Don Gnocchi fino al 30/09/2023

***Dati privi di dicembre 2024 e integrazioni

**** Dati privi di dicembre 2024

Tab. 2 Produzione strutture private accreditate ASL – Ricovero ospedaliero

Tipologia Struttura	ordinamento	Descrizione Strutture	2022*	2023	2024
			Numero Casi	Numero Casi	Numero Casi
Case di Cura Accreditate	1	Pineta Grande (Ex Villa Ester)	1.185	1.701	1042 *
	2	Villa Maria - Baiano	121	397	519
	3	S. Rita - Atripalda (AV)	2.239	3.398	3863
	4	Villa Maria - Mirabella Eclano	1.154	1.701	1696
	5	Montevergine - Mercogliano	4.318	6.722	6226
	6	Malzoni Villa dei Platani - Avellino	5.911	9.030	8916
	7	Villa dei Pini - Avellino	230	468	475
		Totale complessivo	15.158	23.417	22737

* Fonte Dati dwh Santec (Area attività-Ricoveri-analisi Olap)

* Ha terminato le attività il 21/06/2024

Tab. 3 Produzione delle strutture pubbliche ASL: Attività specialistica ambulatoriale

Descrizione Strutture	2022**		2023**		2024***	
	Prestazione	Valore	Prestazione	Valore	Prestazione	Valore
DISTRETTI SANITARI	152.104	2.115.505,15 €	121.820	2.203.153,96 €	147.313	2.670.274,31 €
P.O. ARIANO IRPINO	63.344	2.000.310,37 €	289.163	2.724.448,97 €	348.076	3.271.782,35 €
P.O. SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	172.624	2.833.615,01 €	304.527	3.225.920,24 €	393.282	3.415.405,58 €
STRUTTURA POLIFUNZIONALE PER LA SALUTE – BISACCIA -SPS	37.517	141.669,40 €	1.442	24.243,81 €	1.363	24.861,89 €
Totale complessivo	525.589	7.091.099,93 €	716.952	8.177.766,98 €	890.034	9.382.324,13 €

** Fonte Dati modello STS21 Tableau Soresa (dwh-sanita.soresa.it)

***Fonte Dati modello STS21 Tableau Soresa (dwh-sanita.soresa.it) – dati aggiornati al 29/12/2024

Tab. 4 Attività di prevenzione (dati monitoraggio LEA)

Attività	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Vigilanza (cantieri, agricoltura, mal. Professionali, ulteriori comparti)	689	657	707
Indagini epidemiologiche	134	337	286
Indagini epidemiologiche Covid 19	//	//	//
Copertura vaccinale dei bambini a 24 mesi per ciclo base (%)	98	96	97
Copertura vaccinale dei bambini a 24 mesi per MPR (%)	96	95	95
Screening mammella (%)	16	18	25
Screening cervice uterina (%)	11	14	18
Screening colon retto (%)	9	5	10

Tab. 5 Produzione strutture pubbliche ASL - CD (cure domiciliari)

Indicatore	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI (%)	2,49	5,33	10,8
Percentuale di ultrasessantacinquenni sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro 2 giorni dalla dimissione ospedaliera (%)	56,52	76,69	63,71

Tab. 6 Dati di attività del Dipartimento di Salute Mentale (anno 2024)

Struttura	Numero pz. In carico	Numero prime visite	Numero visite di controllo	Numero visite domiciliare	Prestazioni psicologiche	Numero ricoveri in TSO – TSV
UOSM N. 1 Ariano Irpino	1.985	341	3.092	681	786	TSV 5 TSO 6 TOTALE 11
UOSM N. 1 S. Angelo dei Lombardi	2.006	513	997	641	236	TSV 7 TSO 1 TOTALE 8
UOSM N. 2 Avellino sede di Monteforte I.	2.209	673	4.674	329	1575	TSV TSO 3 TOTALE 3
UOSM N. 2 Avellino sede di Atripalda	1.314	140	3.505	160	328	TSV 8 TSO 5 TOTALE 13
DCA di Solofra	52	36	348	Visite nutrizionistiche 386	623	
				Numero Consulenze		
SPDC				1.305		TSV 295 TSO 55 TOTALE 350
SERD di Avellino	1.478	124	3.680		7.377	
SERD di Grottaminarda	300	129	2.700		1.233	

NEUROPSICHIATRIA DELL' INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	
Prestazioni NPIA	10.866
Prestazioni Psicologiche	9.266
Prestazioni Logopediche	9.956
Prestazioni Assistenti Sociali	1.249
Prestazioni TDR	1.071
Prestazioni Totali	25.408

Tab. 7 Dati economici

Voce	Bilancio esercizio 2022 (euro)	Bilancio esercizio 2023 (euro)	Bilancio previsione 2024 (euro)
Valore della produzione	791.483.738,47	830.443.668,12	770.251.258,00
Costi della produzione	788.074.326,96	831.217.859,78	762.944.858,00
Differenza tra valore e costo della produzione	3.409.411,51	-774.191,66	7.306.400,00
Proventi e oneri finanziari	-182.305,47	-23.730,04	-73.400,00
Proventi e oneri straordinari	4.354.349,40	9.048.559,31	0,00
Risultato di esercizio prima delle imposte	7.581.455,44	8.250.637,61	7.233.000,00
Imposte e tasse	7.498.876,32	-8.246.361,46	- 7.233.000,00
Risultato di esercizio	82.579,12	4.276,15	0,00

Dati UOC Contabilità Generale

1.5 Analisi del contesto esterno

Il vasto territorio della Azienda Sanitaria Locale Avellino (estensione territoriale di 2.806,07 Km² circa.) si compone di due comprensori con caratteristiche diverse.

Il territorio che si estende ad est della provincia, di circa 1950 Km², a confine a nord - est con la Regione Puglia e a sud - est con la Basilicata, a cavallo dell'Appennino Campano, sul quale insistono n. 54 piccoli Comuni, è per la quasi totalità collinare e montuoso (ben tre comunità montane), penalizzato da una insufficiente dinamica dei collegamenti interni che ha indotto un forte senso di appartenenza territoriale. Esistono almeno 3 realtà territoriali ancora scarsamente integrate fra loro (Arianese - Valle del Calore - Alta Irpinia). Questo comprensorio è caratterizzato inoltre da un ridotto numero di abitanti con densità abitativa piuttosto bassa che raggiunge un minimo di circa 60,27 ab/Km² nel comprensorio territoriale dell'Alta Irpinia; da una popolazione con notevole presenza di anziani con prevalenza degli over 65 sugli under 15; da una difficile viabilità interna con segregazione di fatto di alcune zone rispetto ad altre. È costante il calo demografico dovuto all'invecchiamento della popolazione e alla ripresa del fenomeno dell'emigrazione per motivi di lavoro.

L'altra parte di territorio, ad ovest della provincia, di circa 856 Km², ha una densità di popolazione notevolmente superiore alla precedente, e si estende nello spazio geografico definito la "Conca" di Avellino, un'ampia ed irregolare depressione posta tra le masse rilevate dell'Appennino e dell'Anti appennino campani. Il massiccio del Partenio a ovest e i monti di Lauro a sud chiudono e dividono la Conca rispetto al beneventano e alla piana campana. Il massiccio del Terminio la separa ad est e a sud - est dalla piana di Salerno e rilievi minori ne orlano il lato nord - est delineando il passaggio verso la Puglia. I Comuni serviti in questa parte del territorio sono 64. L'ASL di Avellino confina con le ASL Salerno, Napoli 3 Sud e Benevento.

I tempi di percorrenza con l'utilizzo della rete stradale sono relativamente lunghi ad eccezione dei paesi che si trovano nelle vicinanze delle tre grandi arterie che attraversano il territorio ad est della provincia:

- l'autostrada Napoli - Bari che da ovest verso est tocca i Comuni di Mirabella, Grottaminarda, Vallata e Lacedonia;
- la statale Ofantina bis (Contursi - Avellino) che tocca i Comuni di Calabritto, Caposele, Lioni, Nusco, Montella.
- la statale Ofantina che partendo dai confini della Puglia si svolge lungo il letto del fiume Ofanto e tocca i comuni di Calitri e Monteverde, per poi ricongiungersi all'altezza di Lioni con la precedente arteria.

Le comunicazioni attraverso la rete ferroviaria sono attualmente non sufficienti ma in via di implementazione.

Il collegamento con autolinee regionali è assicurato in gran parte dei Comuni, con una frequenza di corse talvolta ridotta, per cui per i collegamenti fra i diversi paesi e quindi con le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali bisogna ricorrere all'uso di mezzi privati.

L'ambito territoriale dell'Azienda coincide con il territorio della Provincia di Avellino e comprende 118 comuni per una superficie totale di 2806,07 Km^q; una densità abitativa media di 142,1 ab/Km^q ed una popolazione complessiva di n. **396.973**.

(Fonte ISTAT al 01.01.2024)



Tab. 8 Il territorio di competenza

Popolazione residente	n. 396.973
Popolazione straniera residente	n. 14.807
Kmq	<u>2806,07 Kmq</u>
Densità Abit. /kmq	<u>141,5</u>
Sede legale	Avellino – Via degli Imbimbo 10/12
Comuni	n. 118
Distretti	n. 6
	Comuni afferenti ad ogni Distretto
DISTRETTO 01 di Ariano Irpino (Presidi sanitari distrettuali di Mirabella, Vallata e Grottaminarda) Popolazione residente 79.283	Ariano Irpino, Bonito, Carife, Casalbore, Castel Baronia, Flumeri, Fontanarosa, Frigento, Gesualdo, Greci, Grottaminarda, Luogosano, Melito Irpino, Mirabella Eclano, Montaguto, Montecalvo Irpino, Paternopoli, San Nicola Baronia, San Sossio Baronia, Sant'Angelo all'Esca, Savignano Irpino, Scampitella, Sturno, Taurasi, Trevico, Vallata, Vallesaccarda, Villanova del Battista, Zungoli.
DISTRETTO 02 di Monteforte Irpino Popolazione residente 35.303	Contrada, Forino, Mercogliano, Monteforte Irpino, Ospedaletto d'Alpinolo, Sant'Angelo a Scala, Summonte.
DISTRETTO 03 di Sant'Angelo dei Lombardi (Presidi sanitari distrettuali di Montella e Calitri) Popolazione residente 56.838	Andretta, Aquilonia, Bagnoli Irpino, Bisaccia, Cairano, Calabritto, Calitri, Caposele, Cassano Irpino, Castelfranci, Conza della Campania, Guardia dei Lombardi, Lacedonia, Lioni, Montella, Monteverde, Morra De Sanctis, Nusco, Rocca San Felice, Sant'Andrea di Conza, Sant'Angelo dei Lombardi, Senerchia, Teora, Torella dei Lombardi, Villamaina.
DISTRETTO 04 di Avellino (Presidi sanitari distrettuali di Altavilla e Cervinara) Popolazione residente 91.072	Altavilla Irpina, Avellino, Capriglia Irpina, Cervinara, Chianche, Grottolella, Montefredane, Petruro Irpino, Pietrastornina, Prata di Principato Ultra, Pratola Serra, Roccabascerana, Rotondi, San Martino Valle Caudina, Torrioni, Tufo.
DISTRETTO 05 di Atripalda (Presidi sanitari distrettuali di Montemiletto e Montoro) Popolazione residente 95.877	Aiello del Sabato, Atripalda, Candida, Castelvetero sul Calore, Cesinali, Chiusano di San Domenico, Lapio, Manocalzati, Montefalcione, Montefusco, Montemarano, Montemiletto, Montoro, Parolise, Pietradefusi, Salza Irpina, San Mango sul Calore, San Michele di Serino, San Potito Ultra, Santa Lucia di Serino, Santa Paolina, Santo Stefano del Sole, Serino, Solofra, Sorbo Serpico, Torre Le Nocelle, Venticano, Volturara Irpina.
DISTRETTO 06 di Baiano (Presidio sanitario distrettuale di Lauro) Popolazione residente 38.600	Avella, Baiano, Domicella, Lauro, Marzano di Nola, Moschiano, Mugnano del Cardinale, Pago del Vallo di Lauro, Quadrelle, Quindici, Sirignano, Sperone, Taurano.

Tab. 9 Popolazione per Distretto

Distretto 01 - Ariano Irpino - Comuni n. 29															
COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	Maschi	Femmine	TOTALE	Ind. Vecc	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutt.le
Ariano Irpino	1.183	1.129	2.312	6.599	6.650	13.249	2.414	2.914	5.328	10.196	10.693	20.889	230,45	40,21	57,66
Bonito	113	114	227	759	713	1.472	233	284	517	1.105	1.111	2.216	227,75	35,12	50,54
Carife	59	61	120	389	377	766	165	213	378	613	651	1.264	315,00	49,35	65,01
Casalbore	78	68	146	480	486	966	200	242	442	758	796	1.554	302,74	45,76	60,87
Castel Baronia	53	62	115	325	336	661	132	142	274	510	540	1.050	238,26	41,45	58,85
Flumeri	144	165	309	738	746	1.484	333	361	694	1.215	1.272	2.487	224,60	46,77	67,59
Fontanarosa	148	155	303	894	892	1.786	356	422	778	1.398	1.469	2.867	256,77	43,56	60,53
Frigento	158	166	324	1.142	1.097	2.239	413	448	861	1.713	1.711	3.424	265,74	38,45	52,93
Gesualdo	181	168	349	1.031	991	2.022	381	455	836	1.593	1.614	3.207	239,54	41,35	58,61
Greci	27	30	57	160	138	298	105	124	229	292	292	584	401,75	76,85	95,97
Grottole	481	463	944	2.500	2.498	4.998	776	920	1.696	3.757	3.881	7.638	179,66	33,93	52,82
Luogosano	54	55	109	393	336	729	107	123	230	554	514	1.068	211,01	31,55	46,50
Melito Irpino	128	91	219	570	556	1.126	196	239	435	894	886	1.780	198,63	38,63	58,08
Mirabella Eclano	350	342	692	2.182	2.123	4.305	780	917	1.697	3.312	3.382	6.694	245,23	39,42	55,49
Montaguto	11	4	15	94	99	193	55	75	130	160	178	338	866,67	67,36	75,13
Montecalvo Irpino	168	161	329	1.009	1.007	2.016	412	530	942	1.589	1.698	3.287	286,32	46,73	63,05
Paternopoli	127	101	228	669	639	1.308	259	315	574	1.055	1.055	2.110	251,75	43,88	61,31
San Nicola Baronia	47	54	101	246	230	476	84	107	191	377	391	768	189,11	40,13	61,34
San Sossio Baronia	85	89	174	450	446	896	186	225	411	721	760	1.481	236,21	45,87	65,29
Sant'Angelo all'Esca	28	35	63	226	214	440	108	106	214	362	355	717	339,68	48,64	62,95

Savignano Irpino	65	50	115	323	278	601	145	167	312	533	495	1.028	271,30	51,91	71,05
Scampitella	27	36	63	296	283	579	171	202	373	494	521	1.015	592,06	64,42	75,30
Sturno	144	156	300	881	872	1.753	333	370	703	1.358	1.398	2.756	234,33	40,10	57,22
Taurasi	113	85	198	675	685	1.360	268	296	564	1.056	1.066	2.122	284,85	41,47	56,03
Trevico	36	41	77	254	232	486	113	150	263	403	423	826	341,56	54,12	69,96
Vallata	150	138	288	768	774	1.542	298	359	657	1.216	1.271	2.487	228,13	42,61	61,28
Vallesaccarda	76	70	146	381	378	759	143	175	318	600	623	1.223	217,81	41,90	61,13
Villanova del Battista	63	64	127	464	457	921	186	234	420	713	755	1.468	330,71	45,60	59,39
Zungoli	39	30	69	280	301	581	127	158	285	446	489	935	413,04	49,05	60,93
TOTALI	4.336	4.183	8.519	25.178	24.834	50.012	9.479	11.273	20.752	38.993	40.290	79.283	243,60	41,49	58,53

Distretto 02 - Monteforte Irpino - Comuni n. 7

COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	Maschi	Femmine	TOTALE	Ind. Vecc	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutt.le
Monteforte Irpino	813	707	1520	3.962	3.770	7.732	1.022	1.155	2.177	5.797	5.632	11.429	143,22	28,16	47,81
Contrada	195	185	380	988	936	1.924	298	315	613	1.481	1.436	2.917	161,32	31,86	51,61
Forino	344	319	663	1.873	1.687	3.560	445	551	996	2.662	2.557	5.219	150,23	27,98	46,60
Mercogliano	645	664	1309	3.803	3.813	7.616	1.187	1.456	2.643	5.635	5.933	11.568	201,91	34,70	51,89
Ospedaletto d'Alpinolo	126	136	262	651	662	1.313	189	222	411	966	1.020	1.986	156,87	31,30	51,26
Sant'Angelo a Scala	28	29	57	302	186	488	65	87	152	395	302	697	266,67	31,15	42,83
Summonte	82	84	166	486	485	971	178	172	350	746	741	1.487	210,84	36,05	53,14
TOTALI	2233	2124	4.357	12.065	11.539	23.604	3.384	3.958	7.342	17.682	17.621	35.303	168,51	31,10	49,56

Distretto 03 - Sant' Angelo dei Lombardi - Comuni n. 25

COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	Maschi	Femmine	TOTALE	Ind. Vecc	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutt.le
Sant'Angelo dei Lombardi	205	180	385	1250	1152	2402	467	523	990	1922	1855	3777	257,14	41,22	57,24
Andretta	61	82	143	555	504	1059	198	266	464	814	852	1666	324,48	43,81	57,32
Aquilonia	61	42	103	503	413	916	183	233	416	747	688	1435	403,88	45,41	56,66
Bagnoli Irpino	136	156	292	1008	929	1937	382	415	797	1526	1.500	3026	272,95	41,15	56,22
Bisaccia	210	184	394	1133	1053	2186	446	506	952	1789	1.743	3532	241,62	43,55	61,57
Cairano	8	13	21	79	76	155	52	58	110	139	147	286	523,81	70,97	84,52
Calabritto	111	112	223	650	639	1289	290	342	632	1051	1.093	2144	283,41	49,03	66,33
Calitri	191	178	369	1267	1197	2464	577	778	1355	2035	2.153	4188	367,21	54,99	69,97
Caposele	200	199	399	1022	1010	2032	370	433	803	1592	1.642	3234	201,25	39,52	59,15
Cassano Irpino	60	51	111	317	311	628	102	114	216	479	476	955	194,59	34,39	52,07
Castelfranci	81	88	169	545	535	1080	230	262	492	856	885	1741	291,12	45,56	61,20
Conza della Campania	70	70	140	411	383	794	145	187	332	626	640	1266	237,14	41,81	59,45
Guardia Lombardi	79	54	133	451	461	912	206	250	456	736	765	1501	342,86	50,00	64,58
Lacedonia	78	80	158	692	614	1306	253	315	568	1023	1.009	2032	359,49	43,49	55,59
Lioni	384	377	761	1878	1887	3765	634	764	1398	2896	3.028	5924	183,71	37,13	57,34
Montella	438	429	867	2320	2315	4635	795	988	1783	3553	3.732	7285	205,65	38,47	57,17
Monteverde	27	37	64	229	213	442	91	101	192	347	351	698	300,00	43,44	57,92
Morra De Sanctis	56	50	106	333	330	663	144	201	345	533	581	1114	325,47	52,04	68,02
Nusco	214	203	417	1207	1201	2408	450	554	1004	1871	1.958	3829	240,77	41,69	59,01
Rocca San Felice	42	35	77	238	225	463	102	130	232	382	390	772	301,30	50,11	66,74
Sant'Andrea di Conza	58	59	117	488	410	898	147	240	387	693	709	1402	330,77	43,10	56,12
Senerchia	30	21	51	258	226	484	99	84	183	387	331	718	358,82	37,81	48,35
Teora	90	68	158	431	427	858	208	238	446	729	733	1462	282,28	51,98	70,40

Torella dei Lombardi	100	100	200	636	630	1266	217	276	493	953	1.006	1959	246,50	38,94	54,74
Villamaina	54	49	103	255	312	567	110	112	222	419	473	892	215,53	39,15	57,32
TOTALI	3044	2917	5.961	18.156	17.453	35.609	6898	8370	15.268	28.098	28.740	56.838	256,13	42,88	59,62

Distretto 04 - Avellino - Comuni n. 16															
COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	Maschi	Femmine	TOTALE	Ind. Vecc	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutt.le
Avellino	2.827	2.716	5.543	16.222	17.131	33.353	5.601	7.624	13.225	24.650	27.471	52.121	238,59	39,65	56,27
Altavilla Irpina	249	221	470	1.235	1.210	2.445	429	529	958	1.913	1.960	3.873	203,83	39,18	58,40
Capriglia Irpina	158	131	289	718	728	1.446	228	253	481	1.104	1.112	2.216	166,44	33,26	53,25
Cervinara	514	495	1.009	2.804	2.840	5.644	899	1.096	1.995	4.217	4.431	8.648	197,72	35,35	53,22
Chianche	20	17	37	164	130	294	64	69	133	248	216	464	359,46	45,24	57,82
Grottolella	101	98	199	626	592	1.218	200	206	406	927	896	1.823	204,02	33,33	49,67
Montefredane	130	103	233	720	678	1.398	224	277	501	1.074	1.058	2.132	215,02	35,84	52,50
Petruo Irpino	23	17	40	87	78	165	43	47	90	153	142	295	225,00	54,55	78,79
Pietrastornina	86	77	163	476	419	895	160	206	366	722	702	1.424	224,54	40,89	59,11
Prata di Principato Ultra	163	161	324	947	865	1.812	239	304	543	1.349	1.330	2.679	167,59	29,97	47,85
Pratola Serra	217	228	445	1.189	1.189	2.378	365	400	765	1.771	1.817	3.588	171,91	32,17	50,88
Roccabascerana	132	131	263	801	727	1.528	265	294	559	1.198	1.152	2.350	212,55	36,58	53,80
Rotondi	241	176	417	1.180	1.078	2.258	333	402	735	1.754	1.656	3.410	176,26	32,55	51,02
San Martino Valle Caudina	316	287	603	1.576	1.518	3.094	488	611	1.099	2.380	2.416	4.796	182,26	35,52	55,01
Torrioni	15	8	23	182	132	314	71	66	137	268	206	474	595,65	43,63	50,96
Tufo	38	27	65	247	238	485	105	124	229	390	389	779	352,31	47,22	60,62

	5.230	4.893	10.123	29.174	29.553	58.727	9.714	12.508	22.222	44.118	46.954	91.072	219,52	37,84	55,08
--	-------	-------	--------	--------	--------	--------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	-------	-------

Distretto 05 - Atripalda - Comuni n. 28

COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	Maschi	Femmine	TOTALE	Ind. Vecc	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutt.le
Atripalda	563	598	1.161	3.371	3.481	6.852	1.021	1.310	2.331	4.955	5.389	10.344	200,78	34,02	50,96
Aiello del Sabato	288	220	508	1.366	1.385	2.751	340	396	736	1.994	2.001	3995	144,88	26,75	45,22
Candida	74	65	139	400	357	757	96	111	207	570	533	1103	148,92	27,34	45,71
Castelvetere Sul Calore	83	83	166	476	438	914	189	212	401	748	733	1481	241,57	43,87	62,04
Cesinali	150	161	311	888	873	1.761	228	255	483	1.266	1.289	2555	155,31	27,43	45,09
Chiusano S. Domenico	130	98	228	655	665	1.320	238	287	525	1.023	1.050	2073	230,26	39,77	57,05
Lapio	82	62	144	481	448	929	169	197	366	732	707	1439	254,17	39,40	54,90
Manocalzati	167	151	318	1.070	991	2.061	309	341	650	1.546	1.483	3029	204,40	31,54	46,97
Montefalcione	155	142	297	1.001	981	1.982	348	433	781	1.504	1.556	3060	262,96	39,40	54,39
Montefusco	48	57	105	401	366	767	148	172	320	597	595	1192	304,76	41,72	55,41
Montemarano	141	136	277	818	748	1.566	344	417	761	1.303	1.301	2604	274,73	48,60	66,28
Montemiletto	276	284	560	1.657	1.593	3.250	596	652	1.248	2.529	2.529	5058	222,86	38,40	55,63
Montoro	1431	1420	2.851	6.601	6.449	13.050	1.653	1.827	3.480	9.685	9.696	19381	122,06	26,67	48,51
Parolise	34	33	67	201	200	401	76	85	161	311	318	629	240,30	40,15	56,86
Pietradefusi	90	65	155	659	599	1.258	227	278	505	976	942	1918	325,81	40,14	52,46
Salza Irpina	41	27	68	224	237	461	102	100	202	367	364	731	297,06	43,82	58,57
San Mango Sul Calore	65	31	96	392	330	722	130	158	288	587	519	1106	300,00	39,89	53,19
San Michele di Serino	160	104	264	832	808	1.640	223	282	505	1.215	1.194	2409	191,29	30,79	46,89
San Potito Ultra	78	69	147	480	501	981	154	194	348	712	764	1476	236,73	35,47	50,46

Santa Lucia di Serino	85	94	179	426	425	851	143	186	329	654	705	1359	183,80	38,66	59,69
Santa Paolina	55	60	115	372	349	721	142	180	322	569	589	1158	280,00	44,66	60,61
Santo Stefano del Sole	110	95	205	696	684	1.380	214	253	467	1.020	1.032	2052	227,80	33,84	48,70
Serino	407	395	802	2.269	2.136	4.405	707	839	1.546	3.383	3.370	6753	192,77	35,10	53,30
Solofra	790	796	1.586	4.050	4.030	8.080	1.089	1.266	2.355	5.929	6.092	12021	148,49	29,15	48,77
Sorbo Serpico	26	21	47	189	171	360	53	65	118	268	257	525	251,06	32,78	45,83
Torre Nocelle	55	64	119	423	394	817	133	153	286	611	611	1222	240,34	35,01	49,57
Venticano	135	130	265	728	720	1.448	264	305	569	1.127	1.155	2282	214,72	39,30	57,60
Vulturara Irpina	143	164	307	928	908	1.836	338	441	779	1.409	1.513	2922	253,75	42,43	59,15
	5862	5625	11.487	32.054	31.267	63.321	9.674	11.395	21.069	47.590	48.287	95.877	183,42	33,27	51,41

Distretto 06 - Baiano - Comuni n. 13

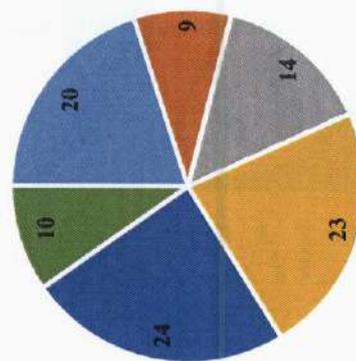
COMUNE	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	Maschi	Femmine	TOTALE	Ind. Vecc	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutt.le
Baiano	261	258	519	1.412	1.431	2.843	439	585	1.024	2.112	2.274	4.386	197,30	36,02	54,27
Avella	517	510	1.027	2.402	2.538	4.940	715	804	1.519	3.634	3.852	7.486	147,91	30,75	51,54
Domicella	138	128	266	632	598	1.230	153	181	334	923	907	1.830	125,56	27,15	48,78
Lauro	206	186	392	1.032	1.082	2.114	340	442	782	1.578	1.710	3.288	199,49	36,99	55,53
Marzano di Nola	113	115	228	547	528	1.075	134	195	329	794	838	1.632	144,30	30,60	51,81
Mosciano	99	119	218	513	528	1.041	144	170	314	756	817	1.573	144,04	30,16	51,10
Mugnano del Cardinale	343	289	632	1.774	1.653	3.427	509	601	1.110	2.626	2.543	5.169	175,63	32,39	50,83
Pago del Vallo di Lauro	124	100	224	551	590	1.141	159	179	338	834	869	1.703	150,89	29,62	49,26
Quadrelle	118	129	247	619	628	1.247	174	197	371	911	954	1.865	150,20	29,75	49,56

Quindici	116	105	221	561	1.106	200	240	440	877	890	1.767	199,10	39,78	59,76
Sirignano	224	201	425	949	1.918	224	275	499	1.397	1.445	2.842	117,41	26,02	48,18
Sperone	246	232	478	1.175	2.409	333	376	709	1.754	1.842	3.596	148,33	29,43	49,27
Taurano	93	85	178	475	955	140	190	330	708	755	1.463	185,39	34,55	53,19
	2.598	2.457	5.055	12.642	12.804	25.446	4.435	8.099	18.904	19.696	38.600	160,22	31,83	51,69

TOTALE POPOLAZIONE														
ASL Avellino	Maschi	Femmine	0 - 14	Maschi	Femmine	15 - 64	Maschi	Femmine	> 65	Maschi	Femmine	Totale	Ind. Dip. Anziani	Ind. Dip. Strutt.le
	23.303	22.199	45.502	129.269	127.450	256.719	42.813	51.939	94.752	195.385	201.588	396.973	208,24	54,63

ASL AVELLINO POPOLAZIONE DISTRETTUALE

- DS01 ARIANO I.
- DS02 MONTEFORTE I.
- DS03 S. ANGELO DEI LOMBARDI
- DS04 AVELLINO
- DS05 ATRIPALDA
- DS06 BAIANO



Popolazione da 65 a 100 e più aa 94.752 (23% sul totale):

di cui 42.813 maschi e 51.939 femmine

Popolazione da 0 – 14 aa 45.502 (11 % sul totale):

di cui 23.303 maschi e 22.199 femmine

Popolazione straniera residente 14.807 di cui 7.113 maschi e 7.694 femmine

TOTALE POPOLAZIONE: 396.973 (di cui maschi 195.385 e femmine 201.588) + **14.807** popolazione straniera = **411.780**

(Dati Istat 01.01.2024)

Tab. 10. Popolazione residente all'1.1.2024 distinta per grandi classi d'età e per Distretto.

Classe d'età	Distretto						Totale	% Stranieri
	Ariano Irpino	Monteforte Irpino	S. Angelo dei L.	Avellino	Atripalda	Baiano		
0-14	8.519	4.357	5.961	10.123	11.487	5.055	45.502	4,2%
15-64	50.012	23.604	35.609	58.727	63.321	25.446	256.719	4,7%
65 e oltre	20.752	7.342	15.268	22.222	21.069	8.099	94.752	0,9%
TOTALE	79.283	35.303	56.838	91.072	95.877	38.600	396.973	3,7%

1.6 Analisi del contesto interno

Di seguito si descrivono, in breve, le attuali articolazioni dell'Azienda.

- ✓ La Direzione Aziendale che è composta dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo dal Direttore Sanitario, ed esercita il governo strategico dell'Azienda;
- ✓ Il Dipartimento strategico che supporta la Direzione nei processi di pianificazione strategica, di sviluppo delle risorse umane, delle politiche della qualità e del governo clinico, nonché del controllo di gestione, di governo delle attività territoriali ed ospedaliere;
- ✓ Le funzioni di supporto amministrativo e tecnico, essenziali per il corretto funzionamento dei processi aziendali di gestione delle risorse e di erogazione dei servizi ai cittadini;
- ✓ Il territorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino è suddiviso in 6 Distretti Sanitari:
 - Distretto 01 – Ariano I.
 - Distretto 02 - Monteforte
 - Distretto 03 – S. Angelo dei Lombardi
 - Distretto 04 - Avellino
 - Distretto 05 - Atripalda
 - Distretto 06 - Baiano
- ✓ La Rete Ospedaliera Aziendale è costituita da due ospedali:
 - Ospedale "Frangipane – Bellizzi" di Ariano Irpino
 - Ospedale "Criscuoli – Frieri" di S. Angelo dei Lombardi
- ✓ La struttura Polifunzionale per la Salute – SPS di Bisaccia;
- ✓ Il Dipartimento di Salute Mentale è il riferimento ed il garante per la presa in carico dei bisogni di salute mentale della popolazione, anche detenuta. All'interno del Dipartimento sono inseriti i Servizi per la Tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età infantile ed evolutiva ed i Servizi per le Dipendenze Patologiche;
- ✓ Il Dipartimento di Prevenzione è la principale articolazione di riferimento per il macrolivello dei LEA – Area "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" ed assicura le funzioni di screening sul territorio.

L'Azienda, inoltre, opera mediante strutture private accreditate, presenti nel territorio provinciale: Case di Cura, hospice, RSA, strutture ambulatoriali, rete laboratoristica, strutture riabilitative ex art. 26 L. 833/1978, strutture riabilitative psichiatriche, stabilimenti termali.

Tab. 11 Articolazioni aziendali

La Rete Ospedaliera della ASL		
	Presidio Ospedaliero S. Ottone Frangipane di Ariano I. Presidio Ospedaliero Criscuoli Frieri di S. Angelo dei L.	n. p. l. totale 330 + 18 SPDC + 8 DH SPDC totale n. 356 p.l.
Le Strutture Territoriali		
Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) di Bisaccia		
Pain Control Center Hospice		n. 10 p.l. per adulti
RSA pubblica R3D disabili		n. 20 p.l.
Speciali Unità per l'Accoglienza Permanente – SUAP per i pazienti in SV e di MC		n. 10 p.l. per adulti
Struttura Intermedia Residenziale per il trattamento di pazienti psichiatriche Estensiva - SIRE		n. 18 p.l.
Ospedale di Comunità - OdC		n. 10 p.l.
Hospice		
Hospice	Pain Control Center Hospice di Solofra	n. 12 p.l.
SIRE pubblica		
SIRE pubblica	S. Nicola Baronia	n. 10 p.l.
RSA pubblica		
RSA pubblica	RSA Anziani di Nusco e Modulo Demenze n. 48 p.l. in corso processo di riconversione in R3 n. 40p.l. ed R2D n. 8 pl. e CDCD	n. 48 p.l.
Centro Alzheimer Pubblico		
Centro Alzheimer Pubblico	Centro Diurno di Avellino	n. 10 posti
Centro per l'Autismo		
Centro per l'Autismo	Centro diurno per l'Autismo di S. Angelo dei L.	n. 20 posti giovani adulti + 10 posti adolescenti
Centro Riabilitazione		
Centro Riabilitazione	Centro Riabilitazione Età Evolutiva - Centro Australia di Avellino	ambulatoriale
REMS		
REMS	REMS di S. Nicola Baronia	n. 20 p.l.
Strutture per l'Assistenza Penitenziaria		
Strutture per l'Assistenza Penitenziaria	Articolazione funzionale del Carcere di Sant'Angelo dei Lombardi	n.10 p.l.
CAD pubblico		
CAD pubblico	Centro Antidiabetico di Lioni Centro Antidiabetico di Montoro	ambulatoriale
Postazioni 118		
Postazioni 118	n. 16 di cui 1 PSAUT presso SPS Bisaccia n. 15 postazioni STIE n. 1 CMR	
Consultori		
Consultori	n. 15	
Ambulatori vaccinali		
Ambulatori vaccinali	n. 18	
Convenzionati		
Convenzionati	MMG (gennaio 2025)	n. 250
Convenzionati	PLS (gennaio 2025)	n. 36
Convenzionati	Medici Continuità Assistenziale (gennaio 2025)	n. 86 titolari n. 135 sostituti
Convenzionati	Specialisti ambulatoriali distrettuali	ore totali n. 4.256
Convenzionati	Medici SAUT (gennaio 2025)	n. 11 convenzionati

Strutture Private Accreditate con il SSR

Strutture	Case di Cura *	n. 6 *
	Laboratori	n. 24
	Aggregazioni Laboratoristiche	n. 4
	Radiodiagnostica	n. 7
	Radioterapia	n. 1
	Medicina Nucleare in vivo	n. 1
	Diagnostica Cardiovascolare	n. 2
	Centro specialistico Neurologico	n. 1
	Centro Odontoiatrico	n. 1
	Centri Antidiabetici	n. 3
	Centri di Dialisi	n. 8
	Strutture residenziali Psichiatriche SIRE e SIRI	n. 3
	Riabilitazione ex Art. 26	n. 12
	Recupero e Riabilitazione Funzionale FKT	n. 9
	Speciali Unità di Accoglienza Permanente SUAP	n. 1
	Strutture per le Dipendenze	n. 3
	RSA Anziani	n. 6
	RSA Demenza	n. 2
	RSA Disabili	n. 4
	RSA R2	n. 1
Centro Diurno Disabili	n. 4	
Cure Termali	n. 1	

* n. 7 al 21.06.2024

1.7 Criticità ed opportunità

L'attuazione di nuovi modelli gestionali ed organizzativi rappresentano una necessità e, al contempo, un'opportunità di crescita e di sviluppo dell'organizzazione e del patrimonio professionale, seppure in presenza di un fenomeno di contrazione del numero di operatori sanitari per effetto dei pensionamenti e dei precedenti tagli lineari, che rappresenta tuttora una criticità.

A livello organizzativo, l'opportunità offerta dai programmi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza definiti in ambito regionale per il territorio provinciale, consentono di realizzare interventi e rimodulazioni dei percorsi sanitari e socio sanitari di portata e ambizione inedite. In tale ambito, la principale sfida per l'Azienda riguarda la riorganizzazione territoriale con il potenziamento dell'assistenza e della rete sanitaria, anche attraverso un'attenta pianificazione dei significativi investimenti a valere su finanziamenti specifici. Detta riorganizzazione rappresenta comunque una realtà dal momento che l'Azienda, in linea con il cronoprogramma regionale. Ha realizzato e rese operative le 4 Centrali Operative Territoriali previste.

Inoltre, l'attuazione dell'atto aziendale consente di adottare un sistema di governo delle risorse umane che favorisca ancor di più la valorizzazione delle singole professionalità, grazie alla programmazione di percorsi di sviluppo nel rispetto della normativa vigente e delle somme disponibili nei fondi contrattuali, garantendo stabilità e flessibilità dell'assetto organizzativo.

Sezione 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

In questa sezione del documento sono definite le linee strategiche che l'Azienda intende adottare nel prossimo triennio per creare le migliori condizioni di salute e benessere per i cittadini, inteso appunto come valore pubblico cui orientare gli obiettivi di performance organizzativi ed individuali, che vengono definitivi e monitorati annualmente dall'Azienda.

L'ASL di Avellino attraverso la struttura organizzativa, assicura interventi e servizi sanitari e socio sanitari in qualsiasi contesto assistenziale da quello preventivo, laddove cioè la malattia non si è ancora manifestata, alla cura, con la gestione delle emergenze e delle problematiche complesse, all'assistenza nel livello intermedio per affrontare le cronicità e l'impossibilità di rientro al domicilio, al recupero funzionale a seguito di eventi invalidanti, all'assistenza palliativa e di fine vita. Ciò premesso è evidente che la capacità di accogliere e seguire l'intero percorso della persona attraverso il complesso sistema dei servizi, presuppone da parte dell'Azienda, competenza e disponibilità a progettare individualmente la tipologia di assistenza, definire programmi innovativi, rimodulare gli stessi servizi in funzione dei bisogni, riqualificare il personale ed allocare le risorse seguendo criteri di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

L'Azienda garantisce, inoltre, le pari opportunità contrastando ed eliminando ogni forma di discriminazione diretta e indiretta relativa all'età, alla disabilità, alla religione, all'etnia, all'orientamento sessuale e all'identità di genere, individuando e rimuovendo gli ostacoli che impediscono la realizzazione dell'effettiva uguaglianza e delle pari opportunità sia sull'accesso ai servizi che sui luoghi di lavoro e promuovendo la cultura della tutela dei diritti della persona anche attraverso l'attuazione della Medicina di Genere.

Al fine di sostenere il valore pubblico come descritto, si tracciano di seguito le linee strategiche aziendali:

- **Sviluppo medicina di prossimità**
- **Potenziamento attività ospedaliera**
- **Introduzione servizi digitalizzati, sicurezza dei dati e innovazione strategica del sistema**
- **Equità, pari opportunità, garanzia di accesso alle cure**

La Programmazione strategica aziendale richiede l'opportuna definizione degli obiettivi specifici, dell'allocatione delle risorse e delle modalità operative finalizzate al raggiungimento di tali obiettivi, nel rispetto delle misure di contenimento dei rischi corruttivi e dell'attuazione della trasparenza dell'azione amministrativa e di gestione aziendale.

2.2 Performance

In questa sezione si riportano gli obiettivi che la Asl Avellino intende perseguire, nel prossimo triennio, al fine di incrementare il valore pubblico, ovvero il benessere sanitario e socio sanitario dei cittadini, in linea con la Direttiva Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 novembre 2023 e successiva ad oggetto "nuove indicazioni in materia di misurazione e valutazione della performance individuale".

Nella predisposizione del sistema degli obiettivi sono stati considerati gli obiettivi assegnati al Direttore Generale con DGRC n. 324 del 21.06.2022 e successiva DGRC n. 101 del 04.08.2022 ed il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA/NSG, oltre agli obiettivi operativi della Direzione Strategica annualmente definiti.

In risposta alle specifiche disposizioni normative emanate negli ultimi anni, la Performance aziendale viene inoltre articolata in coerenza con i contenuti della pianificazione dell'Anticorruzione e della Prevenzione della Trasparenza (PTPCT).

2.2.1 Performance ed Obiettivi Regionali

La performance aziendale non può prescindere dagli obiettivi assegnati dalla Regione Campania alle Aziende sanitarie che rappresentano il riferimento principale della programmazione aziendale e che sono legati allo sviluppo delle linee strategiche sulle quali l'azienda fonda la programmazione per il prossimo triennio. L'impianto generale degli obiettivi di performance fa riferimento, pertanto, agli obiettivi assegnati nel 2022 al Direttore Generale della ASL AV con DGRC n. 324 del 21.06.2022 e con DGRC n. 101 del 04.08.2022, nonché la delibera

Aziendale n. 1685 del 09.08.2022, quale presa d'atto delle citate delibere di Giunta regionale, e negli atti ad essa collegati, come di seguito riportati:

Obiettivi Generali

- Il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria.
- Il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali Assistenza.
- Il rispetto dei tempi di pagamento.

Obiettivi specifici

- Garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;
- Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professioni Intramurarie;
- Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;
- Obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022.

Ulteriori obiettivi tematici

- Attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali;
- Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;
- Puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento;

Per quanto riguarda gli obiettivi inerenti le linee di programmazione strategica aziendale riportate nel paragrafo precedente Valore Pubblico, essi sono stati definiti coerentemente con i programmi operativi regionali, con la pianificazione in materia di investimenti in edilizia sanitaria, con la programmazione economico-finanziaria regionale ed aziendale, con le misure attuative del potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR e sono di seguito illustrati.

Detti obiettivi operativi saranno declinati nelle schede di valutazione anno 2025, strumenti di valutazione delle performance aziendali.

2.2.2 Linea strategica n. 1 - Sviluppo della medicina di prossimità

Obiettivi operativi

- Attivazione nuovi Ospedali di Comunità – OdC
- Realizzazione Case di Comunità - CdC
- Attivazione Centrali Operative Territoriali – COT
- Sviluppo dei progetti di telemedicina a sostegno della rete territoriale
- Realizzazione nuove sedi distrettuali
- Attuazione Progetti INMP – Povertà Sanitaria e PNES Regione Campania

Attivazione nuovi Ospedali di Comunità – OdC

La Asl Avellino ha attivato il primo Ospedale di Comunità nel 2021 presso la Struttura Polifunzionale della Salute, come previsto dalla Programmazione Regionale e dal Piano Triennale di Sviluppo e riqualificazione del SSR e nel rispetto della normativa vigente di riferimento.

L'esperienza maturata ad oggi ha evidenziato la rilevanza della presenza di un livello intermedio di ricovero, tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, che consente di fatto di evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente

erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Le nuove strutture, n. 4 Ospedali di Comunità, previsti nel piano di investimenti regionale Missione 6 del PNRR, in corso di finanziamento, saranno realizzati secondo il cronoprogramma definito dal livello regionale:

- OdC di Moschiano (AV)
- OdC di Monteforte I. (AV)
- OdC di Avellino
- OdC di Montella (AV)

Pertanto gli obiettivi operativi per il prossimo triennio, inerenti la realizzazione degli Ospedali di Comunità, sono di seguito illustrati:

Obiettivo operativo	Strutture Coinvolte	Indicatore	2025	2026	2027
Attivazione nuovi Ospedali di Comunità	UOC Tecnico Patrimoniale	Procedura di affidamento SIA per ristrutturazione e/adequamento sedi			Secondo programmazione regionale
	UOC Tecnico Patrimoniale Dipartimento di Prevenzione	Esecuzione lavori e completamento opere	Avvio Lavori per 4 OdC Prosecuzione lavori per 4 OdC	Ultimazione opere	
	UOC Tecnico Patrimoniale UOC Provveditorato UOC SII	Procedura di affidamento per acquisizione beni strumentali ed arredi		procedura per 4 OdC	
	Distretti Sanitari UOC QA/RC UOSD Dipartimento di Prevenzione UOC Cure Primarie UOSD PPA	Definizione piano organizzativo distrettuale		Presenza d'atto Documento Tecnico Regionale di Organizzazione Funzionamento dell'OdC	
	UOC GRU	Avvio procedure di reclutamento risorse umane		Definizione Piano di acquisizione risorse umane	
	Responsabile Esecuzione PNRR Tutte le UU.OO. a vario titolo coinvolte	Attività di rendicontazione e separata periodica e raccordo con gli organi regionali	aggiornamento documento di rendicontazione	aggiornamento documento di rendicontazione	

Realizzazione Case di Comunità – CdC

La Casa di Comunità rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria; è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito.

L'obiettivo è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

La programmazione aziendale prevede la realizzazione di n. 10 CdC:

- CdC di Moschiano (AV) - Distretto di Baiano
- CdC di Monteforte I. (AV) - Distretto di Monteforte
- CdC di Bisaccia (AV) - Distretto di S. Angelo dei L.
- CdC di Lioni (AV) – Distretto di S. Angelo dei L.
- CdC di Lapio (AV) – Distretto di Atripalda
- CdC di Avellino – Distretto di Avellino
- CdC di Montecalvo (AV) – Distretto di Ariano I.
- CdC di Fontanarosa (AV) – Distretto di Ariano I.
- CdC di Montoro (AV) – Di stretto di Montoro
- CdC di Castel Baronia (AV) – Distretto di Ariano I.

Come nel caso degli OdC, anche la realizzazione delle CdC rispetta la tempistica definita a livello regionale. Pertanto Gli obiettivi operativi per il triennio, sono i seguenti:

Obiettivo operativo	Strutture coinvolte		Indicatore	2025	2026	2027
Realizzazione Case di Comunità	UOC Tecnico Manutentivo		Procedura di affidamento SIA per ristrutturazione/adeguamento sedi			Secondo programmazione regionale
	UOC Tecnico Patrimoniale		Esecuzione lavori e completamento opere	Avvio Lavori per 10 CdC Prosecuzione lavori per 10 CdC	Ultimazione opere	

UOC Tecnico Patrimonia le UOC Provvedito rato UOC SII		Procedura di affidamento per acquisizione beni strumentali ed arredi		procedura per 10 CdC
Distretti Sanitari UOC QA/RC Dipartime nto Prevenzion e UOC Cure Primarie UOSD PPA		Definizione piano organizzativo distrettuale		Presenza d'atto Documento Tecnico Regionale di Organizzazio ne e Funzioname nto della CdC
UOC GRU		Avvio procedure di reclutamento risorse umane		Definizione Piano di acquisizione risorse umane
Responsabile Esecuzione PNRR Tutte le UU.OO. a vario titolo coinvolte		Attività di rendicontazio ne separata periodica e raccordo con gli organi regionali	aggiornament o documento di rendicontazio ne	aggiorname nto documento di rendicontazi one

Attivazione Centrali Operative Territoriali – COT

La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi livelli assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza, per i casi che necessitano di interventi in questo ambito.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, attraverso il coordinamento delle azioni nel passaggio dell'utente attraverso i vari servizi.

Le n.4 Centrali Operative Territoriali, di cui una, quella di Avellino, con funzioni di COT Aziendale, sono attive da ottobre 2024 e nello specifico:

- COT di Moschiano (AV) - Distretto di Baiano
- COT di Monteforte (AV) – Distretto di Monteforte
- COT di Vallata (AV) – Distretto di Ariano I.
- COT di Avellino (AV) – Distretto di Avellino

Obiettivo operativo	Strutture Coinvolte	Indicatore	2025	2026	2027
Centrali Operative Territoriali	Distretti Sanitari UOC QA/RC Dipartimento di Prevenzione UOC Cure Primarie UOSD PPA	Implementazione piano organizzativo			
	Distretti Sanitari	Monitoraggio attività delle COT	Report monitoraggio	Report monitoraggio	Report monitoraggio

Sviluppo dei progetti di telemedicina a sostegno della rete territoriale

La ASL Avellino ha introdotto alcuni strumenti innovativi per la gestione delle attività cliniche nell'assistenza domiciliare per i quali è in corso l'implementazione ed il collegamento con gli altri applicativi in uso (telemedicina, teleconsulto, televisita, e-health, ecc.).

Nello sviluppo della medicina di prossimità risulta centrale il ruolo della telemedicina per il miglioramento dell'integrazione delle funzioni e dei processi in ambito socio sanitario, la tempestività dei riscontri clinico assistenziali, la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi. Risulta, pertanto, prioritario l'ulteriore sviluppo degli strumenti di telemedicina per migliorare il monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, per favorire la consultazione anche a distanza fra specialisti e medici che hanno in cura i pazienti.

Ulteriori impegni saranno assunti, a seguito di eventuali direttive regionali sull'attuazione degli interventi di cui al PNRR, in merito alla gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Obiettivo operativo	Strutture Coinvolte	Indicatore	2025	2026	2027
Assicurare sistematicamente e il telemonitoraggio o nella Nutrizione Artificiale Domiciliare	Servizio NAD Direttori di Distretto	Attivazione Telemonitoraggio domiciliare	Implementazione del servizio	Mantenimento del servizio	
Estensione del sistema di teleconsulto, già operativo nella Nutrizione Artificiale Domiciliare, alle strutture residenziali Aziendali	Servizio NAD Direttori di Distretto	n. di strutture per le quali il servizio dovrà essere attivato con piattaforma Sinfonia	Estensione al 100% delle Strutture	Mantenimento del sistema di teleconsulto	

Attivazione della televisita specialistica presso tutti gli ambulatori	Direttori di Distretto PP.OO. UOC SII	Attivazione della Piattaforma Sinfonia di telemedicina	Implementazione	Implementazione	
		Creazione delle agende di prenotazione attraverso il CUP regionale, in relazione all'operatività del livello regionale			
Integrazione tra i Servizi di Tutela della Salute in Carcere e il Dipartimento di Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale UOSD Tutela Salute in Carcere UOC SII	Implementazione e mantenimento teleconsulto su Piattaforma Sinfonia	Nel 100% degli Istituti Penitenziari	Mantenimento del sistema negli Istituti Penitenziari	

Realizzazione nuove sedi distrettuali

La necessità di realizzare una nuova struttura destinata ad ospitare nuove sedi distrettuali, in particolare per il Distretto di Atripalda ed il Distretto di Baiano, mira a fornire alla cittadinanza un nuovo ed unico presidio impegnato ed organizzato per la presa in carico della domanda di salute e cura. Tale innovazione ha lo scopo di garantire migliori livelli di assistenza socio - sanitaria, nell'ottica inoltre del contenimento dei costi, realizzando la cessazione di rapporti di locazione in essere.

Obiettivo operativo	Strutture Coinvolte	Indicatore	2025	2026	2027
Nuovo Distretto di Atripalda	UOC Tecnico Patrimoniale UOC Provveditorato UOC SII Dipartimento di Prevenzione	Realizzazione lavori di ristrutturazione/adeguamento	Completamento dell'opera	Fornitura arredi e tecnologie	
	Direttore Distretto di Atripalda				Implementazione servizi
Nuovo Distretto di Baiano	UOC Tecnico Patrimoniale UOC Provveditorato UOC SII Dipartimento di Prevenzione	Realizzazione lavori di ristrutturazione/adeguamento	Completamento dell'opera	Fornitura arredi e tecnologie	
	Direttore Distretto di Baiano				Implementazione servizi

Attuazione Progetti INMP – Povertà Sanitaria e PNES Regione Campania

L'INMP è Organismo Intermedio (OI) per l'area Contrastare la Povertà sanitaria del Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES), previsto nell'Accordo di Partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027. Il PNES opera con azioni di sistema per migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari in sette Regioni italiane (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia), caratterizzate da maggiori difficoltà nel raggiungere i livelli essenziali di assistenza (LEA). Con le sue 4 aree di intervento (1 - Prendersi cura della salute mentale; 2 - Maggiore copertura degli screening oncologici; 3 - Il genere al centro della cura; 4 - Contrastare la povertà sanitaria), il PNES mira a rafforzare l'organizzazione sanitaria in queste Regioni, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili, frequentemente soggette a barriere economiche, sociali e culturali.

Obiettivo operativo	Strutture Coinvolte	Indicatore	2025	2026	2027
Attuazione Progetti INMP-Povertà Sanitaria	Tutte le Strutture Aziendali per quanto di competenza	Implementazione attività	Secondo cronoprogramma INMP – Regione Campania	Secondo cronoprogramma INMP – Regione Campania	Secondo cronoprogramma
Attuazione Progetti PNES Regione Campania	Tutte le Strutture Aziendali per quanto di competenza	Implementazione attività	Secondo cronoprogramma Regione Campania	Secondo cronoprogramma Regione Campania	

2.2.3 Linea strategica n.2 - Potenziamento attività ospedaliera ed integrazione ospedale territorio

Obiettivi operativi

- Attivazione Nuove Unità Operative/Servizi
- Integrazione funzionale con le altre strutture presenti sul territorio

Attivazione Nuove UU.OO. /Servizi

Nel prossimo triennio proseguirà il percorso basato sulla focalizzazione della rete ospedaliera, ricondotta alla sua specificità di luogo di cura per patologie acute e complesse, attraverso l'adozione di modalità organizzative di offerta dei servizi ospedalieri coerenti con il Piano Ospedaliero Regionale e con l'evolversi della domanda e del bisogno, al fine di garantire una più efficace e concreta tutela della salute pubblica.

La programmazione aziendale prevede, con particolare riguardo, l'implementazione dell'Ospedale "S. Ottone Frangipane - Bellizzi" di Ariano I., con attivazione di nuove unità operative e conseguente sviluppo della sua capacità produttiva, come meglio descritto nel nuovo Atto Aziendale.

Inoltre è prevista la riqualificazione dell'offerta presso il Presidio Ospedaliero di S. Angelo dei Lombardi nell'area della Riabilitazione.

A seguito dell'implementazione suddetta, l'attività ospedaliera dell'Azienda sarà rafforzata sia sulle attività sanitarie e prestazioni ad alta intensità, sia su quelle di media intensità, incrementando complessivamente l'efficacia, l'efficienza e la qualità delle cure.

Obiettivo operativo	Strutture coinvolte	Indicatore	2025	2026	2027
Rendere operativa tramite le COT la procedura per le dimissioni protette	PP.OO. Distretti Sanitari UOC Cure Domiciliari	Definizione ed attuazione piano organizzativo-avvio attività	Monitoraggio e miglioramento	Miglioramento	Aggiornamento procedurale
Miglioramento dell'accessibilità e della disponibilità delle informazioni	UU.OO. Presidi Ospedalieri	Cartella Clinica Informatizzata	Monitoraggio e miglioramento	Miglioramento	Integrazione

Integrazione funzionale con le altre strutture presenti sul territorio

I tre livelli di assistenza primaria, specialistica ambulatoriale e degenza ospedaliera costituiscono un continuum, una rete in cui viene utilizzato lo strumento della gestione integrata e in cui ciascun professionista e l'intero team adotta un Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) condiviso e costruito sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, con l'ottica di valorizzare il contributo di tutti gli attori della filiera assistenziale di cui l'assistito diventa parte attiva sottoscrivendo un patto di cura con l'equipe operativa.

In linea con il Piano Regionale l'Azienda stabilisce l'implementazione prioritaria dei PDTA relativi alle condizioni croniche di patologia quale Diabete, BPCO, Scopenso Cardiaco, Nefropatie, SLA, Demenze, cogliendo l'opportunità del modello di ri - orientamento dell'assistenza territoriale introdotto dal PNRR: il presupposto fondamentale è che la Casa di Comunità e la Centrale Operativa Territoriale possano creare l'ambito organizzativo ideale per la completa attuazione dei percorsi e per il più funzionale raccordo con le strutture ospedaliere.

Tale impostazione garantisce la continuità assistenziale e un efficace raccordo tra i diversi livelli (territorio – ospedale – territorio, medicina di base e specialistica, strutture residenziali territoriali, centri diurni, ecc.)

Analogamente si intende perfezionare l'adesione ai Percorsi Diagnostico terapeutici previsti dal Piano della Rete Oncologica Regionale, al fine di assicurare la presa in carico della persona affetta da patologia oncologica e la definizione del percorso assistenziale più adeguato attraverso i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), costituiti da gruppi di Specialisti necessari ad attuare il PDTA patologia-specifico.

Si ritiene inoltre, prioritario incrementare, compatibilmente con il graduale incremento delle risorse umane necessarie e secondo il relativo Piano del Fabbisogno, l'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale complessa PACC sia a livello ospedaliero che territoriale al fine di raggiungere l'abbattimento delle liste di attesa per le prestazioni ancora critiche.

Obiettivo operativo	Strutture coinvolte	Indicatore	2025	2026	2027
Garantire l'applicazione dei PDTA regionali	UU.OO. Ospedaliere Distretti Sanitari	Applicazione dei PDTA regionali	Almeno il 70% dei PDTA regionali	Il 100% dei PDTA regionali	Monitoraggio e miglioramento
Implementazione PDTA Oncologici	UU.OO. Ospedaliere UOSD Oncologia PO di Ariano I.	Partecipazione ai GOM attivati in team con le strutture ospedaliere	Mantenimento ed implementazione del sistema	Mantenimento ed implementazione del sistema	Monitoraggio e miglioramento

Ampliamento dell'offerta di Prestazioni di Specialistica ambulatoriale PACC	UU.OO. ospedaliere	Implementazione PACC operativi in ambito ospedaliero/ tot attivabili	70% dei PACC attivabili	100% dei PACC attivabili	Monitoraggio e miglioramento
---	--------------------	--	-------------------------	--------------------------	------------------------------

2.2.4 Linea strategica n. 3 – Introduzione servizi digitalizzati, sicurezza dei dati ed innovazione strategica del sistema

- Completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE)
- Miglioramento dell'accoglienza del cittadino
- Ampliamento sistemi di sicurezza dei dati
- Innovazione strategica del sistema

Lo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi è sostenuto anche da soluzioni tecnologiche interoperabili al fine di abilitare la condivisione delle informazioni cliniche dei pazienti tra tutti gli attori coinvolti nel processo di cura. In questa visione il cittadino è al centro del suo percorso che non si limita alla cura, ma include la prevenzione, l'accesso ai servizi e il monitoraggio (della terapia, dello stile di vita, ecc.) a seguito delle prestazioni ricevute.

In questo senso, l'Azienda intende migliorare i servizi digitali già attivati a supporto dei processi di accoglienza del cittadino/paziente (prenotazione, pagamento, refertazione, scambio documentale) e dell'erogazione dei servizi di cura e assistenza come richiamato nelle precedenti linee strategiche, per rispondere all'esigenza di maggior flessibilità e adattabilità dei servizi in funzione dello specifico profilo del paziente.

Impegno della ASL è quello di consolidare il livello di protezione dei dati aziendali raggiunto, attraverso un servizio di sicurezza "perimetrale" che interessa l'intera rete di telecomunicazione e trasporto dati aziendale.

Obiettivo operativo	Strutture Coinvolte	Indicatore	2025	2026	2027
Implementazione del FSE 2.0 come da programmazione regionale	UU.OO. UO Radiodiagnostica Ospedaliere PS ospedalieri	digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali referti di radiologia, referti di PS, lettere di dimissione	Mantenimento del sistema	Mantenimento del sistema	Revisione ed eventuale aggiornamento
	UOC SII Distretti PP.OO.	digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali in specialistica ambulatoriale	100% delle UU.OO./servizi	Mantenimento del sistema	Revisione ed eventuale aggiornamento
Ampliamento sicurezza dei Dati - CyberSecurity	UOC SII	Introduzione dei doppi livelli di identificazione per gli accessi alle reti di connettività dell'ASL	Mantenimento	Mantenimento	Revisione ed eventuale aggiornamento

		Applicazione dei software di sicurezza sulle postazioni di lavoro informatiche attive sulla rete locale aziendale	Mantenimento	Mantenimento	
Implementazione delle Procedure del quality management aziendale	Tutte le UU.OO. ciascuna per quanto di competenza	Rilevazioni segmento controllo interno attraverso commissione	Il 80% delle determinate controllate conformi ai regolamenti aziendali/ indirizzi strategici	Il 100% delle determinate controllate conformi ai regolamenti aziendali/ indirizzi strategici	Revisione ed eventuale aggiornamento

2.2.5 Linea strategica n. 4 – Equità, pari opportunità, garanzia di accesso alle cure

L'applicazione del Piano della Medicina di Genere predisposto dal Ministero della Salute ai sensi dell'articolo 3, comma 1 della Legge 11 gennaio 2018 n. 3., prevede l'introduzione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire sul territorio di competenza dell'ASL di Avellino tutte le prestazioni previste dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Le diversità nei generi si manifestano:

- nei comportamenti, negli stili di vita così come nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale;
- nello stato di salute, nell'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate, salute mentale e disabilità, in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiata;
- nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici;
- nel vissuto di salute, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, etc.

Presso la ASL Avellino è operativo il Tavolo tecnico sulla Medicina di Genere, istituito con delibera n. 1747 del 5.12.2023. che ha tra le sue finalità quella di approfondire le conoscenze scientifiche diversificando, attraverso la stesura di specifici PDTA/Protocolli, l'approccio alle cure mediche di patologie quali: cardiovascolari, tumorali, metaboliche, osteoarticolari, neurologiche, infettive, autoimmunitarie anche derivanti dall'esposizione ad agenti inquinanti e/o tossici ambientali. Nell'ottica della garanzia delle pari opportunità sono considerate anche le criticità relative allo stato di salute delle persone transessuali e intersessuali che, pur condividendo molte delle esigenze sanitarie della popolazione generale, presentano particolari necessità specialistiche e personalizzazione delle terapie.

L'aumento della popolazione anziana, inoltre, ed il fenomeno dei flussi migratori rendono necessario azioni finalizzate a garantire la piena accessibilità sia fisica che digitale ai servizi ed alle strutture dell'ASL di Avellino, una maggiore attenzione alle fasce deboli ed ai cittadini con disabilità.

Obiettivo operativo	Strutture coinvolte	Indicatore	2025	2026	2027
Prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione nell'ottica di genere	UU.OO. Ospedaliere e Distrettuali UOC Cure Primarie UOC	Predisposizione di protocolli orientati alla medicina di genere per alcune patologie	Attuazione dei protocolli elaborati	Completa attuazione dei protocolli elaborati	Revisione e integrazione

	Provveditorato	Realizzazione corso PNES Regione Campania	Avvio procedure prima fase del progetto	Completamento percorso formativo per il 50 % target individuato	Completamento percorso formativo
--	----------------	---	---	---	----------------------------------

2.2.1 Performance, Anticorruzione e Trasparenza

Nella piena consapevolezza che il rispetto dei criteri di trasparenza nei riguardi della comunità e delle persone sia uno dei più efficaci strumenti per la prevenzione dei fenomeni corruttivi, l'Azienda ha orientato, da diversi anni, il sistema di misurazione e valutazione della Performance organizzativa ed individuale, all'introduzione sistematica di obiettivi specifici riferiti, appunto, alla gestione e monitoraggio dei rischi corruttivi da parte dei dirigenti nello svolgimento delle attività ritenute particolarmente esposte a tali rischi (allegato 2 al presente documento).

Questa scelta, che ispira in maniera determinante anche l'impianto della performance per il prossimo triennio, concorre allo sviluppo di una strategia di semplificazione, trasparenza e sicurezza dell'attività amministrativa svolta dall'Azienda e si sostanzia nei seguenti obiettivi:

Obiettivo operativo	Strutture coinvolte	Indicatore	2025	2026	2027
Attuare le misure per il contenimento del rischio corruttivo	UU.OO. previste dal Piano Anticorruzione	Procedure attivate in riferimento alle misure di prevenzione di cui all'Allegato 1 del PIAO	100%	100%	100%
		Relazione sugli esiti del monitoraggio dei comportamenti a rischio di corruzione al RPCT	100%	100%	100%
Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità, secondo lo schema previsto dall'Allegato 3 al PIAO	UU.OO. previste dal Piano Anticorruzione	Produzione e pubblicazione del dato come declinato dall'Allegato 3 del PIAO	100%	100%	100%
		verifica completezza/formato del dato ed osservanza dei termini di pubblicazione	SI	SI	SI

Per quanto concerne, in particolare, gli obiettivi definiti nella linea strategica n.1 – Sviluppo della Medicina di Prossimità, che include gli interventi previsti dal PNRR, nel corso dell'anno ed in linea con quanto sarà disposto dalla Regione in materia, verrà valutata con la Direzione strategica l'adozione di eventuali ulteriori misure per assicurare la corretta gestione dei fondi.

2.2.2 Il Sistema di Misurazione della performance aziendale

Il ciclo di programmazione aziendale, di seguito rappresentato, si compone delle seguenti fasi:

- programmazione strategica (livello strategico)
- programmazione operativa (livello operativo)

➤ monitoraggio degli obiettivi (sistema di controllo)

➤ valutazione degli obiettivi

La programmazione strategica è la funzione con la quale la Direzione Aziendale, nel rispetto dei principi e degli obiettivi nazionali e regionali, definisce gli obiettivi generali aziendali e le strategie per il loro raggiungimento. Il processo di programmazione e controllo direzionale è il meccanismo attraverso il quale l'Azienda procede al coinvolgimento dei dirigenti nell'assegnazione o negoziazione degli obiettivi per livello di responsabilità interna e procede al loro sistematico monitoraggio al fine di garantirne il raggiungimento.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della ASL Avellino definisce, dal punto di vista temporale, due tipologie di obiettivi strategici:

Obiettivi strategici a medio termine, che coprono l'arco di riferimento di tre anni

Obiettivi operativi di breve termine, che coprono l'arco di riferimento di un anno, collegati e discendenti dagli obiettivi strategici.

Tali obiettivi, coprono l'intera articolazione organizzativa dell'Azienda, in modo da responsabilizzare tutti i soggetti cui è attribuita la gestione di risorse. Al termine del triennio considerato, la risultante degli obiettivi individuati deve consentire all'Azienda di valutare se è stato raggiunto il cambiamento ipotizzato, ossia se il processo di pianificazione strategica implementato ha consentito effettivamente di condurre l'Azienda al raggiungimento delle condizioni di scenario futuro che rispecchiano gli ideali, i valori e le aspirazioni indicate dal management nella vision.

La tipologia di obiettivi individuati dall'Azienda è riferita agli obiettivi individuati nella pianificazione strategica triennale, agli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale, in base ai vari DCA e Delibere Regionali e ad una categoria di obiettivi ulteriori, definiti annualmente sulla base delle problematiche sanitarie emergenti e della necessità di intraprendere azioni di miglioramento dei processi, a seguito di analisi dei risultati ottenuti.

Gli obiettivi potranno anche derivare dall'assegnazione di progetti di particolare rilevanza aziendale ed essere aggiornati e/o modificati in corso d'anno.

La scheda che viene utilizzata per l'assegnazione annuale degli obiettivi ai dirigenti, specifica l'area/struttura di appartenenza, l'obiettivo generale e specifico, l'indicatore di misurazione, il peso ed il risultato atteso. La valutazione si effettua con una scala di valori da 1 a 5 come meglio precisato nel Ciclo di Gestione della Performance e nel Regolamento sul sistema di misurazione e valutazione della performance vigente, approvato con Delibera ASL n. 1647 del 22.12.2017 e già adeguato ed aggiornato al D. Lgs.vo n.74/2017.

A ciascun intervallo numerico corrisponde un giudizio di valore differenziale rispetto ad uno medio definito sufficiente e al quale si attribuisce il punteggio convenzionale da 3 a 3.9 punti. Punteggi superiori a questi sono indicativi di prestazioni spiccate e rilevanti, punteggi inferiori per prestazioni mediocri, modeste o inadeguate. L'Azienda ritiene non necessario l'aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance (SMVP), ritenendo lo stesso adeguato, in considerazione delle evidenze emerse dall'esperienza applicativa del ciclo dell'anno precedente e del contesto organizzativo di riferimento.

Rischi corruttivi e trasparenza

Parte generale

Il Dipartimento della Funzione Pubblica (circolare n. 1/2013), ha definito la "corruzione" come «l'abuso da parte di un soggetto del potere pubblico a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati». Quindi, gli eventi di corruzione sono dei comportamenti:

- messi in atto consapevolmente da un soggetto interno all'amministrazione;
- finalizzati a favorire gli interessi privati a discapito degli interessi pubblici.

La presente sottosezione è aggiornata annualmente dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPCT), sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza ai sensi, rispettivamente, della Legge n. 190/2012 ss.mm.ii. e del Decreto Legislativo n. 33/2013 ss.mm.ii., e sono formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

La "gestione del rischio" è "l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio ed è lo strumento per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi".

Pertanto, la presente pianificazione è il mezzo per attuare la gestione del rischio attraverso le seguenti fasi:

- Valutazione di impatto del contesto esterno per evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico, nel quale l'amministrazione si trova ad operare, possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.
- Valutazione di impatto del contesto interno per evidenziare se la mission dell'ente e/o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo della stessa.
- Mappatura dei processi sensibili al fine di identificare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.
- Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti (quindi analizzati e ponderati con esito positivo).
- Programmazione di misure organizzative per il trattamento del rischio. Individuati i rischi corruttivi, le amministrazioni programmano le "misure" di prevenzione sia "generali" (obbligatorie, in quanto previste dalla legge n. 190/2012), che "specifiche"(ulteriori, in quanto appositamente individuate per contenere i rischi corruttivi identificati), necessarie per il trattamento dei diversi rischi. Le misure specifiche sono progettate in modo adeguato rispetto al rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo. Sono privilegiate le misure volte a raggiungere più finalità, principalmente quelle di semplificazione, di efficacia, di efficienza ed economicità, con particolare riguardo alle misure di digitalizzazione. Infatti queste ultime sono fondamentali per l'impatto che hanno in termini di trasparenza, semplificazione e standardizzazione delle procedure configurandosi, quindi, come deterrente "naturale" alla corruzione. Inoltre, la presente programmazione è strettamente connessa alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento dei dipendenti pubblici. Le misure previste nella presente sottosezione costituiscono il mezzo per gestire il rischio di corruzione nell'ASL di Avellino e perseguire "tre obiettivi strategici":
 1. ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
 2. aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
 3. creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Gli obiettivi strategici del processo di gestione del rischio, inclusi nella Performance dell'Ente, sono di seguito riportati con relativi indicatori di impatto:

Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione	la segnalazione dei comportamenti a rischio
	Adesione alla piattaforma ANAC per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite – Whistleblowing - finalizzato alla protezione del whistleblower
	Attivazione di canali di ascolto dedicati a cittadini, utenti e imprese, per la segnalazione di episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interessi, corruzione
Creare un Contesto Sfavorevole Alla corruzione	Rispetto del Codice di Comportamento dei Dipendenti ASL Avellino
	Formazione generale, rivolta a tutti i dipendenti sui temi dell'etica e della legalità Formazione specifica per i dipendenti addetti alle aree a rischio, per il RPC, per il Responsabile della Trasparenza, per i dirigenti, per il Nucleo di Valutazione

Tipologie di misure di trattamento del rischio corruzione

Per essere efficaci nella strategia di prevenzione dei rischi corruttivi la Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza prevede il "trattamento" non di tutti i rischi di corruzione, ma solo degli eventi di corruzione che (a seguito di valutazione) risultano avere un livello di rischio elevato.

Quindi, il rischio di corruzione sarà trattato con tipologie di misure differenti in relazione agli obiettivi che si vogliono raggiungere:

- ridurre la probabilità degli eventi di corruzione (misure di prevenzione);
- ridurre l'impatto degli eventi di corruzione (misure per individuare e rimuovere tempestivamente i soggetti ed comportamenti a rischio);

• rompere la triangolazione della corruzione, data dall'intreccio tra "processi", "persone corruttibili" e "interessi privati" (misure di rottura). Le diverse tipologie di "misure" previste possono così riassumersi:

• **misure di "prevenzione"**: trasparenza; verifica di precedenti condanne per reati contro la pubblica amministrazione; procedure specifiche per: la gestione dei contratti pubblici, l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici, per la gestione dei concorsi e la gestione del personale, per la riscossione di sanzioni e tributi.

• **misure di "rimozione", per individuare e rimuovere tempestivamente i soggetti ed i comportamenti a rischio**: codice di comportamento integrativo; tutela del whistleblower; monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti; monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti esterni;

• **misure per "rompere" il triangolo della corruzione**: rotazione del personale; definizione di criteri per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi esterni; obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi; definizione dei casi di inconfiribilità e incompatibilità; limitazione della libertà negoziale del dipendente pubblico, dopo la cessazione del rapporto di lavoro; formazione del personale.

Per essere maggiormente precisi, l'attività delle Pubbliche Amministrazioni deve tendere a generare valore pubblico inteso come benessere generale per i cittadini e per gli utenti. In tale ottica i servizi erogati devono essere generati in maniera efficace ed efficiente tenuto conto della quantità e qualità delle risorse e soprattutto della mission da perseguire. Per fare questo è necessario finalizzare le attività istituzionali anche al contenimento dei rischi che potrebbero rallentare il percorso necessario per generare valore pubblico.

La strategia della prevenzione della corruzione ha investito l'attività non solo del RPCT e dei vertici aziendali ma anche quella di ogni Dirigente Responsabile di Unità Operativa e di ogni dipendente singolo chiamato ad una partecipazione attiva all'interno dell'unità operativa dove viene svolta l'attività lavorativa.

Il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza triennio 2025-2027 dell'ASL di AVELLINO, inserito nella sottosezione del presente PIAO 2025 – 2027, si pone in tendenziale continuità con il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza triennio 2024-2026 e si pone come un aggiornamento di quest'ultimo anche alla luce delle azioni migliorative poste in essere a livello aziendale e delle modifiche legislative intervenute.

Si evidenzia come:

- l'Autorità Nazionale Anticorruzione con Delibera n° 1064 del 13 novembre 2019 abbia approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2019;
- il Consiglio nella seduta del 29 gennaio 2020 abbia approvato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2022;
- il Consiglio dell' ANAC con delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 abbia approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2023;

e, come da ultimo, il Consiglio, in data 24.01.2024, ha approvato il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2024 – 2026.

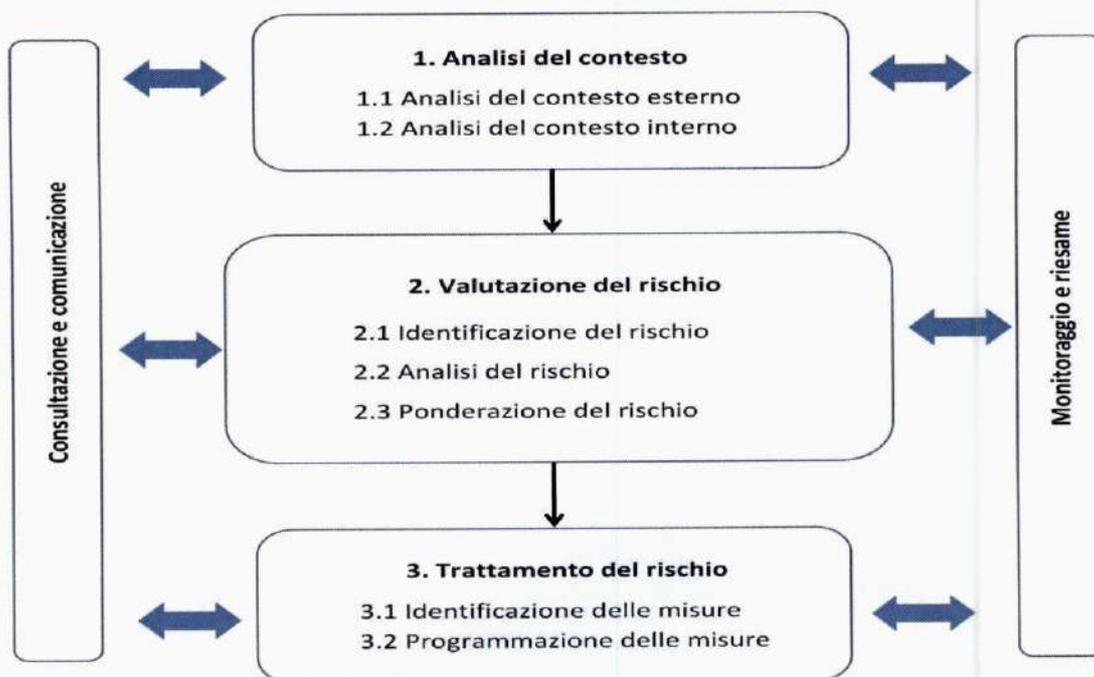
Esso rappresenta il riferimento fondamentale per la predisposizione delle misure di prevenzione della corruzione da parte delle pubbliche amministrazioni.

In un'ottica di rafforzamento dell'integrità pubblica e con l'obiettivo di programmare efficaci presidi di prevenzione della corruzione e allo stesso tempo di semplificare e velocizzare le procedure amministrative, nella stesura di questa sottosezione, per il triennio 2025-2027, si sono tenute in debita considerazione le indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi contenute nei documenti sopra richiamati

Il Sistema di gestione del rischio corruttivo, progettato e realizzato dalla ASL di AVELLINO, è già improntato al miglioramento continuo e si basa sui principali standard internazionali di risk management.

Il modello organizzativo adottato, completamente informatizzato, è impostato sul "Pensiero basato sul rischio (risk based thinking)" e utilizza la "struttura di alto livello" mutuata dalla norma internazionale ISO 9001:2015.

Nella figura seguente è rappresentato lo schema logico adottato che coincide perfettamente con le indicazioni riportate nell'allegato 1 del PNA 2019.



Quadro di riferimento

La presente sottosezione è stata elaborata in applicazione della seguente normativa:

- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità";
- Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"
- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, comma 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita dalla Conferenza unificata nella seduta del 24 luglio 2013 (Repertorio atti n. 79/CU) con la quale sono stati individuati gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, per l'attuazione della legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei decreti attuativi (d.lgs. 33/2013, D. Lgs 39/2013, D.P.R. 62/2013);
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 25 gennaio 2013, n. 1 "Legge n. 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 19 luglio 2013, n. 2 "D.lgs. n. 33 del 2013 – Attuazione della trasparenza";
- Delibera CIVIT 4 luglio 2013, n. 50 "Linee Guida per l'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016";
- Delibera CIVIT 11 settembre 2013, n. 72 "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera CIVIT 24 ottobre 2013, n. 75 "Linee guida in materia di codice di comportamento delle pubbliche amministrazioni";
- Legge 11 agosto 2014, n. 144, di conversione, con modifiche, del Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari";

- Regolamento ANAC 9 settembre 2014 "Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'ANAC per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei piani triennali di trasparenza, dei codici di comportamento";
- Determinazione ANAC 28 aprile 2015, n. 6 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblower)";
- Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" (art. 1 Carta della cittadinanza digitale e art. 7 Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza);
- Determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12 "Aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione";
- Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture";
- Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 che modifica il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Delibera ANAC 3 agosto 2016, n. 831 "Piano Nazionale Anticorruzione 2016";
- Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1309 "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 del d.lgs. 33/2013. Art. 5- bis, comma 6, del d.lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»;
- Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1310 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016";
- Delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 358 "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale";
- Delibera ANAC 22 novembre 2017, n. 1208 "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato";
- Delibera n° 1064 del 13 novembre 2019 "Piano Nazionale Anticorruzione 2019";
- il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 approvato dal Consiglio dell' ANAC il 16 novembre 2022 e in attesa del parere dell'apposito Comitato interministeriale e della Conferenza Unificata Stato Regioni Autonomie locali
- delibera N 7 del 17 gennaio 2023 del Consiglio di ANAC con la quale è stato approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 aggiornato 2023 con delibera n. 605 del 19/12/2023;
- D. Lgs n 24 del 10 marzo 2023 avente oggetto Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali;
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 62 del 16 aprile 2013, modificato ed integrato dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81.

L'ASL AVELLINO, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 1, comma 16, della legge 190/2012, al fine di pianificare le strategie di prevenzione della corruzione, esamina la propria organizzazione, le sue regole e le prassi di funzionamento per valutare la possibile esposizione al fenomeno corruttivo e predispone adeguate misure di contrasto.

L'Azienda, consapevole delle gravi conseguenze dei fenomeni corruttivi sulla fiducia dei cittadini, intende proseguire le azioni di contrasto incentrate, non solo su misure repressive, quanto in termini preventivi, incidendo sulla sensibilità degli operatori e sui valori etici, così come richiesto dal Legislatore stesso.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza si inserisce proprio in questo contesto e in esso il concetto di corruzione è da intendersi in senso lato, comprendendo tutte le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri abuso, da parte di un soggetto, dei poteri a lui affidati al fine di ottenere vantaggi privati. La definizione di corruzione cui si fa riferimento è, dunque, quella più ampia, che richiama la

“maladministration”. Sono dunque ricompresi atti e comportamenti che, anche se non costituenti specifici reati, contrastano con la necessaria cura e priorità dell’interesse pubblico e pregiudicano l’affidamento dei cittadini nell’imparzialità dell’amministrazione e dei soggetti che coinvolgono attività di pubblico interesse.

I **soggetti** che, in maniera tra loro coordinata, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda sono:

Direttore Generale

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- adotta il Piano e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), come si vedrà nel dettaglio nelle pagine seguenti:

- elabora e propone al Direttore generale il Piano di Prevenzione della Corruzione;
- verifica, in secondo livello, l’attuazione del Piano, elabora le modifiche necessarie per migliorarne l’efficacia e l’aggiornamento annuale, tenendo conto delle normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute;
- 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 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 inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, per quanto applicabile;
- 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.

Si precisa che il RPCT non ha personale esclusivo, dedicato a svolgere le attività previste dalla normativa e richiamate nel presente Piano, ma opera con le risorse disponibili all’interno della propria struttura, di cui è responsabile.

Sono nominati referenti tutti gli attuali dirigenti responsabili di Dipartimento, Distretto Sanitario di Base, UOC, UOSD, UOS i quali

- affiancano il RPCT nella sua attività;
- coinvolgono tutti i dipendenti delle strutture di loro competenza nelle attività previste dal piano anticorruzione;
- forniscono gli elementi necessari per l’adozione e l’aggiornamento del piano anticorruzione e del programma per la trasparenza;
- collaborano all’individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione;
- forniscono gli elementi per l’adozione dei “protocolli di legalità” e dei “patti di integrità” che dovranno essere osservati dai fornitori di beni, servizi e consulenze;
- partecipano agli incontri periodici programmati dal Responsabile al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell’attività;
- comunicano tempestivamente al RPCT fatti corruttivi tentati o realizzati all’interno dell’amministrazione ovvero segnalazioni ricevute circa il mancato adempimento degli obblighi di trasparenza.
- realizzano gli obiettivi assegnati in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione nel ciclo della performance individuale.

Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza:

- 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 alla struttura di competenza;
- propongono, per l'area di competenza, i nominativi del personale con priorità di formazione.

OIV - Organismo Indipendente di Valutazione

- partecipa al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte;
- 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'Amministrazione (art. 54, comma 5, D. Lgs 165/2001);
- 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

- 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.

UPD - Ufficio per i Procedimenti Disciplinari

- collabora con il RPCT alla predisposizione del Codice di comportamento;
- vigila sull'applicazione del codice di comportamento aziendale;
- svolge i compiti attribuiti dalla normativa ai comitati etici;
- cura l'aggiornamento del codice di comportamento dell'amministrazione, 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;
- può chiedere all'Autorità Nazionale Anticorruzione parere facoltativo ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del codice di comportamento.

Dipendenti

- partecipano al processo di gestione del rischio corruttivo;
- osservano le misure contenute nel piano;
- comunicano i casi di conflitto di interessi che li riguardano personalmente;
- segnalano 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 a qualsiasi titolo

- osservano le misure contenute nel piano, per quanto applicabili alla tipologia di rapporto che intercorre con l'ASL;
- segnalano le situazioni di illecito.

1. Obiettivi azioni del Piano

Come evidenziato dalla normativa di riferimento, i soggetti istituzionali deputati alla definizione delle linee di indirizzo del Piano ed al coordinamento delle azioni delle pubbliche amministrazioni sono:

- il Comitato interministeriale che ha il compito di elaborare le linee guida
 - il Dipartimento della Funzione Pubblica che promuove le strategie di prevenzione e coordina la loro attuazione.
- L'ANAC svolge funzione di raccordo con le altre autorità ed esercita poteri di vigilanza e controllo per la verifica delle misure di prevenzione adottate dalle amministrazioni nonché sul rispetto della normativa in materia di trasparenza.

L'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, in attuazione della Legge, adotta la sezione del PIAO per la prevenzione della corruzione.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione, in ottemperanza alle disposizioni della Direzione Generale, propone il presente Piano che, oltre a quanto già definito, prevede:

- meccanismi di attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire il rischio di corruzione per le attività oggetto di valutazione di rischio di corruzione;
- obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione circa il funzionamento;
- la verifica, d'intesa con il dirigente competente, della rotazione degli incarichi negli uffici valutati maggiormente a rischio di corruzione, con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture;
- il monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- il monitoraggio dei 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 relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione;
- individuazione degli obblighi di trasparenza ai sensi del D. Lgs n. 33\2013 ss.mm.ii.
- attuazione delle disposizioni di cui al D. Lgs n. 39\2013.

2. Il Responsabile della prevenzione della corruzione

Come previsto dall'art.1 comma 8 della Legge, la Direzione Generale della ASL AV, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione adotta, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano triennale di prevenzione della corruzione. Il Responsabile cura la trasmissione del Piano, e lo stesso viene altresì pubblicato nella sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito internet della ASL AV.

Si precisa che il nuovo RPTC è stato nominato con Deliberazione aziendale n. 1586 del 02.12.2024.

Su proposta dei Dirigenti dei Servizi Aziendali a più elevato rischio di corruzione, il Responsabile della prevenzione individua il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi della legalità e dell'etica. Il Responsabile verifica l'efficacia e l'idoneità del piano, valuta l'opportunità di introdurre modifiche allo stesso qualora si verificassero significative violazioni non espressamente previste o in seguito a cambiamenti significativi dell'organizzazione della ASL AV (adozione Atto Aziendale); all'uopo il Responsabile predispone incontri di consultazione con associazioni o portatori di interessi particolari. Analogamente prevede il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale della ASL AV addetto alle aree a più alto rischio nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure e di monitoraggio per l'implementazione del Piano.

Il Responsabile, d'intesa con i Dirigenti dei Servizi in cui maggiormente è elevato il rischio di fenomeni corruttivi, verifica l'effettiva rotazione degli incarichi.

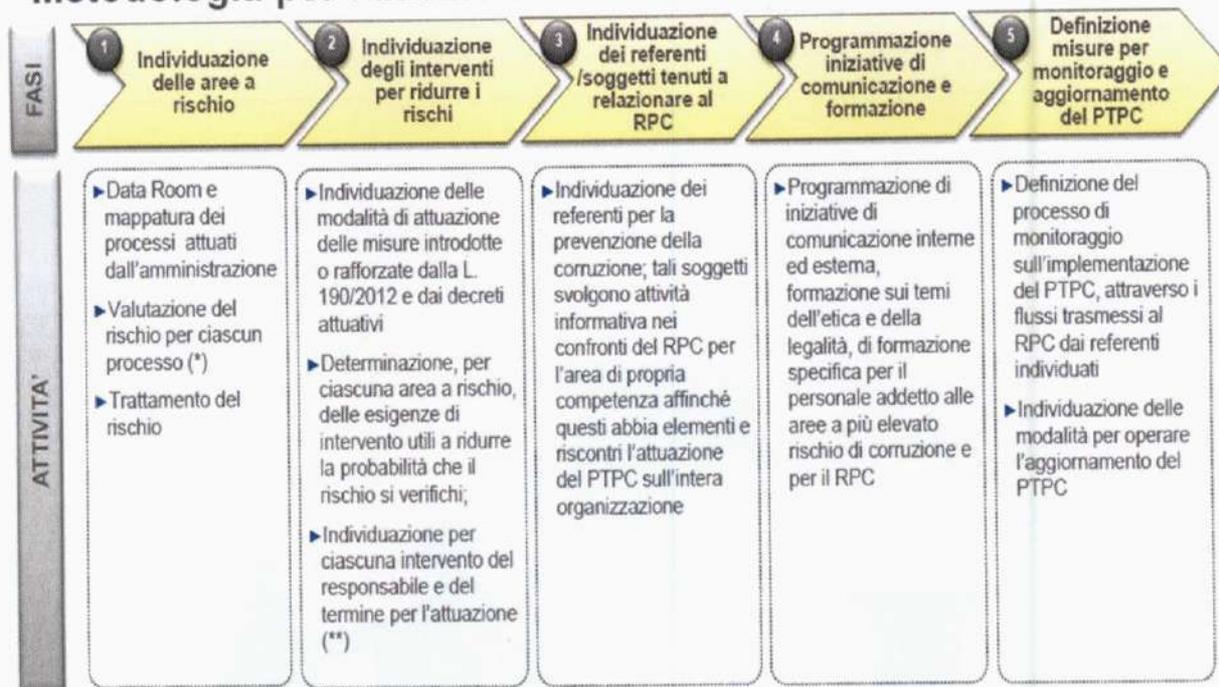
Entro il 30 novembre di ogni anno i Dirigenti interessati inviano al Responsabile della prevenzione, una comunicazione sintetica sulle misure adottate.

Sono da intendersi quali referenti del RPCT tutti i direttori delle UOC Centrali, i Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri e i Direttori di Distretto. A tal proposito in applicazione del PNA ANAC 2023, si stabilisce che i citati referenti dovranno semestralmente relazionare al RPCT le attività di monitoraggio e di controllo effettuate nella propria struttura di appartenenza.

In altre parole, il flusso logico è il seguente:

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Metodologia per l'adozione



3. Procedure per la selezione del personale da inviare a percorsi formativi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza

Il Piano di prevenzione della corruzione prevede la predisposizione di un programma formativo sui temi dell'etica e della legalità di livello generale per i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione (art. 1 commi 5,8,10,11 L.190\2012); di livello specifico rivolti al Responsabile della prevenzione e ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio. La formazione prevede l'approfondimento delle discipline in materia di responsabilità dei procedimenti amministrativi, delle norme penali relative ai reati contro la pubblica amministrazione, agli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte dell'amministrazione.

Il piano formativo dovrà essere attuato entro il 30 novembre di ogni anno.

Le procedure per la selezione del personale saranno predisposte con apposito atto del Responsabile in accordo con i Dirigenti dei Servizi interessati; il piano di formazione ha cadenza annuale e prevede la partecipazione obbligatoria del personale selezionato.

4. Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi presso la pubblica amministrazione (D.Lgs n.39 8 aprile 2013)

Per evitare situazioni che possano illecitamente favorire il precostituirsi di situazioni favorevoli ad un successivo conferimento di incarichi dirigenziali o che possano inquinare l'imparzialità dell'agire amministrativo, il legislatore, con il decreto legislativo 39/2013, ha stabilito che non è possibile conferire incarichi dirigenziali a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per reati contro la pubblica amministrazione anche con sentenza non passata in giudicato;
- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;
- siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione del divieto sono nulli e l'inconferibilità non può essere sanata. Prima di conferire incarichi dirigenziali è pertanto necessario acquisire, da parte dell'interessato, una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza delle condizioni previste dal decreto legislativo 39/2013. La dichiarazione viene pubblicata sul sito internet istituzionale (art. 20 d.lgs. 39/2013).

Il decreto in esame prevede inoltre ipotesi di incompatibilità tra l'incarico dirigenziale e le seguenti situazioni:

- assunzione e svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico;
- svolgimento di attività professionali;
- assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato all'incarico incompatibile. Annualmente dovrà essere resa, dagli interessati, una dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità che viene pubblicata sul sito istituzionale (art. 20 d.lgs. 39/2013).

Sulla scorta dell'interpretazione della delibera n. 58/2013, la norma è stata applicata, oltre che agli incarichi amministrativi di vertice (Direttore generale, sanitario, amministrativo) anche a direttori di distretto, di dipartimento, di presidio ospedaliero, di struttura complessa e semplice con significativa autonomia gestionale e amministrativa e sono state acquisite le relative dichiarazioni.

Visto il contenuto della delibera ANAC 22 dicembre 2014, n. 149, che precisa "Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL ...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" e la sentenza 5583/2014 emessa dalla terza sezione del Consiglio di Stato, sono state sospese le richieste delle dichiarazioni annuali ai direttori di struttura e saranno rimosse quelle già pubblicate.

In seguito all'adozione del presente Piano di prevenzione della corruzione, il Responsabile attraverso l'U.O. preposta richiederà a ogni Dirigente ed ogni dipendente incaricato, un'autodichiarazione di assenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità.

5. Obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni

Le pubbliche amministrazioni sono tenute a pubblicare sul proprio sito internet, in una apposita sezione denominata 'Amministrazione Trasparente' accessibile dalla home page, tutti i contenuti previsti dal D.Lgs 33/2013, seguendo una griglia definita. Le apposite linee guida emanate dall'ANAC indicano più specificamente i contenuti e la periodicità di aggiornamento. Ai contenuti obbligatori si aggiungono, poi, quelli ulteriori che i singoli enti intendono diffondere per affermare il principio della trasparenza.

L'ASL AVELLINO ha da sempre posto particolare attenzione a quanto richiesto dalla norma in materia di trasparenza. Negli allegati alla presente sottosezione sono riportati gli obblighi di pubblicazione ai quali l'Asl di AVELLINO deve attenersi con l'individuazione delle Unità Operative responsabili della pubblicazione. È stato preso atto di quanto disposto nel PNA 2022 allegato 9 in relazione all'elenco degli obblighi di pubblicazione dei bandi di gara e contratti, nonché negli aggiornamenti previsti con delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 in recepimento del D. Lgs. 36/2023.

Obiettivo prioritario per l'annualità corrente è il recepimento della nuova disciplina applicabile in materia di trasparenza amministrativa, alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'ANAC nel corso del 2023, in particolare quelli adottati con le delibere ANAC nn. 261 e 264 e successivi aggiornamenti.

Per ogni voce della sezione del sito Amministrazione trasparente è prevista l'indicazione della struttura cui compete la pubblicazione, e il relativo aggiornamento, del dato e il nome del soggetto responsabile.

La compilazione di tutte le sezioni del sito Amministrazione trasparente è verificata dal titolare della funzione della trasparenza e dal Responsabile per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. In Azienda sono stati organizzati verifiche periodiche e/o monitoraggi della completezza del dato e del suo aggiornamento come ampiamente descritto nella relazione del RPCT pubblicata.

Sono stati indicati a tutti i direttori/responsabili gli obblighi di pubblicazione e fornite specifiche istruzioni.

Il dirigente responsabile di ciascuna struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione.

Le modalità di pubblicazione devono inoltre porre la massima attenzione al rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali.

6. Codice di comportamento (Compiti dei Dirigenti e Dipendenti)

Il Codice di comportamento dell'ASL Avellino è stato da ultimo aggiornato con Deliberazione n. 67 del 16.01.2025.

Il richiamo all'osservanza del Codice di comportamento è stato inserito nei contratti di lavoro e nei contratti di collaborazione.

Tutto il personale assunto, viene informato della presenza del Codice di comportamento aziendale sul sito internet aziendale e invitato alla sua consultazione e al suo rispetto.

Il Codice individua le regole di condotta integrative e/o aggiuntive rispetto a quelle contenute nel DPR 62/2013 e richiama norme di comportamento specifiche, correlate ai compiti istituzionali dell'Azienda, consistenti principalmente nella tutela della salute individuale e collettiva. Rientra tra le misure di comportamento anche la sottoscrizione di Patti di integrità negli affidamenti e clausole di integrità nei contratti. Le stazioni appaltanti possono prevedere nei bandi di gara che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara.

In particolare, il Patto d'integrità è un documento contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e che permette un controllo reciproco e sanzioni (anche di carattere patrimoniale) in caso di elusione. Specifico riferimento all'obbligo dei singoli fornitori ed appaltatori di aderire alle clausole etiche è esplicitamente previsto anche dal Codice di comportamento aziendale.

Poiché la condizione di "interesse" nel sistema sanitario non necessariamente configura un "conflitto" ma può essere percepita come condizionamento nell'espletamento dell'attività professionale, è necessario individuare strumenti per innalzare all'interno delle aziende sanitarie i livelli di trasparenza attraverso la pubblicizzazione dei rapporti diretti e/o indiretti eventualmente intercorrenti tra coloro che operano nell'amministrazione e produttori/fornitori di farmaci/ dispositivi/tecnologie/beni. Occorre "mettere in chiaro", con lo strumento della Dichiarazione pubblica, la molteplicità di rapporti del professionista all'interno del mondo sanitario nel suo complesso.

La Asl Avellino ha stabilito di sviluppare la compilazione della Dichiarazione in oggetto, per i direttori di struttura complessa e responsabili di struttura semplice. Tale adempimento costituisce, per i suddetti professionisti, un obiettivo annuale.

Per la compilazione della Dichiarazione i dirigenti sono stati ampiamente supportati dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

La concentrazione di incarichi in capo ad un unico soggetto, soprattutto se extra-istituzionali, può dar luogo a situazioni di conflitto di interesse, che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e costituire, a loro volta, sintomo di fatti corruttivi.

Gli incarichi esterni devono essere autorizzati dall'Amministrazione di appartenenza o, comunque, deve esserne data ad essa informazione, secondo quanto previsto da uno specifico Regolamento interno.

La precedente disciplina degli incarichi extra - istituzionali conferiti a dipendenti pubblici è stata modificata con l'inserimento delle seguenti previsioni:

- l'autorizzazione all'esercizio di incarichi extra - istituzionali deve essere disposta secondo criteri oggettivi e predeterminati;
- in sede di autorizzazione occorre valutare tutti i profili di conflitto di interesse anche potenziale;
- il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti. I dipendenti pubblici possono svolgere alcune attività extraistituzionali, al di fuori dei casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o

situazioni di conflitto di interessi (anche potenziale), che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente (articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165).

L'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse è disciplinato dal Codice di comportamento a cui si rinvia per quanto concerne termini e modalità di applicazione dell'istituto.

In ogni caso la tematica del conflitto di interesse rientra negli interventi formativi sui temi etici e della legalità avviati nei confronti di tutto il personale Aziendale

Il Codice di comportamento aziendale e la specifica procedura di segnalazione è stata diffusa con le modalità previste per il Codice di comportamento e richiamata in occasione degli audit da effettuarsi nelle strutture aziendali.

Le recenti disposizioni in materia di anticorruzione prevedono una disciplina generale diretta a prevenire il rischio che, durante il periodo lavorativo, il dipendente sfrutti il ruolo ricoperto per ottenere un impiego più vantaggioso presso l'impresa o il privato con cui ha avuto contatti.

L'art. 53, comma 16 ter del decreto legislativo n. 165 del 2001, introdotto dall'art. 1 comma 42 della legge n. 190 del 2012 afferma che i dipendenti "che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto di una pubblica amministrazione, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri" e precisa che "i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli; ai soggetti privati che li hanno conferiti o conclusi è vietato contrattare con la pubblica amministrazione interessata per i tre anni successivi, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti".

7. Rotazione degli incarichi

La rotazione c.d. "ordinaria" del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni, nelle aree a più elevato rischio di corruzione, è una delle misure organizzative generali che le Amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. È stata introdotta dall'art. 1, co. 5, lett. b) della L. 190/2012 con il fine di limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. La ratio alla base della norma è quella di evitare che un soggetto sfrutti una posizione di potere o una conoscenza acquisita per ottenere un vantaggio illecito.

La rotazione c.d. "ordinaria" del personale è una delle misure organizzative che le Amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. È stata introdotta dall'art. 1, comma 5, lettera b), della legge 190/2012. La richiamata disposizione ha previsto la rotazione di dirigenti e funzionari che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione. Il fine è quello di evitare, in via preventiva, il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa.

La rotazione c.d. "straordinaria" nasce invece come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni illeciti, di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare. Essa è prevista dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, c.d. Testo Unico sul pubblico impiego (art. 16, comma 1, lettera l-quater) che prevede la valutazione dell'Amministrazione in merito alla rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, con il fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Amministrazione.

La legge prevede la verifica dell'effettiva rotazione ordinaria degli incarichi nelle strutture e negli uffici in cui è più elevato il rischio corruzione da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) d'intesa con il dirigente competente, che è tenuto a mettere a disposizione ogni informazione utile per comprendere come la misura venga progressivamente applicata e quali siano le eventuali difficoltà riscontrate.

A tal proposito, il RPCT monitora l'adempimento della rotazione de qua, sia con le informazioni ricevute dai Responsabili e sia quando vi è la scadenza temporale non prorogabile dell'incarico de quo.

8. Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione procedimenti

I Responsabili delle singole partiture aziendali mirano:

- al rispetto dei termini normativi per la conclusione dei procedimenti;

-provvedono a darne comunicazione tempestiva al Responsabile della prevenzione della corruzione. Ogni sei mesi i suddetti responsabili verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e relazionano al Responsabile del Piano su:

- dati relativi al numero dei procedimenti adottati;
- il numero dei procedimenti conclusi;
- numero dei procedimenti per i quali si registra un ritardo ed i motivi dello stesso;
- esiti dei procedimenti conclusi.

Il Responsabile del Piano è tenuto ad accertarsi del corretto svolgimento del monitoraggio e del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti.

9. Monitoraggio dei rapporti fra l'Azienda e i soggetti con i quali intercorrono rapporti aventi rilevanza economica

Il Piano di prevenzione della corruzione definisce le modalità di monitoraggio dei 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 relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione. I Responsabili delle U.O.C. interessate da tali rapporti, sottoporranno ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni, ai fornitori e alle ditte appaltatrici, una dichiarazione sottoscritta di assenza di conflitto di interesse, predisposta all'uopo. In caso di conflitto di interesse, saranno attivate le procedure previste dalla normativa vigente in materia. Periodicamente sarà trasmesso al responsabile del Piano, un report sugli esiti di tale monitoraggio.

10. Aggiornamento e adeguamento del Piano

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (ad oggi la Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza all'interna del PIAO, ma si continuerà a denominarlo così per comodità) è finalizzato a formulare una strategia aziendale di prevenzione della corruzione attraverso l'individuazione delle attività più esposte al rischio di corruzione stabilendo delle priorità di trattamento, nonché la definizione di misure preventive e di strumenti di controllo atti a prevenirlo. In particolare, rientrano in questa fattispecie, tutte le misure di comunicazione, formazione e monitoraggio attuate in ASL per contrastare l'insorgere del fenomeno corruttivo.

Trattandosi di uno strumento di programmazione viene modificato in relazione ai risultati conseguiti e alle criticità riscontrate nell'anno precedente, alle normative sopravvenute in materia, alle modifiche organizzative e all'emersione di nuovi rischi.

Viene inoltre pubblicato sul sito internet aziendale, consultabile da tutti gli interessati, con la possibilità di segnalare al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza eventuali modifiche/integrazioni/correzioni.

Il documento è pubblicato sul sito web istituzionale, sezione Amministrazione Trasparente (sottosezione Altri contenuti – corruzione).

Il piano triennale di prevenzione della corruzione della ASL di Avellino entra in vigore dalla data di approvazione della delibera che lo adotta.

11. Misure di protezione e whistleblowing

Tra le misure di segnalazione e protezione la principale è quella relativa alla tutela del dipendente che segnala situazioni di illecito (c.d. whistleblower), una misura che mira a consentire l'emersione di fenomeni corruttivi. La norma prevede tre distinte disposizioni:

- la tutela dell'anonimato, fatte salve le situazioni in cui la conoscenza del segnalante sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato;
- il divieto di discriminazioni e cioè, come precisato dal Piano Nazionale Anticorruzione, le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili;

- la sottrazione della denuncia al diritto di accesso.

L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali. Questo tipo di tutela non opera, ovviamente, per i casi in cui la denuncia o la segnalazione integrino i reati di calunnia o diffamazione.

La nuova disciplina normativa è il D. Lgs. N 24 del 10/03/2023 che ha decorrenza dal 15 luglio 2023 e che recepisce ed attua la direttiva europea 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Come specificato dalla normativa possono utilizzare la procedura di segnalazione i dipendenti e coloro i quali a vario titolo prestano la loro attività presso l'Amministrazione pubblica, in questo caso la Azienda Sanitaria Locale di Avellino.

La tutela del segnalante avviene attraverso principalmente due misure che sono l'obbligo di riservatezza e il divieto di ritorsione. L'identità del segnalante e qualsiasi altra informazione da cui possa derivare tale identità non può essere rilevata senza il consenso espresso dello stesso (tale obbligo si mantiene nell'ambito dell'eventuale procedimento penale, innanzi alla Corte dei Conti e nel procedimento disciplinare) ed è sottratta dal diritto di accesso agli atti sia documentale sia civico. Il segnalante è protetto da ogni forma di ritorsione all'interno dell'ambito lavorativo quindi non può essere demansionato, retrocesso, licenziato, trasferito, o essere sottoposto a misure disciplinari a causa della sua segnalazione.

L'ASL Avellino ha avviato l'iter amministrativo per l'acquisto di una piattaforma whistleblowing, mentre attualmente viene garantita la possibilità di esercitare il predetto diritto tramite una casella postale aziendale gestita dal RPTC.

12. Misure di regolamentazione/semplificazione/informatizzazione

Nel corso dell'anno sono stati portati a termine interventi di regolamentazione e semplificazione che, favorendo in modo diffuso la creazione e il consolidamento di buone prassi interne, costituiscono un argine alla cattiva amministrazione e contribuiscono a creare quel contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi, che costituisce uno degli obiettivi fondamentali della strategia anticorruzione. Tali novità, riguardano gli aggiornamenti regolamenti degli istituti giuridici.

13. Valutazione del rischio

L'attività di valutazione del rischio è fatta dall'Azienda per ciascun processo o fase di processo mappato.

Per valutazione del rischio si intende il processo di:

- identificazione,
- analisi,
- ponderazione del rischio.

L'identificazione consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi.

L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Questi emergono considerando il contesto esterno ed interno all'amministrazione, anche con riferimento alle specifiche posizioni organizzative presenti all'interno dell'Azienda.

I rischi vengono identificati:

- mediante consultazione e confronto tra i soggetti coinvolti, tenendo presenti le specificità dell'Azienda, di ciascun processo e del livello organizzativo a cui il processo o la sotto fase si colloca;
- un utile contributo può essere dato dai dati tratti dall'esperienza e, cioè, dalla considerazione di precedenti giudiziari (in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni irrogate) che hanno interessato l'Azienda, nonché la considerazione dei criteri indicati nella Tabella Allegato 5 del P.N.A.: "La valutazione del livello di rischio", colonna sinistra (discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, razionalità del processo, controlli), e colonna destra (impatto economico; impatto organizzativo, economico e di immagine) prescindendo in questa fase dall'attribuzione del valore numerico (che sarà invece utilizzato nelle successive fasi dell'analisi e della ponderazione).

L'attività di identificazione dei rischi è svolta dall'Azienda preferibilmente con il coinvolgimento dei dirigenti per l'area di rispettiva competenza. Il coordinamento generale dell'attività è assunto dal Responsabile della prevenzione della corruzione, con il coinvolgimento del Nucleo Interno di Valutazione (nelle funzioni di O.I.V.), il

quale contribuisce alla fase di identificazione mediante le risultanze dell'attività di monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009).

A seguito dell'identificazione, i rischi vengono inseriti in un "registro dei rischi".

A fini di supporto, una lista esemplificativa di possibili rischi per le quattro aree di rischio comuni e generali già indicate è illustrata nell'Allegato 3 del P.N.A - Elenco esemplificazione rischi:

A) Area: acquisizione e progressione del personale

- previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari;
- abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari;
- irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari;
- inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari;
- progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari;
- motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.

B) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture

- accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso;
- definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione);
- uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa;
- utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa;
- ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni;
- abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario;
- elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento delle concessioni al fine di agevolare un particolare soggetto;

C) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

- abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa);
- abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per apertura di esercizi commerciali).

D) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

- riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinati soggetti.

L'analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio. Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico.

Per ciascun rischio catalogato l'Azienda stima il valore della probabilità e il valore dell'impatto. I criteri che è possibile utilizzare per stimare la probabilità e l'impatto e per valutare il livello di rischio del processo sono indicati nella Tabella Allegato 5 del P.N.A.: "La valutazione del livello di rischio".

La stima della probabilità tiene conto, tra gli altri fattori, dei controlli vigenti. A tal fine, per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nell'Azienda che sia utile per ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo utilizzati nell'Azienda, come – a mero titolo esemplificativo – i controlli a campione in casi non previsti dalle norme). La valutazione sull'adeguatezza del controllo è fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nell'Azienda. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

L'impatto si misura in termini di:

- impatto economico,
- impatto organizzativo,
- impatto reputazionale.

Il valore della probabilità e il valore dell'impatto debbono essere moltiplicati per ottenere il valore complessivo, che esprime il livello di rischio del processo.

Per l'attività di analisi del rischio l'Azienda si avvale del supporto dell' Organismo Indipendente di Valutazione (nelle funzioni O.I.V.) e degli altri organismi interni di controllo, con il coinvolgimento dei dirigenti responsabili sotto il coordinamento generale del Responsabile della prevenzione della corruzione. In particolare, l'Organismo Indipendente di Valutazione (nelle funzioni O.I.V.) può esprimere un proprio parere sull'esito dell'analisi del rischio, alla luce del monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009).

L'analisi del rischio permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato. A seguito dell'analisi, i singoli rischi ed i relativi processi sono inseriti in una classifica del livello di rischio. Le fasi di processo, i processi o gli aggregati di processo per i quali siano emersi i più elevati livelli di rischio vanno ad identificare le aree di rischio, che rappresentano le attività più sensibili e da valutare ai fini del trattamento.

La classifica del livello di rischio viene poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi.

La ponderazione è svolta sotto il coordinamento del Responsabile della prevenzione della corruzione.

14. Il trattamento del rischio e le misure per neutralizzarlo

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione, che sono obbligatorie o ulteriori. La legge n. 190 del 2012 e le disposizioni ANAC hanno individuato alcune misure di prevenzione obbligatorie (già analizzate precedentemente), suddivisibili in queste categorie:

- Misure di trasparenza;
- Misure di comportamento;
- Misure di formazione;
- Misure di rotazione;
- Misure di protezione;

-Misure di regolamentazione/semplificazione/informatizzazione.

L'individuazione e la valutazione delle misure è compiuta dal Responsabile della prevenzione della corruzione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di competenza e l'eventuale supporto del Nucleo Interno di Valutazione (nelle funzioni di l'O.I.V.), tenendo conto anche degli esiti del monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009), e degli altri organismi di controllo interno.

In merito a ciò, il presente piano prevede in tabella della mappatura inerente le attività a rischio e i metodi per contrastarlo, visti i cambiamenti in seno all'Azienda. I Responsabili UU.OO.CC./UU.OO.SS.DD., dalle poche relazioni semestrali che hanno trasmesso al RPTC, informano i propri dipendenti dei rischi corruttivi, ottemperano alle misure di prevenzione suddette e prestano attenzione, sin dall'attribuzione della pratica/cura del paziente, affinché non possano emergere casi di conflitti di interessi o di corruzione.

15. Le priorità di trattamento

Le decisioni circa la priorità del trattamento si basano essenzialmente sui seguenti fattori:

- livello di rischio: maggiore è il livello, maggiore è la priorità di trattamento;
- obbligatorietà della misura: va data priorità alla misura obbligatoria rispetto a quella ulteriore;
- impatto organizzativo e finanziario connesso all'implementazione della misura.

16. Il monitoraggio e le azioni di risposta

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Essa è attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione.

17. Aree di rischio individuate dal PIAO dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino 2025/2027

L'attività di c.d. mappatura del rischio è finalizzata ad indicare gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio medesimo, a definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio della corruzione, a prevedere, negli stessi settori, il criterio della rotazione degli addetti, nonché a prevedere che le attività a rischio di corruzione vengano svolte da personale specificamente selezionato e formato.

La valutazione del rischio di corruzione nelle aree di seguito indicate è prioritariamente effettuata sulla base di criteri oggettivi, scientifici e predeterminati, in base ai seguenti indicatori, in quanto ritenuti, in via astratta e potenziale, fattori di rischio:

- a) importanza degli interessi, anche di natura non meramente patrimoniale, coinvolti;
- b) grado di discrezionalità delle decisioni;
- c) interazione pubblico/privato;
- d) difficoltà dei meccanismi di controllo interno;
- e) complessità della relativa normativa;
- f) difficoltà dei meccanismi interni di trasparenza;
- g) contesto ambientale di riferimento.

Nel piano aziendale di prevenzione della corruzione è inoltre stabilito:

- 1) che concorrono, a valutare il rischio della corruzione i dati esperienziali, in concreto, acquisiti;
- 2) che ai fini della valutazione del diverso livello di esposizione delle proprie articolazioni al rischio di corruzione e della conseguente individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio medesimo, si considerano l'intensità e l'estensione del rischio insito nelle diverse attività riconducibili all'Azienda, con la formulazione di un giudizio sintetico (Basso – Medio – Alto), indicativo del relativo c.d. grado di rischio.

In applicazione dei principi dinanzi fissati, nel presente piano di prevenzione della corruzione si è stabilito in collaborazione con i Direttori delle U.O.C. interessate che – in aggiunta alle attività ad elevato rischio di corruzione di cui all'art. 1 c. 16 della L. n. 190/2012 – le attività dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, in cui il rischio medesimo si configura con grado di intensità ALTO, sono individuate nelle seguenti aree, nel cui svolgimento si rinvergono contemporaneamente, nella massima ampiezza ed estensione, tutti i fattori di rischio dinanzi elencati:

- area di attività della Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo);
- area di attività della Gestione Economica Finanziaria;
- area di attività Legali;
- area di attività Convenzione e Contratti;
- area di attività degli Affari Generali;
- area di attività dell'Acquisizione di Beni e Servizi;
- area di attività della Gestione delle Risorse Umane;
- area di attività Tecnico Patrimoniale;
- area di attività della Gestione dei Sistemi Informatici;
- area di attività del Controllo di Gestione;
- area di attività della Assistenza Distrettuale;

- area di attività dell'Assistenza Ospedaliera;
- area di attività del Dipartimento di Prevenzione;

Nel piano di prevenzione della corruzione adottato si è altresì determinato che le attività dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino nell'ambito delle quali il rischio di corruzione si configura con grado di intensità MEDIO, sono individuate nelle seguenti:

- area di attività dell'Assistenza Riabilitativa.
- area URP;
- area Medicina Legale;
- area integrazione Socio Sanitaria;
- area delle Dipendenze;
- area Assistenza Anziani;
- area di attività del Dipartimento di Salute Mentale;
- area di attività della Formazione.

Nel presente piano di prevenzione della corruzione adottato si è infine determinato che, in tutte le restanti attività dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, individuate in via residuale rispetto alle elencazioni contenute nei periodi che precedono, il rischio di corruzione si configura, invece, come BASSO, in quanto nel loro svolgimento i potenziali fattori di rischio dinanzi elencati si evidenziano con una ampiezza ed una estensione normalmente ridotta.

Le attività a rischio di corruzione, individuate ai sensi del piano, devono essere svolte, ove possibile, da personale specificamente selezionato e formato; le attività a rischio di corruzione, in rapporto al grado di rischio, sono svolte nella rigorosa osservanza delle misure preventive delineate nel piano che prevedono:

- a) procedimenti a disciplina rinforzata;
- b) controlli specifici;
- c) valutazioni dei risultati raggiunti;
- d) specifiche misure nella organizzazione degli uffici e nella gestione del personale addetto;
- e) specifiche misure di trasparenza dell'attività svolta.

Il presente PIAO dell'Azienda Sanitaria Locale recepisce le aree di rischio che l'esperienza internazionale e nazionale mostrano come ricorrenti (rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte) e che la L. n. 190/2012 individua espressamente come tali, vale a dire le aree che sono elencate nell'art. 1, comma 16, che si riferiscono ai procedimenti di:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 163 del 2006;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 150/2009.

I suddetti procedimenti corrispondono alle seguenti aree di rischio:

- processi finalizzati all'acquisizione e alla progressione del personale;
- processi finalizzati all'affidamento di lavori, servizi e forniture nonché all'affidamento di ogni altro tipo di commessa o vantaggio pubblici disciplinato dal d.lgs. n. 163/2006;
- processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

Le suindicate aree di rischio – comuni ed obbligatorie a tutte le pubbliche amministrazioni ed, in quanto tali, in considerazione della loro massima rischiosità, recepite nel presente PIAO – si articolano, a loro volta, nelle seguenti sottoaree:

- A) acquisizione e progressione del personale
- B) affidamento di lavori, servizi e forniture
- 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.

Queste aree di rischio sono singolarmente analizzate ed indicate nel presente PIAO ed adattate alla specifica realtà organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino. Le stesse – che costituiscono un contenuto minimale obbligatorio per legge – non esauriscono, tuttavia, la individuazione delle aree di rischio dell'Azienda. Il presente PIAO include, infatti, ulteriori aree di rischio, che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto e che scaturiscono dal processo di valutazione del rischio.

In particolare, vengono confermate le macroaree già presenti nel precedente piano che sono state oggetto di controllo e, in più, all'interno delle stesse, vengono ribadite ulteriori aree di rischio generali e specifiche comprensive di fattori di rischio già attuati e sottoposti a continua valutazione come da tabelle allegate.

Le macroaree interessate sono le seguenti:

- a) Gestione Risorse Umane → incarichi e nomine;
- b) Giuridico Legale → incarichi e nomine;
- c) Direzione Sanitaria Ospedaliera → attività conseguenti al decesso, ALPI
- d) Dipartimento di Prevenzione → controlli, verifiche e ispezioni;
- e) Cure Primarie → attività libero professionale;
- f) Provveditorato – Economato → contratti e gare;
- g) Tecnico Patrimoniale → contratti immobili; gare;
- h) Direzioni Sanitarie Distrettuali → controlli strutture private accreditate;
- i) Attività libero professionale;
- l) Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- m) Attività di vigilanza, controllo e ispezioni;
- n) Gare e Appalti.

Per quanto riguarda la gestione delle prenotazioni visite, è attivo un CUP centralizzato Aziendale che nel corso dell'anno verrà implementato per la gestione delle priorità con la previsione, che tutte le visite richieste anche quelle in ALPI vengano attivate tramite lo stesso CUP Aziendale.

La valutazione del rischio di corruzione ed illegalità compiuta nel presente PIAO costituirà oggetto di aggiornamento e di implementazione – da completarsi entro dicembre 2025, in termini di maggiore specificità nella indicazione delle sottoaree, delle attività e dei processi a rischio, salvo emergenti motivate esigenze che richiedano che siano, con immediatezza, apportate tempestive modifiche al PIAO aziendale.

Per l'attività di analisi del rischio l'Azienda si avvarrà del supporto del Nucleo Interno di Valutazione (nelle funzioni di l'O.I.V.) e degli altri organismi interni di controllo, con il coinvolgimento dei dirigenti responsabili sotto il coordinamento generale del Responsabile della prevenzione della corruzione. In particolare, il Nucleo Interno di Valutazione (nelle funzioni di l'O.I.V.) può esprimere un proprio parere sull'esito dell'analisi del rischio, alla luce del monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009).

17. PNRR

Le norme che regolano i contratti pubblici, nel corso degli anni, specie recenti, hanno contribuito ad accrescere le fonti regolatorie sia in un'ottica di quadro generale sia in un'ottica di quadro particolare relativamente all'introduzione di specifiche leggi di carattere speciale e derogatorio

Punto di interesse per l'analisi della situazione attuale della contrattualistica riveste sicuramente il contenuto del D.L. n 77/2021 in particolare per le disposizioni che intervengono rispetto al complesso delle procedure di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici relativi al PNRR e al PNC, al fine di contemperare le esigenze di celerità con il regolare svolgimento delle fasi delle procedure

Alla luce del nuovo quadro normativo, racchiuso all'interno del Codice dei contratti di cui al D. Lgs n 50/2016 ma spesso modificato ed integrato, l' ANAC ha predisposto, al fine di analizzare il nuovo scenario generale, i seguenti allegati pubblicati nel vigente PNA i cui contenuti si richiamano, all'interno della Asl di AVELLINO, al fine della loro osservanza:

- Allegato 5 al PNA "Indice ragionato delle deroghe e delle modifiche alla disciplina dei contratti pubblici"
- Allegato 6 al PNA "Appendice normativa sul regime derogatorio dei contratti pubblici"
- Allegato 7 al PNA "Contenuti del bando tipo n 1/2021"
- Allegato 8 al PNA "Check list per gli appalti"

Allo stesso tempo si richiamano e si fanno proprie all'interno dell'Asl di AVELLINO le misure individuate dall' ANAC (sub tabella 12 e 13 all'interno del PNA) per contrastare le possibili criticità in riferimento ai principali

istituti previsti dalle norme introdotte dal D.L. n 76/200 convertito in Legge n. 120/2020 individuando la UOC Tecnico Patrimoniale, la UOC Provveditorato, quali strutture interne competenti nell'attuazione delle misure da adottare.

In quest'ottica la figura del RUP rimane centrale all'interno dell'area di rischio dei contratti pubblici in base a quanto previsto dall'art 31 del D. Lgs n 50/2016 in merito alla quale figura si richiamano le Linee Guida dell'ANAC n 3 del 2016.

Il RUP è soggetto principale pienamente coinvolto in tutte le fasi delle procedure di gara. Il RUP deve essere in possesso di adeguata formazione e competenza professionale richiamando la necessità ribadita dall'ANAC di procedere al rispetto del criterio della rotazione per l'affidamento di detto incarico.

Si prevedono all'interno dell'Asl Avellino, con riferimento alla figura del RUP, le seguenti misure:

- l'applicazione del Codice di Comportamento al RUP e ai soggetti assegnati al supporto;
- la gestione del conflitto di interessi ex art 42 del Codice obbligatorio per il soggetto che riveste la funzione di RUP;
- la rotazione effettiva degli incarichi per lo svolgimento delle funzioni di RUP;
- la formazione del personale idoneo a ricoprire la funzione di RUP in materia di prevenzione della corruzione da aggiungere alla formazione specifica in materia di appalti.

La gestione dei conflitti di interesse ha risvolti anche in materia di prevenzione di fenomeni corruttivi.

Il conflitto di interessi si realizza quando la cura dell'interesse pubblico viene deviata per favorire il soddisfacimento di interessi personali del soggetto/ dipendente coinvolto o di terzi pregiudicando l'imparzialità della pubblica amministrazione.

In materia di contratti pubblici vige la disposizione dell'art. 42 del D. Lgs n. 50/2016 individuando posizioni che potenzialmente potrebbero compromettere il corretto svolgimento delle procedure amministrative e compromettere anche il comportamento imparziale che deve avere il dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale.

La gestione del conflitto di interessi ha un particolare rilievo nello svolgimento delle procedure di affidamento e il codice dei contratti prevede una specifica norma in materia all'art. 42.

La normativa europea, al pari, emanata per l'attuazione del PNRR assegna un particolare valore alla prevenzione dei conflitti di interessi all'art 22 comma 1 del Regolamento UE n 241/2021 imponendo agli Stati membri l'obbligo di fornire alla Commissione i dati del titolare effettivo del destinatario dei fondi o dell'appaltatore.

Lo stesso art. 42 al comma 3 individua quale rimedio "l'obbligo di darne comunicazione alla stazione appaltante" e di "astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni".

Infine sono programmati incontri tra il RPCT e l'Unità di missione e gli altri uffici che gestiscono fondi PNRR per verificare l'attuazione delle misure in materia di anticorruzione e trasparenza.

In materia di trasparenza dei contratti pubblici significativo è il processo di digitalizzazione integrale del ciclo degli appalti acquisisce piena efficacia, come previsto dal nuovo Codice degli Appalti in vigore dal 01/01/2024. La digitalizzazione si applica a tutti i contratti di appalto o concessione, di qualunque importo, nei settori ordinari e nei settori speciali. Al centro del nuovo sistema di appalti digitali c'è la Banca Dati ANAC, che interagisce da una parte con le piattaforme certificate utilizzate dalle stazioni appaltanti, e dall'altra con le banche dati statali che detengono le informazioni necessarie alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti per gestire le varie fasi del ciclo di vita dei contratti pubblici.

Pertanto, le fasi di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione di appalti e concessioni verranno gestite dalle stazioni appaltanti mediante piattaforme di approvvigionamento digitale certificate, di cui ogni ente pubblico deve avvalersi.

Tali piattaforme devono essere utilizzate per la redazione o acquisizione degli atti relativi alle varie procedure di gara; trasmissione dei dati e documenti alla Banca Dati ANAC; l'accesso alla documentazione di gara; la presentazione del Documento di gara unico europeo; la presentazione delle offerte; l'apertura, gestione e conservazione del fascicolo di gara; il controllo tecnico, contabile e amministrativo dei contratti in fase di esecuzione e la gestione delle garanzie.

Un'ulteriore rilevante novità riguarda una specifica fase del ciclo di vita dei contratti pubblici, quella della pubblicazione. A garantire la pubblicità degli atti di gara sarà ANAC, con la sua Banca Dati, mediante la trasmissione delle informazioni all'Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea.

Gli effetti giuridici degli atti pubblicati decorreranno dalla data di pubblicazione nella Banca dati nazionale dei contratti pubblici.

La documentazione di gara sarà resa costantemente disponibile attraverso le piattaforme digitali e i siti istituzionali delle stazioni appaltanti e rimarrà costantemente accessibile attraverso il collegamento con la Banca dati nazionale dei contratti pubblici.

Si segnala che è stata svolta l'attività di monitoraggio articolata su due livelli (tipico delle amministrazioni di grande dimensione e con un elevato livello di complessità come sono le aziende sanitarie pubbliche) in cui:

- il primo livello di monitoraggio è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare e a monitorare le misure specifiche per le aree di rischio di competenza in capo ai referenti del RPCT in qualità di titolari del rischio ciascuno per le aree di rischio di propria competenza. Tale monitoraggio di primo livello ha una cadenza semestrale attestata dalle relazioni che ogni Dirigente Referente effettua in favore del RPCT;
- il secondo livello è in capo al RPCT e che si estrinseca con la predisposizione della relazione annuale sulle attività di monitoraggio e sugli esiti rilevati da effettuare ogni anno pubblicata nei termini nel sito aziendale.

L'introduzione di un sistema di controlli interni assume un rilievo cruciale quale strumento per rafforzare ulteriormente il sistema di prevenzione del rischio di corruzione; per questo è in fase di approvazione una procedura specifica per la gestione degli audit relativi alla prevenzione della corruzione.

La verifica e il controllo sull'efficacia e sull'applicazione del Piano Triennale dell'ASL di Avellino si è articolato quindi in due momenti fondamentali:

- sulla valutazione del rischio ed i pericoli corruttivi;
- la valutazione delle misure adottate o in fase di implementazione da parte delle strutture.

Anche per il 2025 il confronto continuo con i direttori interessati potrà determinare una variazione del programma di audit annuale se si evidenziassero delle criticità che necessitano di una verifica immediata.

Tuttavia le misure di monitoraggio e vigilanza sull'efficacia del piano non riguardano soltanto le attività di semplice controllo sulla sua attuazione, ma si estendono agli interventi di implementazione e di miglioramento del suo contenuto.

Tali interventi comprenderanno:

- la predisposizione da parte del Responsabile di una relazione annuale che riporta il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal piano;
- l'attività dell'OIV che tiene conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione del piano ai fini della misurazione e valutazione delle performance.

18. Misura di gestione del pantouflage

Il divieto di pantouflage costituisce un vincolo per tutti i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle P.A., di non poter svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. Alla base di tale divieto si ravvisa il principio costituzionale di trasparenza, imparzialità, buon andamento e di quello che impone ai pubblici impiegati esclusività del servizio a favore dell'Amministrazione.

Il divieto di pantouflage o revolving doors intende prevenire uno scorretto esercizio dell'attività istituzionale da parte del dipendente pubblico.

Il divieto si pone l'obiettivo di evitare situazioni di conflitto d'interessi.

In particolare, l'intenzione del legislatore, come chiarito dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione è quella di contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

19. Disposizioni Finali

Tutto ciò, insieme alla formazione continua che è stata effettuata e che continuerà nel corso del prossimo anno, serve a sensibilizzare il personale tutto onde ridurre i rischi e migliorare tutti i processi che portano ad un aumento della cultura della trasparenza a discapito dei rischi corruttivi.

I protocolli operativi delle macro strutture sono già pubblicati (in parte) o in via di pubblicazione sul sito Amministrazione Trasparente.

I responsabili delle strutture interessate oltre alla pubblicazione dei dati sul sito Amministrazione Trasparente come già previsto dal precedente piano semestralmente relazioneranno al Responsabile Anticorruzione e Trasparenza in merito alle ulteriori aree di rischio presenti nel presente piano, onde poter adottare laddove

necessari correttivi utili a determinare sempre più maggior trasparenza e riduzione del rischio di fenomeni corruttivi.

Per quanto non espressamente previsto nel presente Piano, trovano applicazione le norme dettate dalla Legge 190/2012.

Il presente Piano verrà adeguato inoltre con le indicazioni che forniranno il Dipartimento della Funzione Pubblica e l'ANAC nei loro atti di indirizzo e potrà subire variazioni in seguito all'applicazione dell'Atto Aziendale approvato dalla Regione Campania in data 30.06.2023.

20. Formazione

Il piano di formazione programmato prevede:

A) Per i Dirigenti delle strutture ad Alto rischio, un progetto formativo di 9 ore distinto in tre moduli divisi dedicati allo studio dell'impianto della normativa in generale, natura penale e di quella della natura amministrativa. Lo stesso sarà completato entro Novembre 2025, inoltre sono previsti incontri bimestrali con tutti i referenti del RPCT per la valutazione dello stato di attuazione del Piano ed eventuale risoluzione di problematiche intercorse.

B) Per i Dipendenti che maggiormente operano in strutture ad Alto e Medio rischio è previsto un modulo di formazione, anche alla luce della eventuale rotazione, da effettuarsi per tutti entro il 30 Novembre 2025, previa comunicazione del personale da formare da parte dei direttori di UOC Responsabili.

Sezione Trasparenza del PTPC

La Trasparenza

La Trasparenza, è un livello essenziale delle prestazioni erogate dalla ASL Avellino ed è intesa come accessibilità totale alle informazioni, concernenti ogni aspetto dell'organizzazione dell'ASL Avellino.

La Sezione Trasparenza, definisce i modi e le misure volte all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

Elaborazione al programma

L'ASL Avellino, nell'adempiere compiutamente al dettame legislativo, ha voluto dare alla mole di lavoro richiesto, il valore aggiunto di strumento di confronto tra gli operatori. Pertanto in seguito ad incontri con i Direttori di strutture direttamente coinvolti nella pubblicazione dei dati, come previsto dall'allegato 1 del D. Lgs 33/2013 ss.mm.ii., si è stabilito che tutti i dati richiesti vengano pubblicati dai Direttori delle U.O.C. interessate e da personale da loro indicato (vedi tabella allegata), a cui è stata fornita una Password di accesso al sito (PA 33) per la pubblicazione in autonomia.

Gli stessi comunicheranno tempestivamente al RPCT ed al Coordinatore del sito Aziendale l'avvenuta pubblicazione dei dati dovuti e semestralmente relazioneranno al Responsabile per la Trasparenza sulla esattezza e completezza dei dati dovuti.

L'integrità e la prevenzione della corruzione

In riferimento alla legalità ed alla cultura dell'integrità, la trasparenza risulta strumentale alla prevenzione della corruzione. E' infatti il mezzo attraverso cui prevenire ed eventualmente svelare situazioni in cui possono annidarsi forme di illecito e di conflitto di interesse, per cui la Sezione Trasparenza è di fatto parte integrante del Piano della Prevenzione della Corruzione 2025 – 2027 e la rilevanza della pubblicazione di dati sul sito istituzionale, acquisisce notevole importanza proprio in riferimento alla prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della trasparenza

L'RPCT segnala i casi di inadempimento o adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione, previsti dalla normativa vigente e dal presente Piano alla Direzione Strategica ed all'OIV.

Sanzioni

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalle normative vigenti, come da comunicazione trasmessa ai Singoli Direttori/Responsabili di Struttura, costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione. Sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e dal trattamento economico collegato alla performance individuale dei Responsabili e del Personale tutto. Pertanto, gli obblighi di pubblicazione legati anche alla prevenzione della corruzione, saranno direttamente collegati al piano della performance ed oggetto di valutazione da parte dell'OIV insieme agli Obiettivi Gestionali ricevuti dalla Direzione Strategica. A tal proposito, la Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2 del 19 luglio 2013 richiama l'attenzione sul fatto che la legge prevede importanti sanzioni in caso di violazione degli obblighi di trasparenza. Infatti, l'inadempimento può comportare responsabilità disciplinare, dirigenziale e amministrativa (art. 46 del D. Lgs. n.33 del 2013), nonché l'applicazione di sanzioni amministrative, di pubblicazione del provvedimento (art. 47 D. Lgs. n. 33 del 2013) e mancato trasferimento di risorse a favore di enti e organismi (art. 22 e 28 D. Lgs. n. 33 del 2013).

Compiti OIV

L'OIV utilizza le informazioni ed i dati relativi all'attuazione degli obblighi di Trasparenza, ai fini della misurazione e della valutazione della performance organizzativa ed individuale dei Dirigenti Responsabili di strutture e di tutto il Personale dipendente.

Giornata trasparenza

Le giornate della trasparenza, previste dalla normativa, sono strumenti di coinvolgimento degli stakeholder per la promozione e la valorizzazione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni. Esse rappresentano un'occasione per informare sul PIAO tutti i soggetti a vario titolo interessati e coinvolti. Nelle giornate della trasparenza è previsto un momento di condivisione delle best practice, di esperienze, del clima lavorativo e del livello dell'organizzazione del lavoro, nonché dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione e di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Per l'anno 2025 si prenderà in considerazione la possibilità di organizzare un momento formativo per il personale interno.

Entro Ottobre 2025, nell'ambito della Giornata della Trasparenza, sarà dato ampio risalto alle valutazioni nel frattempo effettuate dagli Stakeholder interni ed esterni all'azienda, al fine di aggiornare migliorare e rendere sempre più efficiente ed utile il Piano.

Carta dei servizi

La riforma della Pubblica Amministrazione evidenzia la necessità di migliorare la qualità dei servizi pubblici ed in questa ottica l'ASL Avellino sta migliorando di continuo la Nuova Carta dei Servizi, anche alla luce dei cambiamenti in itinere

Pubblicità e diritto alla conoscibilità

Tutti i documenti, le informazioni e di dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblici e chiunque ha diritto di conoscerli e riutilizzarli.

Tutti i dati resi disponibili sono pubblicati in formato tipo aperto ai sensi dell'art. 69 del codice dell'Amministrazione digitale, di cui al D. Lgs 7/03/05, n° 82 e successivi e sono riutilizzabili ai sensi del D. Lgs 24/01/06, n° 36 e del decreto sulla Privacy senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare fonti e di rispettare l'integrità.

Accesso civico

L'accesso civico rappresenta l'elemento più innovativo delle modifiche introdotte.

L'Accesso Civico "semplice", previsto dall'art. 5 comma 1 del decreto legislativo 33/2013, è il diritto di chiunque di richiedere alle P.A. di pubblicare documenti, informazioni e dati per i quali è prevista la pubblicazione obbligatoria, nel caso in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

L'Accesso Civico "generalizzato", previsto dall'art. 5 comma 2 del decreto legislativo 33/2013 (introdotto dall'art. 6 del decreto legislativo 97/2016) è il diritto di chiunque di accedere a documenti, informazioni e dati detenuti dalle P.A., ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

L'esercizio del diritto all'accesso civico non richiede uno specifico interesse personale del cittadino, l'istanza non necessita di motivazione e non è sottoposta ad alcuna limitazione, ad esclusione di quanto espressamente previsto dalla legge, con le procedure previste dalla stessa.

È stato adottato un regolamento Aziendale per disciplinare in maniera sistematica l'accesso civico in corso di aggiornamento.

Meno farraginoso e selettivo, tendente ad accrescere il rapporto di fiducia tra cittadini e P.A. e a promuovere il principio di legalità e di prevenzione della corruzione, riconoscendo a tutti i cittadini indistintamente il diritto di chiedere ed ottenere che le PP.AA. pubblichino atti, documenti ed informazioni che detengono per qualsiasi motivo, e che, per qualsiasi motivo, non abbiano pubblicato sul proprio sito.

Il D. Lgs 25 maggio 2016 n. 97, pubblicato sulla G.U. n. 132 dell'8 giugno 2016 rubricato "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", assume rilevanza non solo perché modifica la disciplina del D. Lgs 33/13 in materia di trasparenza amministrativa, ma anche perché introduce una rivoluzionaria forma di accesso: il "Freedom of information act" (FOIA), il quale radica nel cittadino il diritto di accedere a qualunque atto o informazione detenuti da una P.A., a prescindere dalla dimostrazione di uno specifico interesse vantato (come invece richiesto nell'accesso tradizionale della legge 241/90) e a prescindere dalla sussistenza dell'obbligo della sua pubblicazione (come invece previsto nell'accesso civico disciplinato nell'art. 5 del d.lgs. 33/2013). Il nuovo istituto giuridico (inserito, anche questo, nel medesimo articolo 5 del d.lgs. 33/2013 e denominato anche questo "accesso civico") incontra alcuni limiti debitamente illustrati nell'art. 5-bis del riformulato D. Lgs. 33/13 ss.mm.ii. rappresentati dalla tutela degli interessi pubblici e dalla tutela di una serie di interessi privati.

Wistleblowing

Questa Azienda ha avviato l'iter amministrativo per l'acquisto di una piattaforma. Nell'attesa, è stata istituita casella di posta elettronica ad uso esclusivo del RPCT.

Limiti di trasparenza

Gli obblighi di pubblicazione dei dati personali diversi dai dati sensibili e dai dati giudiziari di cui all'art. 4 comma 1 lettera d ed e, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n° 196 ss.mm.ii. comportano la possibilità di una diffusione dei dati medesimi attraverso siti istituzionali nonché il loro trattamento secondo modalità che ne consentano la indicizzazione e la rintracciabilità tramite i motori di ricerca web ed il loro riutilizzo ai sensi dell'art. del D. Lgs 33/2013 ss.mm.ii. e quindi pubblicati in formato aperto ai sensi dell'art.68 del codice dell'Amministrazione digitale n° 82/05 e del D. Lgs n° 36/06, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e rispettarne l'integrità.

Nei casi in cui norme di legge, o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, sensibili giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione.

Le notizie concernenti lo svolgimento delle prestazioni di chiunque sia addetto a una funzione pubblica e la relativa valutazione sono rese accessibili. Non sono invece estensibili, se non nei casi previsti dalla legge, le notizie concernenti la natura delle infermità e lavoro, nonché le componenti della valutazione o le notizie concernenti il rapporto di lavoro tra il predetto dipendente e l'amministrazione idonee a rilevare taluna delle informazioni di cui all'art.4, comma1, lettera d del decreto legislativo n° 196 del 2003 ss.mm.ii.

Rimangono fermi i limiti alla diffusione e all'accesso delle informazioni di cui all'art. 24, comma 1 e 6, della legge 7 agosto 1990, n° 332, di quelli previsti dalla normativa Europea materia di tutela del segreto statistico e di quelli che siano espressamente qualificati come riservati dalla normativa nazionale ed Europea in materia statistica, nonché quelli relativi alla diffusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

Decorrenza e durata dell' obbligo di pubblicazione

I documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatori sono pubblicati tempestivamente sul sito Istituzionale.

I documenti contenenti altre informazioni obbligatorie sono inoltre pubblicati e mantenuti aggiornati.

I dati, le informazioni ed i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 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 producano gli effetti fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali.

Qualità dell'informazione

L'Azienda Sanitaria garantisce la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge assicurando:

- l'Integrità;
- il costante aggiornamento;
- la completezza;
- la tempestività;
- la semplicità di consultazione;
- la comprensibilità;
- l'omogeneità;
- la facile accessibilità.

Struttura delle informazioni pubblicate

L'Organizzazione della struttura del link Amministrazione trasparente dovrà ispirarsi ai principi sanciti dall'allegato A del D. Lgs 33/2013 ss.mm.ii.

Tutela giurisdizionale

Le controversie relative agli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente sono disciplinate dal D. Lgs 2 luglio 2010, n° 104.

Norme di rinvio

Per tutto quanto non previsto dalla presente Sezione Trasparenza si rimanda al D. Lgs n° 33/2013 ss.mm.ii. ed alle direttive della Regione Campania sull'argomento.

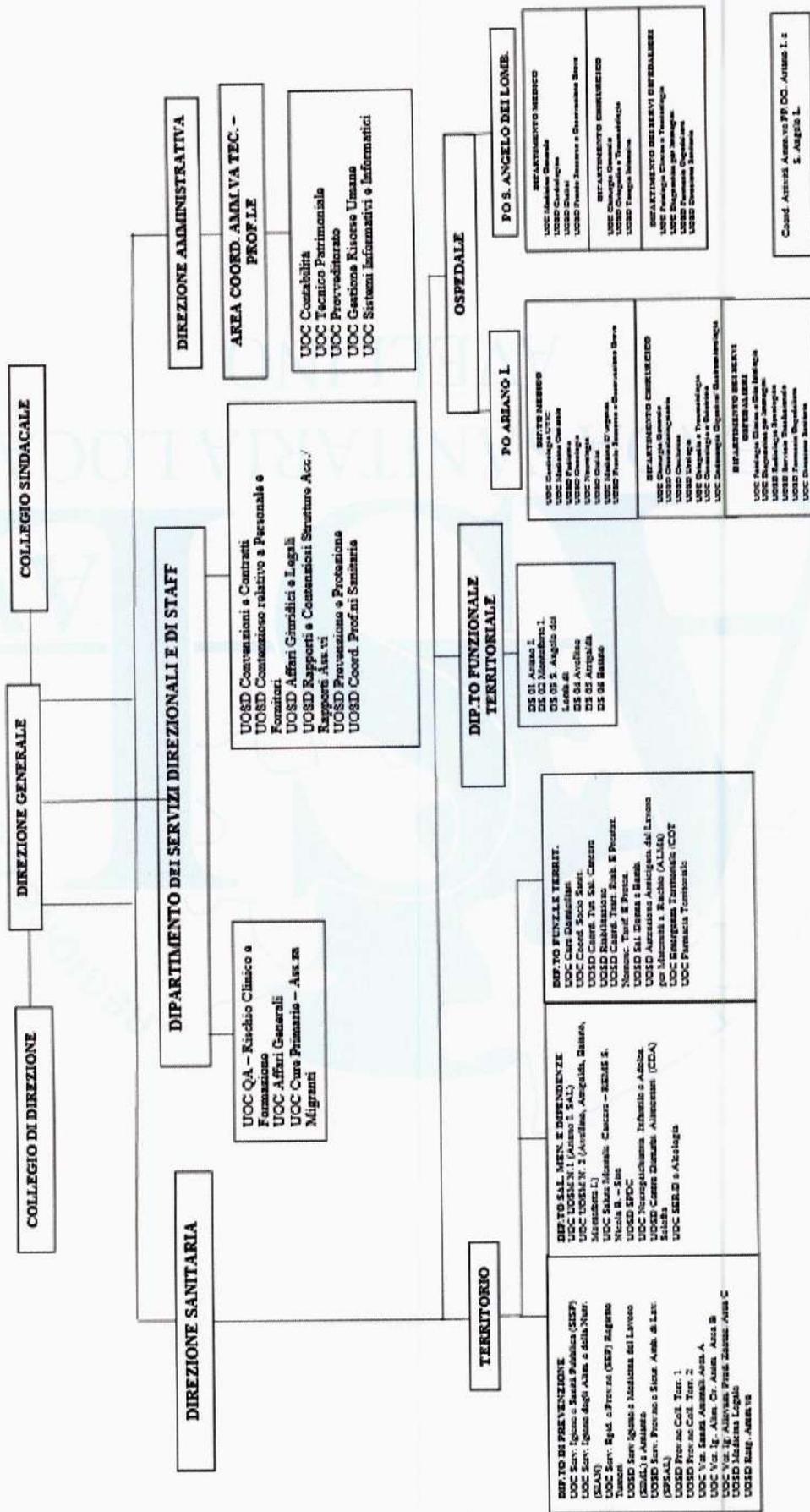
Sezione 3 - Organizzazione e capitale umano

Nella presente sezione vengono illustrate la struttura organizzativa e le attività svolte dall'ASL Avellino in termini, in particolare, di organizzazione del lavoro agile, di assunzione del personale e di formazione dello stesso.

3.1 Struttura organizzativa

L'Organigramma sotto riportato illustra l'articolazione delle strutture, al fine di descrivere l'organizzazione dell'ASL Avellino, così come definita nell'Atto Aziendale adottato con Delibera ASL AV n. 1094 del 24.07.2023 ad oggetto: "Adozione Atto Aziendale Asl Avellino secondo l'attuazione della Delibera Giunta Regionale della Campania n. 389 del 30 giugno 2023", resa esecutiva dalla Delibera aziendale n. 1118 del 28.07.2023, in quanto in linea con la programmazione dei posti letto l'applicazione dei parametri per la individuazione delle unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali.

Fig. 1 Organigramma della ASL Avellino



Coord. Amm. Area TO PP OO Aviano 1 e S. Angelo L.

3.1.2 Mission Aziendale

Promuove e tutela la salute dei cittadini dell'ambito territoriale di pertinenza; assicurando processi sanitari e socio sanitari che, con approccio integrato, rispettino i criteri di appropriatezza d'uso delle risorse ed i principi del miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure, nel rispetto dei vincoli di bilancio".

Tra gli interventi fondamentali per promuovere e tutelare la salute dei cittadini, l'Azienda ritiene vi siano l'educazione sanitaria della popolazione residente, la prevenzione soprattutto primaria e secondaria, quindi la diagnosi precoce e l'assistenza domiciliare e territoriale, la partecipazione dei Presidi Ospedalieri alla rete dell'emergenza ed alle reti tempo dipendenti, mezzi indispensabili per contenere anche la spesa sanitaria. Per procedere in tal senso è necessario un approccio integrato tra tutti i soggetti che direttamente o indirettamente sono coinvolti nel bene salute.

3.2 Programmazione di sviluppo del lavoro agile

L'ASL Avellino intende favorire il processo di innovazione dell'organizzazione del lavoro, al fine di garantire condizioni di lavoro trasparenti, favorire la produttività e l'orientamento ai risultati, nonché, conciliare i tempi di vita e di lavoro dei propri dipendenti. Lo scopo prefissato è quello di stimolare il cambiamento strutturale del funzionamento della Azienda, in direzione di una maggiore efficacia dell'azione amministrativa, che permetta un miglioramento dei servizi pubblici e garantisca, nel contempo un giusto equilibrio fra vita professionale e vita privata.

Con l'ormai superata contingenza pandemica (dichiarata conclusa dall'Organizzazione mondiale della Sanità in data 05 maggio 2023), l'accesso al lavoro agile è possibile solamente con la sottoscrizione di un accordo individuale con l'Amministrazione di appartenenza. A tal guisa, occorre sottolineare che la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri, datata 29.12.2023, ha sottolineato che i dipendenti pubblici, che rientrano nel genus di "soggetti fragili", possono accedere alla prestazione lavorativa in modalità agile attraverso la predetta modalità. E' prevista però la possibilità per tutti i lavoratori, che documentino "gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari", di svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità agile, "derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza".

Il D. Lgs 105/2022 all'art. 4 — comma 1 — ha però previsto che i datori di lavoro pubblici devono riconoscere una priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile ai lavoratori e alle lavoratrici che versano in una delle seguenti condizioni:

disabile in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4 — comma 1-- della Legge 104/1992;
genitore con figli fino a 12 anni di età o senza limiti di età nel caso di figli in condizioni di disabilità accertata ai sensi dell'art. 3 — comma 3 — della Legge 104/1992;
caregivers di soggetti che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche e degenerative, non siano autosufficienti e in grado di prendersi cura di sé stessi.

Si precisa che, per queste categorie di lavoratori, viene riconosciuta una priorità e non un diritto individuale alla fruizione del lavoro agile.

E' necessario: individuare, in collaborazione con i direttori/responsabili delle UU. 00, i criteri per la tipologia di attività che possono essere svolte da remoto e quelli utili alla valutazione del grado di autonomia necessario per lo svolgimento delle attività da remoto; ridefinire i parametri di accesso alla modalità di Lavoro Agile, tenendo sempre presente il principio della volontarietà nell'adesione e ponendo particolare attenzione alla componente femminile; individuare la modalità più consona ai fini della conciliazione dei tempi di vita e tempi di lavoro, per non creare discriminazioni e/o isolamento, definendo, ad esempio, il numero di giorni a settimana previsti per usufruire del Lavoro Agile; prevedere la possibilità di una rotazione del personale per garantire un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività lavorativa in lavoro agile e in presenza, facendo attenzione nel dare priorità ai lavoratori fragili; garantire la flessibilità rispetto alla fascia orario di reperibilità e al diritto di disconnessione del dipendente, al fine di garantire pari dignità lavorativa, evitando di essere reperibili h 24. Occorre, inoltre, che il dipendente, autorizzato al Lavoro Agile svolga la propria attività in un luogo che possa garantire la propria incolumità personale, la sicurezza delle informazioni e la qualità del proprio lavoro, evitando quindi postazioni non a norma con le disposizioni antinfortunistiche o che possano creare situazioni di pericolo. Particolare attenzione deve essere rivolta anche alle tecnologie digitali, che costituiscono un fattore indispensabile, in quanto permettono di creare spazi di lavoro digitali virtuali nei quali la comunicazione, la

collaborazione e la socializzazione non dipendono da orari e luoghi di lavoro. Infine, il lavoro agile richiede necessariamente, attraverso la formazione, lo sviluppo di un set di competenze (soft, manageriali, tecniche e digitali) che consentano al lavoratore di svolgere al meglio e in autonomia il proprio lavoro e ai direttori/responsabili a programmare le attività e monitorare i risultati attraverso un sistema di reporting strutturato che possa consentire una più efficace organizzazione e gestione del lavoro (Documentazione di sintesi, su base settimanale o mensile).

L'implementazione del lavoro agile richiede una graduale elaborazione di un programma di sviluppo articolato in più fasi che, partendo da una baseline, definisce i livelli attesi degli indicatori scelti per misurare le condizioni abilitanti, lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi.

Azione n. 1

Una prima fase prevede la verifica delle condizioni di fattibilità tecnico - organizzative per lo svolgimento delle attività in lavoro agile, nel rispetto delle nuove indicazioni dettate dalla normativa vigente in materia.

I direttori /responsabili delle varie UU.OO. aziendali eseguiranno la mappatura delle attività suindicate anche tenendo presente l'esperienza maturata nel periodo pandemico. Indicheranno le attività che possono essere svolte in lavoro agile, le competenze necessarie, il tipo di prestazione richiesta, i risultati da raggiungere e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti.

Azione n. 2

Una fase di sviluppo intermedio, prevede:

- la definizione e l'adozione di un regolamento per accesso ordinario al Lavoro Agile;
- la definizione e lo sviluppo di modelli standard di accordi;
- la definizione di progetti formativi (area dirigenza e successivamente area comparto);
- lo studio e lo sviluppo di un sistema di misurazione della performance del lavoro agile ed eventuale revisione del ciclo delle performance e aggiornamento dei sistemi di valutazione.

Azione n. 3

Una fase di sviluppo avanzato prevede l'implementazione della modalità lavorativa in lavoro agile, anche al fine del miglioramento dell'impatto ambientale ed economico generale.

Al fine di definire lo sviluppo del lavoro agile si prenderà il 2024 quale baseline definendo i livelli attesi degli indicatori scelti per misurare le condizioni abilitanti, lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi.

“Dal 12 gennaio 2025 è stata introdotta una modifica dalla legge n. 203/2024 alla Legge n. 81/2017, che conferma che i Datori di lavoro sono obbligati a comunicare telematicamente al Ministero del Lavoro i nominativi dei lavoratori coinvolti, entro cinque giorni dalla data di avvio del periodo oppure entro i cinque giorni successivi alla data in cui si verifica l'evento modificativo della durata o della cessazione del periodo di lavoro svolto in modalità agile. In caso di mancata comunicazione secondo le modalità previste dal decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di cui al primo periodo, si applica la sanzione prevista dall'articolo 19, comma 3, del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276.

Le PA sono chiamate a organizzare il lavoro dei propri dipendenti e a garantire l'erogazione dei servizi attraverso la flessibilità dell'orario di lavoro, introducendo modalità di interlocuzione programmata, anche attraverso soluzioni digitali e non in presenza con l'utenza. Lo smart - space riveste invece un ruolo strategico nella programmazione a regime del lavoro agile. Le attività possono essere distinte in ragione del tipo di prestazione e di interazione richieste (es. attività intellettuali fondate sulla concentrazione o sull'elaborazione di proposte, di tipo comunicativo o collaborativo), nonché in ragione dello spazio fisico più idoneo a svolgerle, con conseguente pesatura del grado di mobilità delle stesse ai fini di un corretto svolgimento, attraverso un'analisi combinata dei fattori rilevanti.”

3.2.1 Conclusioni

Considerate le necessità soggettive degli operatori e, nello stesso tempo, l'obiettivo aziendale di razionalizzare ed ottimizzare le risorse, il lavoro agile può essere un'opportunità per migliorare la qualità delle prestazioni.

L'adozione delle misure di cui all'**Azione 1** consentirà di perseguire la finalità strategica mentre l'**Azione 2** adeguerà alle norme le specifiche esigenze Aziendali.

Gli obiettivi dell'**Azione 3**, ovvero della performance organizzativa, rappresentano i traguardi che l'Azienda deve raggiungere nel suo complesso ed al perseguimento dei quali tutti (Direttori, Dirigenti e personale) sono chiamati a contribuire.

3.3 CUG e Piano triennale di Azioni Positive

Il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere lavorativo, contro le discriminazioni e le violenze sui luoghi del lavoro, identificato con l'acronimo CUG, istituito con Legge 4 novembre 2010 n. 183, ha lo scopo di assicurare, in ambito lavorativo, parità e pari opportunità di genere, nonché l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta ed indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'identità di genere, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione, promuovendo l'effettiva uguaglianza, la cultura della tutela dei diritti della persona, e l'organizzazione del lavoro della Pubblica Amministrazione, rendendola efficiente e priva di conflittualità, contribuendo così a creare un ambiente connotato da benessere lavorativo. Il CUG vigila che le PA siano luoghi di lavoro dove sono garantiti i diritti dei lavoratori e della persona, la formazione professionale, l'avanzamento professionale, e la sicurezza. Il Comitato Unico di Garanzia, pertanto ha compiti propositivi, consultivi e di verifica in materia di pari opportunità e di benessere organizzativo, al fine di contribuire all'ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro pubblico, garantendo un ambiente lavorativo nel quale sia contrastata qualsiasi forma di discriminazione per i/le lavoratori/trici (art. 57, comma 3, del D. Lgs. 30 marzo 2021 n. 165). Un contesto lavorativo improntato al benessere dei lavoratori e delle lavoratrici rappresenta elemento imprescindibile per garantire il miglior apporto sia in termini di rendimento che di affezione al lavoro. È circostanza nota che un ambiente lavorativo ove si verificano episodi di discriminazione o mobbing si associa quasi inevitabilmente alla riduzione e al peggioramento delle prestazioni, con inevitabile ricaduta sulla qualità dei servizi che la PA eroga alla collettività. Il PAP del triennio 2022-2024 ancora in vigore tiene conto delle Linee Guida sulla "Parità di Genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le Pubbliche Amministrazioni" già previste all'art. 1, comma 2, del D. Lgs. 30 marzo 2021 n. 165 ed adottate il 7 ottobre 2022 che si ispirano ai seguenti principi:

- consapevolezza: raccogliere, analizzare e interpretare i dati sul fenomeno della parità di genere nei ruoli apicali come primo strumento per un cambiamento;
- pragmatismo: individuare soluzioni, anche temporanee, che possano ingenerare un cambiamento concreto, come con la strategia delle azioni positive;
- flessibilità: articolare proposte e strumenti in modo funzionale alla grande varietà di professionalità e lavori presenti nelle PA;
- apprendimento: accogliere nuove esigenze e riordinare le proposte in considerazione di mutamenti rapidi senza mai scostarsi dalle priorità preposte.

Il Comitato Unico di Garanzia, definito dal legislatore quale "Organismo di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" esercita, quindi, compiti propositivi, consultivi e di verifica su temi riguardanti le politiche di conciliazione vita lavoro, il benessere lavorativo, interventi e progetti idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione, molestie sessuali, morali o psicologiche nei luoghi di lavoro, interventi e progetti atti a promuovere la parità di trattamento e di opportunità tra generi e di verifica su esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo, formazione del personale e sviluppo delle carriere, riorganizzazione dei servizi nell'ambito delle materie di propria competenza, progetti per servizi alla famiglia e alla persona a favore dei dipendenti, promozione della cultura antidiscriminatoria.

Il CUG, oltre ad assumere, unificandole, tutte le funzioni che i contratti collettivi e le altre disposizioni attribuiscono ai comitati pari opportunità (CPO) e antimobbing, è investito di compiti molto più ampi rispetto ai precedenti comitati, in relazione a quanto previsto dalla normativa antidiscriminatoria e dalla normativa relativa alla salute e sicurezza sul lavoro, con particolare riferimento all'aspetto del benessere di chi lavora.

La programmazione delle Azioni Positive 2022-2024 è stata elaborata in condivisione con i componenti del Comitato Unico di Garanzia al fine di perseguire obiettivi di pari opportunità nell'ambito lavorativo ad ogni livello ed in ogni settore per promuovere, in tutte le articolazioni dell'Amministrazione e nel personale stesso, la cultura ed il rispetto del principio di non discriminazione diretta e indiretta. È quindi finalizzato ad attuare diritti di tutela, dignità e parità verificando, analizzando e programmando il cd. "gender balance" tenendo conto delle

esigenze delle donne e degli uomini, nonché politiche di conciliazione vita/lavoro ed azioni atte a favorire condizioni di benessere lavorativo allontanando e rimuovendo qualsiasi situazione di discriminazione e/o violenza sessuale, morale o psicologica e/o di mobbing.

3.3.1 Quadro normativo di riferimento

- Legge 10 aprile 1991, n. 125 "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro";
 - Direttiva del Consiglio dei Ministri 07/03/1997 "Azioni volte a promuovere l'attribuzione di poteri e responsabilità alle donne, a riconoscere e garantire la libertà di scelta e qualità sociale a donne e uomini e nel rispetto della Costituzione Italiani agli artt. 3, 37, 51;
 - D. Lgs. 23 maggio 2000, n. 196 "Disciplina dell'attività delle consigliere e dei consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive";
 - D. Lgs. 151/2001 e smi "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 51 della legge 8 marzo 2000, n. 53;
 - D. Lgs. 165/2001 e smi "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche" che prevede tra l'altro l'obbligo e le sanzioni per amministrazioni inadempienti all'art. 6, c. 6, disponendo il blocco dell'assunzione di nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette;
 - D. Lgs. 215/2003 e smi "Attuazione della direttiva 2000/43 CE per la parità di trattamento tra le persone";
 - D. Lgs. 216/2003 e smi "Attuazione direttiva 2000/78 CE in tema di divieto di discriminazione al momento dell'assunzione e durante la vigenza del contratto (settore privato e pubblico)";
 - art. 48 del D. Lgs. 198/2006 e smi "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della Legge 28 novembre 2005, n. 246;
 - direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, con lo scopo di assicurare l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego, nel rispetto delle disposizioni per attuare il principio della parità per l'accesso al lavoro, le condizioni di lavoro, compresa la retribuzione adeguata e paritaria, la promozione, la formazione, i regimi professionali e la sicurezza;
 - Direttiva Ministeriale Pari Opportunità nella P.A. del 23 maggio 2007 circa le "misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche";
 - D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";
 - D. Lgs. Del 3 agosto 2009, n.106 che ha disciplinato la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, prevedendo l'obbligo di includere nel documento di valutazione dei rischi, quello derivante da stress lavoro correlato, e di elaborare le indicazioni necessarie per l'identificazione e la valutazione;
 - D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
 - L. 183/2010 e smi "Deleghe al Governo in materia di lavoro usuranti, di riorganizzazioni di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie del lavoro;
 - Direttiva 4 marzo 2011 – Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e Ministero per le Pari Opportunità "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni";
 - Il Piano delle Azioni Positive recepisce oltre alla normativa nazionale quanto adottato in Regione Campania con la Delibera della Giunta Regionale n. 234 del 24/04/2018 "Approvazione del piano triennale delle azioni positive 2018-2020";
 - Direttiva n.2 del 2019 della presidenza del Consiglio dei Ministri "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Pubbliche Amministrazioni" in particolare nella parte in cui dispone che "in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della Performance".
- Recentemente, la materia è stata interessata da una evoluzione normativa e di prassi con i seguenti provvedimenti:
- Legge 5 novembre 2021, n. 162 "Modifiche al codice di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, e altre disposizioni in materia di pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo";

- D. Lgs. 30 giugno 2022 n. 105 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1158 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 giugno 2019, relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza e che abroga la direttiva 2010/18/UE del Consiglio";
- Messaggio INPS n. 3066 4 agosto 2022 "Prime indicazioni in materia di maternità, paternità e congedo parentale";
- Messaggio INPS n. 3096 del 5 agosto 2022 "Prime indicazioni in materia di permessi di cui all'articolo 33 della legge n. 104/1992 e di congedo straordinario di cui all'articolo 42, comma 5, del D. Lgs. n. 151/2001 con riferimento ai lavoratori dipendenti del settore privato";
- Ispettorato del Lavoro, nota 6 settembre 2022, n. 9550 recante indicazioni sulle novità introdotte dal D. Lgs. n. 105/2022 in riferimento all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza;
- Linee Guida del Dipartimento della funzione pubblica del 7 ottobre 2022 sulla "Parità di Genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le Pubbliche Amministrazioni";
- Circolare INPS n. 122 del 27 ottobre 2022 "Modifiche alle disposizioni in materia di congedo di paternità obbligatorio, congedo parentale e indennità di maternità delle lavoratrici autonome";
- CCNL Comparto Sanità 2019-2021 definitivamente sottoscritto il 5 novembre 2022.

3.3.2 Linee di azione ed obiettivi

La Programmazione delle Azioni Positive individua, preliminarmente, gli obiettivi che si intendono perseguire e le azioni per conseguirli, scaturisce dall'attività propositiva del Comitato Unico di Garanzia, costituito con Delibera n. 318 del 21.3.2011, della Direzione Generale ASL Avellino, e regolamentato come da Delibera n.1642 del 22.12.2017 della Direzione Generale ASL Avellino. Il presente PAP dopo l'adozione con delibera della Direzione Strategica dell'ASL di Avellino, ha seguito l'iter istituzionale previsto ed è stato pubblicato sul sito. Gli obiettivi della programmazione sono congruenti alla funzione del Comitato ed alla Direttiva del 4 marzo 2011 e smi. del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e del Ministro per le Pari Opportunità "Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni"- individuando nel benessere del lavoratore il presupposto per una migliore qualità dei servizi che hanno ricadute positive sulla P.A di appartenenza in misura proporzionale al grado di soddisfazione del lavoratore e dell'utente che accede ai servizi. Il Piano delle azioni positive dovrà perseguire le seguenti finalità:

- Promuovere le pari opportunità e non discriminazione sui luoghi di lavoro
- Promuovere la formazione e la cultura della parità di diritti
- Promuovere il benessere organizzativo e la sicurezza negli ambienti di lavoro

Le azioni del presente PAP per le pari opportunità mirano non solo al contrasto ed all'eliminazione di ogni forma di discriminazione diretta e indiretta relativa all'età, alla disabilità, all'orientamento sessuale e all'identità di genere, ma sono tese all'emersione di fenomeni di violenza ed alla rimozione di ostacoli che impediscono la realizzazione dell'effettiva uguaglianza e delle pari opportunità sui luoghi di lavoro.

Considerate le trasformazioni sociali e normative in atto, fulcro della programmazione è la tematica dell'invecchiamento della popolazione lavorativa e del benessere dei lavoratori.

Nel corso degli ultimi anni si è verificato, anche nella Asl Avellino, un avvicendamento delle risorse umane nell'organizzazione a causa dell'invecchiamento della forza lavoro, con un ambiente operativo che tende al cambiamento per la continua trasformazione dovuta alla spinta delle innovazioni digitali che inducono all'adozione di nuove prassi organizzative. Inoltre l'inserimento nell'organizzazione di nuovo personale ha realizzato con successo il passaggio di informazioni intergenerazionali e della valorizzazione delle competenze. In un contesto lavorativo dove la popolazione lavorativa è prevalentemente più anziana possono manifestarsi più facilmente assenze per problemi di salute, e diventa necessario implementare la formazione per aggiornare le competenze, nonché la padronanza delle nuove tecnostrutture. L'inclusione delle due componenti si è concretizzata con la valorizzazione delle risorse prossime alla quiescenza e la facilitazione dell'inserimento del nuovo personale sostenendone la formazione e l'apprendimento di prassi e procedure.

Con la predisposizione del nuovo Piano, è stata elaborata una strategia di sensibilizzazione e conoscenza sulle tematiche di pari opportunità, di contrasto alle discriminazioni e di benessere dei luoghi di lavoro, in particolare

con l'obiettivo di conoscere e combattere lo stress lavoro – correlato, così come dettato dall' Accordo europeo sullo stress del 2004.

Azioni

Il contesto lavorativo e della pianta organica in ottica di genere e di pari opportunità, con analisi dei fattori che condizionano o limitano le pari opportunità, utile al fine di costituire un insostituibile parametro di riferimento necessario per la successiva valutazione della qualità delle azioni messe in campo, è stato reso noto attraverso report annuale dell'attuale situazione del personale dipendente dell'Azienda suddiviso per sesso e per benefici di legge (M/F, beneficiari legge 104, disabilità etc) motivo e causalità delle assenze, retribuzione e posizione nella gerarchia dell'organizzazione (qualifica ed anzianità, incarichi e progetti M/F, ore di lavoro straordinari M/F e altri istituti contrattuali, progressione di carriera negli ultimi anni F/M), stato di fatto sulla condizione lavorativa delle donne dipendenti (direzioni e contesti di alta responsabilità, diversi settori es.: lavoro notturno, emergenza etc). Tra le azioni previste particolare importanza rivestono:

- **Il monitoraggio della composizione commissione concorsi** con la presenza di almeno un terzo dei componenti di genere femminile, dell'inserimento e del benessere di personale diversamente abile.
SOGGETTI COINVOLTI: Direzione Strategica, CUG, UOC GRU.

- **Sviluppo di strategie contro le molestie e le discriminazioni, a tutela dei diritti della persona e delle pari opportunità delle lavoratrici e dei lavoratori.** La complessa articolazione di un'azienda sanitaria, diversificata sia per l'ubicazione sul territorio che per i servizi che eroga, configura un quadro eterogeneo sia degli ambienti lavorativi che delle professionalità ed individualità che vi lavorano. Tale eterogeneità di ruoli e di responsabilità possono determinare problematiche relazionali e fenomeni discriminatori che contaminano il benessere lavorativo con ricadute sia sulla qualità dei servizi erogati che sul benessere lavorativo.

Al fine di sviluppare strategie contro le molestie e le discriminazioni è utile eseguire un'indagine conoscitiva del contesto lavorativo svolta a campione attraverso un questionario anonimo, utile a testare il grado di adattamento del/della lavoratore/lavoratrice, a rilevare la presenza di eventuali comportamenti lesivi della dignità della persona in ambito lavorativo e far emergere fenomeni di molestie e discriminazione. Un percorso formativo teso all'informazione e divulgazione dei diritti della persona in ambito lavorativo, ed alla conoscenza del fenomeno della violenza di genere, in tutte le sue forme di estrinsecazione (verbale, fisica, sessuale, psicologica economica etc), costituisce una strategia di contrasto alla violenza non solo sui luoghi di lavoro, ma anche nella collettività. Allo stesso modo è necessaria una formazione sulla medicina di genere rivolta agli operatori sanitari per l'istituzione di percorsi di diagnosi e cura verso le persone LGBTQIA+, e sulla corretta comunicazione orientata all'attenzione non discriminante dei contenuti comunicativi. È utile l'istituzione di luoghi di ascolto, nel rispetto della privacy e garanti della tutela, gestiti da figure esperte della tematica e l'istituzione di Tavoli Tecnici Interistituzionali per valutazione della qualità delle misure adottate. Redazione di opuscoli informativi e cartellonistica descrittiva.

SOGGETTI COINVOLTI P.P.OO.: Direzione Strategica, CUG UOC Formazione, UOC GRU, UOC Cure Primarie Distretti Sanitari/Consultori, Addetti alla Comunicazione, UOC SII.
Promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro

- **La promozione della conciliazione tra i tempi di vita e tempi di lavoro** richiede lo sviluppo di azioni idonee a implementare modalità di lavoro flessibili e servizi alla famiglia e alle persone. La questione è particolarmente sentita nel contesto socio economico e aziendale di riferimento. Infatti, il turnover programmato da qualche anno e in corso di attuazione, ha permesso l'assunzione di molti giovani che hanno problematiche di conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro per maternità/paternità. Inoltre, il progressivo invecchiamento della popolazione, come rilevano i dati statistici, comporta l'aumento in percentuale di patologie spesso invalidanti e/o che richiedono terapie particolarmente invasive, e che impongono alle lavoratrici e ai lavoratori di ricorrere sempre più frequentemente agli istituti normativi e contrattuali (permessi, aspettativa, ecc.) per poter assistere familiari e congiunti nel percorso di terapie e cure. Le azioni da intraprendere consistono:

- nel supportare in coerenza con la normativa e con le recenti disposizioni contrattuali in materia, la scelta e la gestione delle modalità di lavoro in termini di flessibilità oraria, telelavoro, smart working, part-time, banca delle ore, ecc.
- nell'individuare percorsi di reinserimento del/della dipendente al rientro da congedi prolungati e/o malattie attraverso recupero formativo
- nell'elaborare proposte in sinergia con Istituzioni ed Enti Locali di allocare, laddove gli spazi lo consentono, e nei plessi a maggior densità di madri/padri lavoratrici/lavoratori, asili nidi aziendali per piccoli nella fascia di età 6-36 mesi
- nel realizzare percorsi formativi e divulgazione di materiale informativo sulle leggi vigenti a sostegno della conciliazione vita e lavoro, in ottica di genere, e sugli strumenti legislativi a sostegno della genitorialità e della famiglia.

SOGGETTI COINVOLTI: Direzione Strategica, CUG, UOC GRU, UOC Cure Primarie.

- **Sicurezza sul lavoro e benessere lavorativo** Al fine di garantire luoghi lavorativi sicuri e clima di benessere lavorativo, si elencano le seguenti azioni da mettere in atto:
 - Promuovere la formazione alla prevenzione del rischio, finalizzate all'acquisizione di skills ed alla conoscenza di procedure per far fronte ad emergenze improvvise e favorire l'acquisizione di condotte comportamentali corrette;
 - Valutare la percezione dello stress lavoro correlato in ottica di genere, attraverso questionari anonimi appositamente predisposti;
 - Promuovere il benessere lavorativo attraverso la valorizzazione delle professionalità, l'organizzazione che rafforza la motivazione
 - Promuovere e facilitare la comunicazione e la comprensione interna aziendale fra le Direzioni e gli operatori.
 - Formare il personale sulle manovre di primo soccorso e sull'uso dei DEA
 - Organizzare incontri interistituzionali con figure preposte alla sicurezza sul lavoro, diffondendo anche opuscoli informativi.
 - Promuovere la lotta contro il fumo e la conoscenza di disturbi alimentari.
 - Promuovere il benessere lavorativo attraverso la gestione della conflittualità dovuta alla percezione di non equa distribuzione dei carichi di lavoro;

SOGGETTI COINVOLTI: Direzione Strategica, CUG, UOC GRU, UO Assistenza Giuridico Legale, UOSD Medicina Legale, UOC QA-RC e Formazione, Medico Competente, Addetti alla Comunicazione.

- **Promozione del CUG** La promozione dell'attività del Comitato Unico di Garanzia, del ruolo e delle funzioni impone l'adozione di un piano di comunicazione efficace che garantisce un rapporto di prossimità con tutti gli operatori aziendali attraverso le seguenti azioni:
 - pagina dedicata sul sito internet aziendale, facilmente accessibile consultabile che riporta l'attività del Comitato Unico di Garanzia e consente contatti online;
 - pubblicizzazione degli eventi promossi dal Comitato Unico di Garanzia attraverso il sito web aziendale e intranet aziendale;
 - pubblicazione di riferimenti normativi e di misure a sostegno dei lavoratori/trici,
 - creare link con altri organi Istituzionali e condivisione di best practice
 - realizzare attività di benchmarking attraverso la collaborazione con la rete dei CUG aziendali Regionale ed iscrizione al Forum della PA, per avviare un flusso informativo con la rete Nazionale.

SOGGETTI COINVOLTI: Direzione Strategica, CUG, UOC GRU, Addetti alla Comunicazione e del sito web, RSPP e Medico Competente.

3.4 Fabbisogno del personale

Il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale viene predisposto secondo le previsioni degli articoli 6 e 6-ter del decreto legislativo n. 165/2001, come novellati dall'articolo 4 del decreto legislativo n.75 del 2017.

In linea con detti documenti normativi la ASL AV ha adottato una nuova metodologia nell'organizzazione e nella definizione del proprio fabbisogno di personale per operare la giusta scelta delle risorse umane e delle relative

competenze professionali necessarie, presupposto indispensabile per ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e per meglio perseguire gli obiettivi di performance organizzativa e di erogazione di migliori servizi alla collettività.

Il processo di indirizzo organizzativo, volto a programmare e definire il proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di prodotti, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, è stato preceduto da un'analisi fondata su standardizzazione dei bisogni, quantitativi e qualitativi, valutando opportunamente le professionalità presenti e quelle mancanti e contemplando, all'occorrenza, ipotesi di conversione professionale.

Tale analisi è stata approntata previa individuazione di indicatori e parametri che, partendo dalle informazioni in possesso, hanno consentito di ottimizzare e razionalizzare quantitativamente e qualitativamente i propri fabbisogni, al fine di definire modelli standard di fabbisogno di personale.

Con specifico riferimento alle Aziende del SSN, il Piano del Fabbisogno del Personale (PTFP) rispetta la programmazione dell'attività dell'Azienda, la definizione degli obiettivi ed indica le risorse finanziarie destinate, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente.

In particolare, con deliberazione della Giunta Regionale della Campania n.190 del 19/04/2023 è stato approvato il documento Disciplinare Tecnico "Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di Personale degli Enti del SSR della Campania" (allegato A) per le annualità 2022, 2023 e 2024 di aggiornamento del Disciplinare tecnico allegato alla DGRC n. 593/2020 e, pertanto, l'ASL Avellino ha definito il proprio Piano del Fabbisogno del Personale fondato su una complessiva analisi dei compiti istituzionali in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi.

Il medesimo PTFP risulta pertanto compatibile con l'equilibrio economico-patrimoniale dell'Azienda nonché rispetta sia gli obiettivi previsti dalla normativa vigente nazionale che le linee di indirizzo della programmazione regionale.

Di seguito si riporta lo schema del Piano triennale del fabbisogno 2022-2024 approvato con Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 772 del 20.12.2023 e Delibera Asl AV n. 172 del 29.01.2024.

DGRC n. 474 del 24 set. 2024 " Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale ASL Avellino – triennio 2023 – 2025", giusta Delibera DG n. 1110 del 19/08/2024

Tabella A PTFP 2023-2025

AA.SS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022 SSN*	STANDARD AZIENDA DGRC 19/0/2023	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2023	PTFP 2024	PTFP 2025	CHK
RUOLO SANITARIO	1102	1837	83	1755	282	112	109	71	81
Dirigenti Medici	369	657	7	288	56	35	53	8	81
Dirigenti Sanitari non medici	33	101	12	68	9	7	-	2	81
di cui dirigenti Professionisti sanitari	-	-	-	-	-	-	-	-	-
di cui dirigenti Professionisti sanitari	23	1079	84	379	187	5	56	61	81
di cui altri sanitari non medici	700	786	57	205	85	70	22	31	81
Personale del comparto area sanitaria	581	36	57	23	19	79	7	5	81
di cui infermieri	13	36	-	49	19	16	16	6	81
di cui odontoiatri	62	111	7	49	3	57	8	19	81
di cui tecnici sanitari	44	146	-	102	3	7	8	19	81
di cui altro comparto sanitario	188	308	28	180	146	74	38	18	81
RUOLO SOCIO-SANITARIO	158	308	28	180	130	74	38	18	81
Personale del comparto area socio-sanitaria	133	287	18	150	123	73	35	15	81
di cui OSS	25	41	11	34	7	1	3	3	81
di cui assistenti sociali	108	133	1	28	12	2	9	1	81
RUOLO TECNICO	10	16	1	6	2	1	1	1	81
Dirigenti	10	16	1	22	10	2	8	1	81
Personale del comparto area tecnica	96	177	-	8	4	-	3	1	81
RUOLO PROFESSIONALE	11	10	-	1	1	-	-	-	81
Dirigenti	9	7	-	5	3	-	3	3	81
Personale del comparto area professionale	280	345	3	76	52	33	1	18	81
RUOLO AMMINISTRATIVO	13	24	11	11	4	1	-	3	81
Dirigenti	13	331	3	84	48	32	1	15	81
Personale del comparto area amministrativo	267	331	3	84	48	32	1	15	81
TOTALE	1656	2850	116	994	490	221	180	109	109

* personale in servizio al netto del personale presente nelle strutture DM7/22 (Tabella DM77)

3.4.1 Formazione del Personale anno 2025

Nell'ottica dello sviluppo continuo delle competenze e delle professionalità la ASL AV si dota di uno specifico Piano Aziendale della Formazione che possa sostenere i processi di cambiamento in atto nel Servizio Sanitario Nazionale, avendo quali riferimenti gli obiettivi clinico-assistenziali, gestionali e di produzione.

Il Piano, condiviso ed approvato nell'ambito del Collegio di Direzione Aziendale, è stato elaborato tenendo conto:

- della rilevazione di fabbisogni formativi puntuali e trasversali
- delle indicazioni normative nazionali e regionali in materia di formazione
- delle linee di indirizzo strategico.

Attraverso il PAF sono garantiti ai professionisti dell'Azienda: l'aggiornamento professionale, le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche, relazionali, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza nell'assistenza prestata.

Ciò premesso, in attesa delle eventuali indicazioni regionali circa i contenuti tecnici riferiti all'attuazione del PNRR, così come descritti ed illustrati nella sezione 2.2. Performance del presente documento, per i quali diventa prioritario e necessario valorizzare al massimo le competenze interne con programmi mirati, il Piano Formazione (*Allegato 4*) da attuare nell'anno in corso, si fonda sulle seguenti aree di intervento:

- Area della Prevenzione
- Area della Sicurezza Sul Lavoro
- Area Clinico - Organizzativa
- Area Aggiornamento TPA
- Area Linee progettuali

Le attività formative saranno espletate soprattutto con le metodologie di Formazione residenziale e Formazione sul Campo.

Sezione 4 – Monitoraggio

Come suggerito dal Consiglio di Stato, Sezione normativa per gli atti normativi, nel parere n. 506/2022 espresso sullo schema di decreto del Presidente della Repubblica recante "Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'art. 6, comma 5, del decreto - legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113", l'Amministrazione dovrà procedere altresì ad un'attività di verifica dell'idoneità del PIAO di attuare veramente una costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, arrivando progressivamente a eliminare tutto ciò che non è strettamente indispensabile e utile verso l'esterno, cioè per rendere migliore il servizio per i cittadini.

ALLEGATI

- Allegato 1 **Cronoprogramma delle competenze**
- Allegato 2 **Mappatura delle strutture a rischio di corruzione**
- Allegato 3 **Obblighi di pubblicazione**
- Allegato 4 **Piano Formazione anno 2025**

CRONOPROGRAMMA DELLE COMPETENZE/ADEMPIMENTI

Al. 1

SOGGETTI	COMPETENZE/ADEMPIMENTI	TERMINI
Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT)	Proposta per l'adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione	in tempi utili per l'adozione del Piano triennale da parte dell'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno
Direttore Generale	Adozione del Piano triennale della prevenzione della Corruzione	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Pubblicazione del Piano sul sito web aziendale	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Divulgazione del Piano alle articolazioni aziendali e acquisizione della presa d'atto da parte dei dipendenti	entro 15 gg. dalla sua adozione
Responsabile della prevenzione della corruzione in collaborazione con i Direttori di U.O.C./Responsabili UOSD	Definizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione in collaborazione con i Direttori di U.O.C./Responsabili UOSD	Attuazione del programma di formazione rivolto ai dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione	entro il 30 novembre di ogni anno
Direttori di U.O.C./Responsabili UOSD	Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione della relazione sulle procedure utilizzate e i controlli di regolarità e legittimità attivati, e sulle proposte di eventuali nuovi interventi organizzativi per migliorare le prassi ai fini della prevenzione delle pratiche corruttive	Semestrale
Direttori di U.O.C./Responsabili UOSD	Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione della relazione sugli esiti del monitoraggio	Semestrale
Responsabile della prevenzione della corruzione	Relazione annuale di attuazione del Piano e trasmissione al Direttore Generale e all'OIV; contestuale pubblicazione sul sito web aziendale	entro il 15 dicembre di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con i Dirigenti competenti	Rotazione dei dipendenti che curano i procedimenti nei settori esposti alla corruzione, previa definizione delle procedure di rotazione	ove ricorrano le condizioni per tale rotazione

MAPPATURA STRUTTURE A RISCHIO CORRUZIONE PROTOCOLLO DI PREVENZIONE TEMPO DI MONITORAGGIO

All. 2

Unità Operative	Processi e fasi lavorative	Protocolli di prevenzione	Livello di rischio	Obbligo monitoraggio
U.O.C. Contabilità Generale	Svolge funzioni di programmazione e monitoraggio economico; predispone, elabora e redige i documenti di bilancio, nonché svolge operazioni di cassa e pagamenti	Sistema centralizzato di ricezione fatture. Atti di liquidazione da parte delle strutture competenti. Trasmissione alla U.O.C.G. per il pagamento e chiusura procedimento. Emissione di reversale di incasso che abbina i versamenti alla fattura di riferimento. Rendicontazione trimestrale, andamento periodico economico.	ALTO	Bimestrale
U.O.C. Provveditorato	<p>Cura direttamente la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'azienda attraverso l'acquisizione di beni e servizi alle migliori condizioni possibili, predisponendo procedure di gara</p> <p>CLAUSOLA DI PANTOUFLAGE In sede di gara o affidamento incarichi o appalti deve essere richiesto dal Responsabile del procedimento al soggetto con cui entra in contatto una dichiarazione per garantire l'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001. Attraverso tale dichiarazione il destinatario del provvedimento afferma in primo luogo di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e,</p>	Riservatezza del capitolato di gara, contatti soltanto nella fase pubblica, custodia delle offerte e dei verbali sotto diretta responsabilità del Segretario della commissione di gara. Osservazione del principio di rotazione dei componenti la commissione di gara. Pubblicazione immediata tipologia e importo.	ALTO	<p>Bimestrale</p> <p>Verifica a campione sul 20% degli affidamenti effettuati nell'anno.</p>

	divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.			
U.O. Affari Generali	Gestisce il protocollo informatico, cura la registrazione e pubblicazione sull'albo pretorio dei provvedimenti dirigenziali, provvede alla diffusione di innovazioni normative e regolamentari, esplica atti convenzionali e ne cura la custodia	Responsabilità protocollo informatico, verbalizzazione e custodia atti Organi collegiali, cura gli accessi agli atti e gli atti relativi alle donazioni, oblazioni ed eredità, adempie alle interpellanze e interrogazioni richieste dagli Organi istituzionali.	ALTO	Trimestrale
UOSD Convenzioni e Contratti	Predisporre convenzioni	Determina semestrale approvazione repertorio delle convenzioni	ALTO	Semestrale

<p>U.O.C. Gestione Risorse Umane</p>	<p>Attività reclutamento del personale, bandi di mobilità, assunzioni, formulazione graduatorie e predisposizione contratti.</p> <p>Rilevazione presenze, controllo informatizzato.</p> <p>Pagamento emolumenti stipendiali</p> <p>Acquisire dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage di tutti dipendenti cessati per collocamento a riposo a partire dall'anno 2025</p> <p>Verifiche a campione sulle dichiarazioni rese nel primo semestre 2025 da parte dei cessati</p>	<p>Rispetto delle norme di legge, tracciabilità dei processi (verbali commissioni), verifiche autocertificazioni.</p> <p>Verifiche false attestazioni presenze, informatizzazioni sulle autorizzazioni di assenza e di regolarizzazione delle omesse timbrature, controlli sulle accessorie.</p> <p>Controlli a campione sul file stipend.</p>	<p>ALTO</p>	<p>Bimestrale</p> <p>Bimestrale</p> <p>Bimestrale</p> <p>Bimestrale</p> <p>Verifica entro il 31 dicembre di ogni anno</p>
<p>UU.OO.SS.DD. dell' Area Assistenza Giuridico Legale</p>	<p>Incarichi e nomine avvocati esterni</p> <p>Gestione sinistri</p> <p>Gestisce Contenzioso relativo al personale</p> <p>Gestisce Contenzioso relativo ai rapporti con le Strutture Private Accreditate</p>	<p>Già effettuata con bando pubblico e distinta per specializzazioni, check - list sempre aperta con valutazione trimestrale del numero e valore degli incarichi, valutazione comparativa dei curricula, pattuizione preventiva del compenso</p> <p>Gestisce il contenzioso sinistri tenendo conto del parere del Medico Competente</p> <p>Gestisce il contenzioso del lavoro e provvede alla tutela legale dei dipendenti</p> <p>Gestisce il contenzioso da responsabilità professionale e cura il rapporto con le strutture private</p>	<p>ALTO</p>	<p>Bimestrale</p>

		accreditate		
Direzioni Sanitarie Ospedaliere	Attività conseguenti al decesso, ALPI, CUP, Cassa Ticket e gestione attività amministrativa e sanitaria del Presidio interessato	Gestione diretta con rotazione periodica del personale addetto. Relazione trimestrale del numero di Agenzie funebri intervenute su chiamata diretta dei familiari. Controllo visite e liste di attesa, mediante CUP Aziendale, verifica mensile del rispetto attività istituzionale/ALPI, verifica attività ALPI in orario di servizio, gestione amministrativa e sanitaria del Presidio interessato	ALTO	Bimestrale
Dipartimento Prevenzione	Controlli, verifiche ed ispezioni	Data la complessità e la molteplicità delle attività effettuate si prevede la rotazione periodica del personale per ispezioni luoghi di lavoro ed attività commerciali, rilascio certificazioni sanitarie.	ALTO	Mensile
Direzioni Sanitarie Distrettuali	Vigilanza e controllo Strutture Sanitarie Accreditate, gestione dell'attività amministrativa e sanitaria del Distretto di pertinenza.	Istituzione NOC con controlli semestrali alle strutture provvisoriamente accreditate e a campione su richiesta. Controllo mensile sul volume delle prestazioni sia diretto che mediante il software GAUSS, gestione dell'attività amministrativa e sanitaria del Distretto di pertinenza.	ALTO	Mensile
U.O.C. Qualità, Rischio Clinico e Formazione	Garantisce la sicurezza della pratica medica nell'ambito ospedaliero e territoriale; assicura la formazione continua e l'aggiornamento professionale; assicura la trasparenza attività aziendali	Implementare le apposite Raccomandazioni Ministeriali; predisporre il Piano Formativo delle attività formative; audit civico, regolamento pubblica tutela	MEDIO	Trimestrale
U.O.C. SerD	Certificazione tossicodipendenza, inserimento comunità terapeutica, controllo e somm. farmaci stupefacenti.	Attivate procedure operative uniche nazionali. Controllo semestrale delle strutture disponibili. Tenuta del registro e verifica giornaliera del Responsabile e farmacista territoriale.	MEDIO	Trimestrale

Strutture provv. accreditate	Requisiti idonei accreditamento	Il NUVA, CTM, CCAA in varia misura concorrono alla fase di accreditamento delle strutture e periodicamente ne valutano la persistenza dei requisiti. I Tavoli Tecnici Aziendali verificano il mantenimento delle COM, i NOC Distrettuali concorrono alle verifiche.	ALTO	Bimestrali
Dipartimento di Salute Mentale	Promozione e tutela della salute mentale	Controlli, verifiche ed ispezioni	ALTO	Bimestrali
UOC SII	Cura la progettazione, lo sviluppo e la revisione dell'architettura del sistema informatico aziendale	Predisporre programmi aziendali in grado di gestire le funzioni periferiche e centrali, prevenendo possibili minacce alla rete	ALTO	* Bimestrale
Servizio Controllo di Gestione	Opera nell'ambito del budget e della contabilità analitica con la creazione dei centri di costo per ogni singola struttura aziendale	Effettua controlli analitici periodici	ALTO	Bimestrale
Ufficio Centrale ALPI	Disparità tra numero visite istituzionali e in ALPI, rispetto liste di attesa, procedure di pagamento	Verifica sistematica requisiti di accesso, controllo mediante CUP verifica del rispetto del rapporto istituzionale ALPI anche alla luce del possibile superamento delle liste di attesa, verifiche attività specialistiche territoriali. Verifica periodica persistenza dei requisiti.	ALTO	Bimestrale
Attività relativa ai Tetti di Spesa	Monitoraggio, contrattualizzazione e controllo dei volumi prestazionali correlati ai limiti di spesa delle Strutture Private Accreditate	Verifica sistematica della normativa di riferimento	ALTO	SEMESTRALE

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

AIL 3

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOOO individuate per la trasmissione dati/informazioni per la pubblicazione
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	QA- RISC.CLIN. E FORMAZIONE/RPTC
			Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
			Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	UPD - AFFARI GENERALI
			Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
				Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
				Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI	

Organizzazione

Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	AFFARI GENERALI
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	AFFARI GENERALI
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	AFFARI GENERALI		

Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SII CONTROLLO DI GESTIONE GRU
	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SII
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GIURICO LEGALE – GRU
			Per ciascun titolare di incarico:		
			1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU GIURIDICO LEGALE
			2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU GIURIDICO LEGALE
			3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU GIURIDICO LEGALE
			Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU GIURIDICO LEGALE
			Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	GRU GIURIDICO LEGALE
			Per ciascun titolare di incarico:		AFFARI GENERALI
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI

Personale

Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
			Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	AFFARI GENERALI
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)			Per ciascun titolare di incarico:		GRU
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU GIURIDICO LEGALE
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica		Annuale (non oltre il 30 marzo)	GRU	
		Dirigenti cessati	Dirigenti cessati dal rapporto	Tempestivo	GRU
		Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati	Tempestivo	GRU
		Posizioni organizzative		Tempestivo	GRU
Dotazione organica		Conto annuale del personale		Tempestivo	GRU
		Costo personale a tempo indeterminato		Annuale	GRU
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	GRU

Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
Contrattazione collettiva			Contrattazione Collettiva e costi integrativi	Tempestivo	GRU
Contrattazione integrativa			Costi contratti integrativi	Tempestivo	GRU
OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	QA-RISC.LCLIN.E FORM.
	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	QA-RISC.LCLIN.E FORM.
	Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	QA-RISC.LCLIN.E FORM.
Bandi di concorso	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	QA-RISC.LCLIN.E FORM.
Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	QA-RISC.LCLIN.E FORM.
Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	QA-RISC.LCLIN.E FORM.
Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
			Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GRU
	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.

Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
			Per ciascuna procedura:		TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.

Bandi di gara e contratti

Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura

<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016). Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>TECNICO PATRIMONIALE PROVV.</p>
<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>	<p>Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016</p>	<p>Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>TECNICO PATRIMONIALE PROVV.</p>
<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>TECNICO PATRIMONIALE PROVV.</p>
<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>TECNICO PATRIMONIALE PROVV.</p>

		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	TECNICO PATRIMONIALE PROVV.
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE

	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	TECNICO PATRIMONIALE
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	QA-RISC.CLIN.E FORM.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	QA-RISC.CLIN.E FORM.
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	QA-RISC.CLIN.E FORM.
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	QUA-RISC.CLIN.E FORM.
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE
Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AFFARI GENERALI	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	QA-RISC.CLIN.E FORM.
	Class Action		Class Action	Ricorso, Sentenza e misure adottate in ottemperanza	Tempestivo	GIURIDICO LEGALE
	Costi contabilizzati			Modello LA		CONTABILITA' GENERALE
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti Sanitari e PP.OO.
	Servizi in rete			Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti		QA- RISCHIO CLINICO E FORMAZIONE

	Dati sui pagamenti			Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Trimestrale	CONTABILITA'	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE	
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE	
				Ammontare complessivo dei debiti	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE	
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTABILITA' GENERALE	
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate con indicazione dei Decreti di Accreditamento	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	REFERENTE TETTI DI SPESA CCA Dipartimento di Prevenzione	
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	REFERENTE TETTI DI SPESA CCA	
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT	
			Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT
				Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT
			Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT
			Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT
			Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT

Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	DETENTORE DEI DATI AFFARI GENERALI
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	AFFARI GENERALI
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	AFFARI GENERALI
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	TECNICO PATRIMONIALE
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	TECNICO PATRIMONIALE
	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	TEC. PATR. AFF. GENER. PROV. SETT. MERC.
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	

Art. 27, c. 2,
d.lgs. n. 33/2013

Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro

Annuale
(art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)

PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO 2025

PROPOSTE FORMATIVE AREA SANITARIA ECM

STRUTTURA PROPONENTE	TIPO DI FORMAZIONE	TITOLO	OBIETTIVI FORMATIVI			PERIODO di SVOLG.	DURATA IN ORE	DESTINATARI	NR. PART. PER EDIZIONE	ECM	NR. EDIZIONE	N. PARTECIPANTI TOT.	LUOGO
			TECNICO PROFFE	DI PROCESSO	DI SISTEMA								
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U.O.C. SIAN	RES	MOC A E SICUREZZA ALIMENTARE OBBLIGHI RESPONSABILITÀ E TECNICHE PER I CONTROLLI UFFICIALI	SICUREZZA E IGIENE ALIMENTARI NUTRIZIONE E/O PATOLOGIE CORRELATE			2° TRIMESTRE	6	MEDICO CHIRURGO VETERINARIO, TECNICO DELLA PREVENZIONE, BIOLOGO	35	SI	1	35	AULA PASTORE ASL AVELLINO
	FSC	FORMAZIONE SUL CAMPO- AUDIT OPERATIVI PER LA SICUREZZA ALIMENTARE	SICUREZZA E IGIENE ALIMENTARI, NUTRIZIONE E/O PATOLOGIE CORRELATE			3° TRIMESTRE	8	MEDICO CHIRURGO VETERINARIO, TECNICO DELLA PREVENZIONE, BIOLOGO	6	SI	3	18	AULA PASTORE-AULA DdP GROTTAMINARDA-IMPRESI ALIMENTARI PRESENTI SUL TERRITORIO ASL AV
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U.O.C. Vet B I.A.O.A.	RES	FILIERA ITTICA - STATO DELL'ARTE DEI CONTROLLI UFFICIALI SUL TERRITORIO REGIONALE E PROBLEMATICHE SPECIFICHE DI SETTORE	SICUREZZA E IGIENE ALIMENTARI, NUTRIZIONE E/O PATOLOGIE CORRELATE			3° TRIMESTRE	8	TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO, VETERINARIO	80	SI	1	80	AULA MAGNA PO ARIANO
	RES	AUTORITÀ COMPETENTE E LE AZIONI ESECUTIVE DA ATTUARE NEI CONTROLLI UFFICIALI	SICUREZZA E IGIENE ALIMENTARI, NUTRIZIONE E/O PATOLOGIE CORRELATE			2° TRIMESTRE	12	TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO, VETERINARIO (SERVIZI DI AREA A,B e C)	80	SI	1	80	AULA MAGNA PO ARIANO

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U.O.C. VET. LA.O.A.	RES	DECRETO LEGISLATIVO 32/21 ADEGUAMENTO DELLA NORMATIVA NAZIONALE ALLE DISPOSIZIONI DEL REGOLAMENTO UE 625/2017	TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR (20)				1° TRIMESTRE	8	MEDICO CHIRURGO, BIOLOGO, DIETISTA, TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO, VETERINARIO	80	SI	1	80	AULA MAGNA PO-ARIANO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U.O.C. SEP	RES	LEGIONELLA	EPIDEMIOLOGIA- PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE- DIAGNOSTICA- TOSSICOLOGIA CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICHE PROFESSIONALI				2° TRIMESTRE	6	MEDICO CHIRURGO, BIOLOGO, VETERINARIO, TECNICO DELLA PREVENZIONE, INFERMIERE	100	SI	1	100	AVELLINO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SP.SAL	RES	MOVIMENTAZIONE DELLE MERCI NELLE ATTIVITÀ DI LOGISTICA	EPIDEMIOLOGIA- PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE- DIAGNOSTICA- TOSSICOLOGIA CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICHE PROFESSIONALI				1° TRIMESTRE	6	MEDICO CHIRURGO, TECNICO DELLA PREVENZIONE, INFERMIERE	100	SI	1	100	AVELLINO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	RES	METODOLOGIA PER PREVENIRE/CONTRASTARE IL RISCHIO DA STRESS LAVORO CORRELATO E GLI ALTRI RISCHI PSICOSOCIALI	SICUREZZA E IGIENE NEGLI AMBIENTI E NEI LUOGHI DI LAVORO E PATOLOGIE CORRELATE RADIOPROTEZION E				1° TRIMESTRE	7	MEDICO CHIRURGO, TECNICO DELLA PREVENZIONE, BIOLOGO, INFERMIERE, PSICOLOGO	60	SI	1	60	AULA PASTORE ASL AVELLINO

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	RES	LA COMPLESSITA DELLA PSICODIAGNOSI NEI CONTESTI DI SALUTE TRA SFIDE E POTENZIALITA	CONTENUTI TECNICO PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) (18)			2° TRIMESTRE	28	MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO, LOGOPEDISTA, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA, TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA DELL'ETA EVOLUTIVA, TERAPISTA OCCUPAZIONALE	50	SI	6	300	AULA PASTORE ASL AVELLINO
DISTRETTO DI AVELLINO	RES	AFFIDO E ADOZIONE: FORZA E LIMITI DELLA GENITORIALITA				2° TRIMESTRE	5	TUTTE LE PROFESSIONI	50	SI	1	50	ASL AVELLINO
DISTRETTO DI AVELLINO	RES	NUOVI ORIZZONTI NEL TRATTAMENTO DELLA POLIPOSIS NASALE E DELLE SUE COMORBITA				2° TRIMESTRE	6	MEDICO CHIRURGO FARMACISTA	50	SI	1	50	EX CARCERE BORBONICO AVELLINO

PO ARIANO UOC GINECOLOGIA ED OSTETRICA	FSC	ISTEROSCOPIA OFFICE TRA LIMITI ATTUALI E NUOVE POSSIBILITA'	APPROPRIATEZZA DELLE PRESCRIZIONI SANITARIE, SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICACIA, LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)		2° TRIMESTRE	12	MEDICO CHIRURGO, OSTETRICA O	20	SI	1	20	PRESIDIO OSPEDALIERO DI ARIANO IRPINO
PO ARIANO UOC GINECOLOGIA E D OSTETRICA	RES	CARTELLA ELETTRONICA, PACC E FAST TRACK, OSTETRICO/GINECOLOGICO	DOCUMENTAZIONE CLINICA, PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI, DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA		1° TRIMESTRE	6	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, OSTETRICA O	30	SI	1	30	PRESIDIO OSPEDALIERO DI ARIANO IRPINO
PO ARIANO CARDIOLOGIA UTIC	RES	CLS INTERNATIONAL SYMPOSIUM NEW GENERATION LASER IN CORONARY CALCIFIC LESIONS	APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM/EBN, FBP)		1° TRIMESTRE	8	MEDICO CHIRURGO, ASSISTENTE SANITARIO, INFERMIERE, TECNICO DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERUSIONE CARDIOVASCOLARE, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, RADIOLOGIA, INFERMIERE	80	SI	1	80	ALTA MAGNA PO ARIANO - RADIOLOGIA UTIC PO ARIANO
PO ARIANO UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	RES	ASL AV. FOCUS SU CARDIO - IMAGINE	DOCUMENTAZIONE CLINICA, PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI, DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA		1° TRIMESTRE	6	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	60	SI	1	60	EX CARCERE BORBONICO AVELLINO

UOC CURE PRIMARIE	FAD/RES	AGGIORNAMENTO SUGLI ISTITUTI CONTRATTUALI RELATIVI AL PERSONALE NON STRUTTURATO - MMG, PLS, SPECIALISTI AMBULATORIALI (A.A.C.C.N.N.) A ALTRI (PARRIECO) PER IL PERSONALE DEL COMPARTO	AGGIORNAMENTI SUI CONTRATTI RELATIVI AL PERSONALE NON STRUTTURATO - MMG, PLS, SPECIALISTI AMBULATORIALI	1° - 4° TRIMESTRE	5	PERSONALE UOC CURE PRIMARIE	15	NO	1	15	AULA PASTORE ASL AVELLINO
UOSD PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	RES	CORSO DI ADDESTRAMENTO PER ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO NON SANITARI	FORNIRE AL LAVORATORE DESIGNATO LE CONOSCENZE NECESSARIE PER LA GESTIONE DI UN'EMERGENZA IN AZIENDA DI CARATTERE SANITARIO	2° - 3° TRIMESTRE	6	PERSONALE AZIENDALE NON SANITARIO	20	NO	2	40	AULA PASTORE ASL AVELLINO
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	RES	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - NORMATIVA CONTRATTUALE E SOLUZIONI APPLICATIVE	FORMAZIONE SULLA NORMATIVA INERENTE ALL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA nonché SULLE SOLUZIONI APPLICATIVE INERENTI	2° - 3° TRIMESTRE	9	PERSONALE DIRIGENTE AZIENDALE	50	NO	6	300	AULA PASTORE ASL AVELLINO
		ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - NORMATIVA CONTRATTUALE E SOLUZIONI APPLICATIVE	FORMAZIONE SULLA NORMATIVA INERENTE ALL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA nonché SULLE SOLUZIONI APPLICATIVE INERENTI	2° - 3° TRIMESTRE	3	PERSONALE COMPARTO AZIENDALE	50	NO	10	500	AULA PASTORE ASL AVELLINO

Azienda Sanitaria Locale Avellino
www.aslavellino.it

PUBBLICAZIONE E TRASMISSIONE

La pubblicazione del presente atto è a cura della UOSD Affari Generali e la sua durata è di giorni 15 dalla effettiva data di pubblicazione (caricamento sull'albo pretorio on line).

La trasmissione di copia della presente Deliberazione a Enti/Organi/interessati esterni all'ASL, espressamente indicati nell'atto, viene effettuata nelle modalità previste dalla normativa vigente dalla Struttura Proponente.

L'inoltro alle UU.OO. aziendali e/o ai destinatari interni all'ASL avverrà in modalità digitale, in ossequio alle disposizioni vigenti.

~~ASL AVELLINO
UO AFFARI GENERALI
Pubblicato il~~

ASL AVELLINO
UO AFFARI GENERALI
Pubblicato il
30 GEN. 2025

[Handwritten signature]