

AZIENDA SANITARIA LOCALE

BENEVENTO



P.I.A.O.

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE

Triennio 2025-2026-2027

(REV. Del PIAO 2023-2025 adottato con deliberazione D.G. n.143 del 31.03.2023)

INDICE

PREMESSA	2
SEZIONE N.1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
- CHI SIAMO	7
- COME OPERIAMO: MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE AZIENDALE	8
SEZIONE N.2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE	11
- SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO	11
○ ACCESSIBILITA' FISICA	12
○ ACCESSIBILITA' DIGITALE	13
○ REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI	24
○ EVOLUZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE DEL PERSONALE E DEL SISTEMA DOCUMENTALE	26
○ GESTIONE DEL PERSONALE	26
○ SISTEMA DOCUMENTALE	28
○ SERVIZI AL CITTADINO E AI DIPENDENTI	31
○ MONITORAGGIO EVOLUZIONE DIGITALE E OBIETTIVI FUTURI	35
- SOTTOSEZIONE PERFORMANCE	55
- SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	70
○ LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	70
○ LA PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUTTIVO	93
SEZIONE N.3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	135
- SOTTOSEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA	135
- SOTTOSEZIONE ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE	152
- SOTTOSEZIONE PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE	177
- SOTTOSEZIONE FORMAZIONE DEL PERSONALE	188
- SOTTOSEZIONE PARI OPPORTUNITA' ED EQUILIBRIO DI GENERE	216
SEZIONE N.4 MONITORAGGIO	219

1. PREMESSA

L'art.6 del D.L. n.80 del 09.06.2021, convertito in L. n.113 del 06.08.2021, ha previsto per la quasi totalità delle pubbliche amministrazioni (sono esclusi gli Istituti scolastici) l'adozione del Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) al fine di far convogliare in un unico atto di programmazione triennale i molteplici atti programmatici già introdotti da altre normative, come il Piano della Performance, il Piano del Fabbisogno del Personale, il Piano per il Lavoro Agile, il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza etc., prevedendo quale scadenza per l'adozione quella del 31 gennaio di ogni anno, in quanto il PIAO è oggetto di aggiornamento annuale con l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ente e di invio al Dipartimento della Funzione Pubblica per la pubblicazione sul portale a ciò dedicato.

Con il DPR n.81 del 24.06.2022 è stato approvato il "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" e successivamente i Ministri della Pubblica Amministrazione e dell'Economia e Finanze hanno firmato il Decreto Ministeriale n. 132 del 30.06.2022 riguardante l'approvazione del "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" che ha definito i contenuti e lo schema tipo del PIAO, pubblicato in Gazzetta Ufficiale solo nel mese di settembre 2022 ed entrato in vigore dal 22.09.2022.

La scadenza del 31 gennaio per l'anno 2023 è stata poi prorogata al 31 marzo 2023 con decisione del Dipartimento della Funzione Pubblica in accordo con l'Anac che a sua volta ha prorogato al 31.03.2023 il termine per l'adozione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e Trasparenza 2023-2025 o della sezione dedicata alle Misure di prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO per consentire alle Pubbliche Amministrazioni di poter dare attuazione sostanziale a quanto previsto dal nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2022 adottato dall'ANAC con la delibera n.7 del 17.01.2023. Per l'anno 2024 il termine di adozione del PIAO per il triennio 2024-2026, quale aggiornamento del PIAO 2023-2025 è stato confermato al 31.01.2024, parimenti per il PIAO 2025-2027 la scadenza è prevista al 31.01.2025.

Il principio guida del PIAO è voler garantire la massima semplificazione, unitarietà della visione programmatica a favore di un disegno organico e integrato della strategia aziendale.

Come anticipato il PIAO ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e ha quindi l'obiettivo di assorbire molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, ad esclusione dei documenti di carattere finanziario, al fine di assicurare qualità e trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese, procedendo ad una continua e progressiva semplificazione nonché reingegnerizzazione dei

processi.

Tutto deve essere finalizzato al raggiungimento di obiettivi di valore pubblico, anche con riferimento alle misure di benessere equo e sostenibile e in sintonia alle esigenze di attuazione del PNRR in corso di esecuzione.

Il PIAO quindi definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance; la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile; gli obiettivi formativi annuali e pluriennali; gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne; gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione; le procedure da semplificare e reingegnerizzare; le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Il PIAO, infine, deve prevedere le modalità di monitoraggio dei propri esiti nel tempo, con cadenza periodica e secondo le tempistiche di monitoraggio che le rispettive normative di riferimento prevedono per le varie sezioni di cui lo stesso si compone.

Il D.M. n.132/2022, sopra citato, ha approvato lo schema tipo da seguire per la predisposizione del PIAO che deve comporsi di 4 sezioni:

- **SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE:** in cui sono riportati tutti i dati identificativi dell'ASL Benevento con brevi cenni alle caratteristiche operative dell'Ente.
- **SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE:** in cui sono definiti i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall'ASL BN.
 - **Sottosezione 2.1 VALORE PUBBLICO:** in cui sono definite le azioni e le modalità finalizzate a realizzare nel periodo di riferimento VALORE PUBBLICO per i cittadini/utenti dell'ASL BN intendendo come valore pubblico tutto ciò che determina produzione e crescita di benessere sanitario, economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale.
 - **Sottosezione 2.2 PERFORMANCE:** in cui sono definiti gli obiettivi strategici ed operativi che l'ASL BN si pone di perseguire nel periodo di riferimento in linea con gli obiettivi dati dalla Regione Campania e nell'ambito della garanzia dell'assolvimento dei compiti istituzionali primi fra tutti la garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) previsti dal legislatore con il DPCM 12.01.2017.
 - **Sottosezione 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA:** in cui sono definite le azioni e le modalità, gli obiettivi strategici, i soggetti che in una visione sinergica del tutto devono

realizzare nel periodo di riferimento la strategia aziendale di prevenzione della corruzione e di attuazione e garanzia di una sempre maggiore trasparenza.

- **SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO:** in cui sono definite la struttura organizzativa dell'Ente; l'organizzazione del lavoro c.d. agile; il piano del fabbisogno del personale e le relative strategie di copertura del fabbisogno; la formazione del personale.
- **SEZIONE 4 – MONITORAGGIO:** in cui sono definiti le procedure di monitoraggio per le singole sezioni sopra descritte e i soggetti responsabili.

La mancata adozione del PIAO produce i seguenti effetti ai sensi dell'art. 6 comma 7 D.L. 80/2021:

- è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano avere concorso alla mancata adozione del PIAO, per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti;
- l'Amministrazione non può procedere ad assunzioni di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati;
- nei casi in cui la mancata adozione del PIAO dipenda da omissione o inerzia dell'organo di indirizzo politico amministrativo dell'Amministrazione, l'erogazione dei trattamenti e delle premialità è fonte di responsabilità amministrativa del titolare dell'organo che ne ha dato disposizione e che ha concorso alla mancata adozione del Piano.

Si aggiunge poi anche la sanzione amministrativa da 1.000 a 10.000 euro prevista dall'articolo 19 comma 5 lett. b) del Decreto-legge n. 90/2014, riferita alla mancata approvazione della programmazione anticorruzione.

L'ASL BN nel 2022, nelle more della definizione dei termini di approvazione del PIAO e delle modalità di redazione dello stesso e in un'ottica cautelativa e prudenziale, aveva proceduto all'adozione di alcuni degli atti che la normativa vigente aveva previsto confluissero nel nuovo documento unico di programmazione come il Piano di Formazione Aziendale (ex delibera n.510 del 30.12.2021), il Piano della Performance 2022-2024 (ex delibera n.45 del 09.02.2022), il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 (ex delibera n.141 del 29.04.2022); successivamente con la deliberazione n. 280 del 29.07.2022 aveva adottato il PIAO 2022-2024 quale documento unico derivato dall'adattamento reciproco e di correlazione tra i contenuti già elaborati nei singoli atti programmatici già adottati.

Ai fini della predisposizione del PIAO 2023-2025, quale documento programmatico integrato, si è proceduto nei mesi di novembre e dicembre 2022 a degli incontri con il Direttore Amministrativo ASL BN e alcuni Dirigenti aziendali coinvolti, ciascuno per le rispettive

competenze, nella redazione delle varie Sezioni del PIAO; gli stessi hanno fornito alla RPCT ASL BN, incaricata dal Direttore Generale con la nota prot. n.71051 del 11.07.2022 alla predisposizione del PIAO aziendale, i rispettivi contributi documentali necessari per la redazione delle sezioni ulteriori rispetto alla Sezione Anticorruzione e Trasparenza. Con deliberazione ASL BN n.143 del 31.03.2023 è stato approvato il PIAO ASL BN per il triennio 2023-2025, inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica, pubblicato nelle sezioni dedicate di Amministrazione Trasparente del sito ASL BN e notificato a tutte le articolazioni aziendali quale strumento operativo della programmazione aziendale.

Aggiornamento per l'anno 2024

Per l'aggiornamento del PIAO 2023-2025 al fine della predisposizione del PIAO triennio 2024-2026, la RPCT ASL BN con nota prot. n.123679 del 29.12.2023 ha proceduto a chiedere ai Dirigenti competenti per le sezioni ulteriori del documento, rispetto a quella dei "Rischi corruttivi e trasparenza" di specifica competenza della RPCT medesima, di predisporre i dovuti aggiornamenti.

Pertanto, sulla scorta dei contributi pervenuti, come risultanti agli atti dell'ufficio della RPCT, si è proceduto all'aggiornamento del documento di programmazione in questione.

Aggiornamento per l'anno 2025

Anche per la predisposizione del PIAO triennio 2025-2027, con nota aziendale a firma congiunta del RPCT e del Direttore Generale ASL BN, prot. n.132144 del 30.12.2024, è stato richiesto ai Dirigenti competenti per le sezioni ulteriori del documento, rispetto a quella dei "Rischi corruttivi e trasparenza" di specifica competenza della RPCT medesima, di predisporre i dovuti aggiornamenti e resoconti sul monitoraggio effettuato sull'anno trascorso.

Pertanto, sulla scorta dei contributi pervenuti, come risultanti agli atti dell'ufficio della RPCT, si è proceduto all'aggiornamento del presente documento di programmazione come segue.

2. SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO (acronimo: ASL BN)

Logo aziendale:



C.F. / P.I. : 01009680628

SEDE LEGALE: VIA ODERISIO, 1 – 82100 BENEVENTO

SITO ON-LINE: <https://www.aslbenevento.it>

Codice IPA: asl1_bn

Centralino: 0824 308111

Pagina facebook ufficiale: ASL Benevento

Direttore Generale: Dott. Gennaro Volpe

Direttore Amministrativo: Dr. Carlo Esposito

Direttore Sanitario: Dott. Marco De Fazio

1.1 Chi siamo

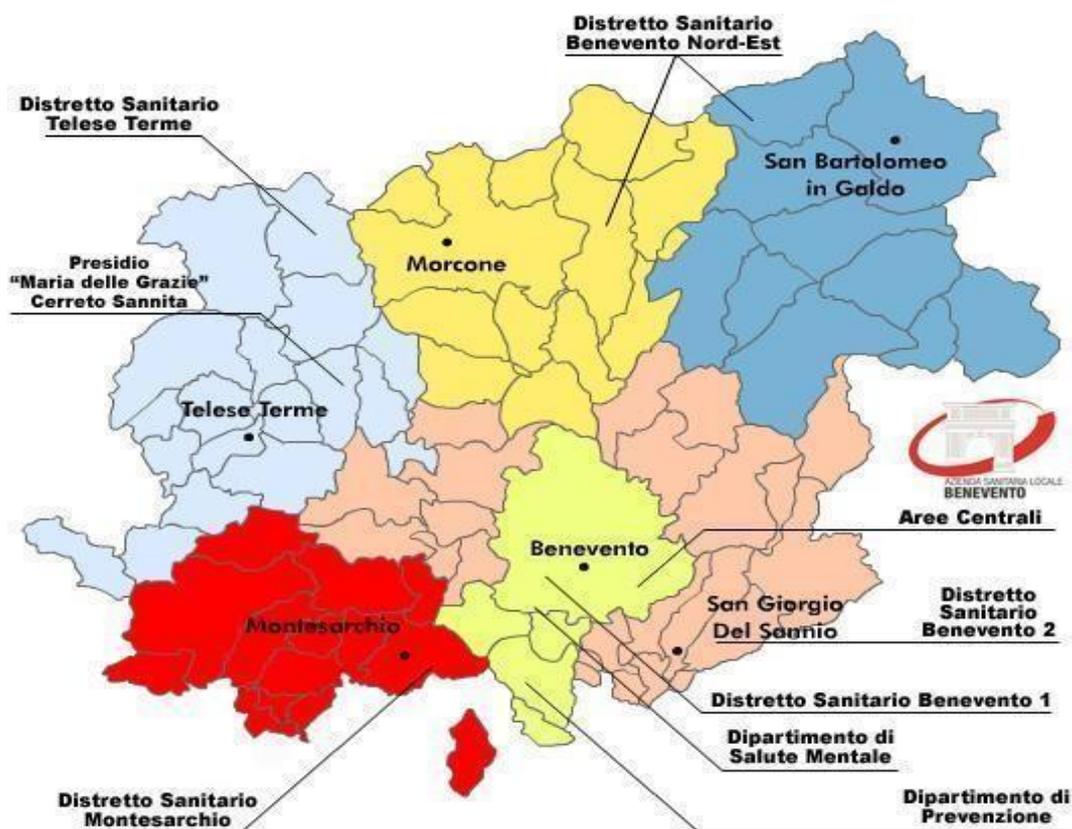
L'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) è un ente dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale che opera nel quadro del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) (art. 3, comma 1 bis, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229), inteso quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale diretto a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività (art. 1, d.lgs. n. 229 del 1999).

Compito primario delle aziende sanitarie locali è quello di assicurare i livelli essenziali di assistenza previsti dal piano sanitario nazionale. Inoltre, alle aziende sanitarie locali compete l'erogazione di servizi e prestazioni contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza previsti dai comuni nei piani attuativi locali, nonché delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Le aziende sanitarie locali possono assumere anche la gestione di attività e di servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali su cui gravano i corrispondenti oneri finanziari. L'organizzazione e il funzionamento dell'azienda sanitaria locale sono disciplinati dall'atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti dalla normativa statale e dalle disposizioni regionali. L'atto aziendale, adottato dal direttore generale dell'azienda sanitaria locale, individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica (Cons. St., sez. V, 9 maggio 2001, n. 2609). L'Azienda Sanitaria Locale di Benevento, ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 32/94, è stata costituita con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n. 12262 del 22 dicembre 1994.

L'organizzazione, il funzionamento e la strutturazione dell'ASL BN sono stabiliti dall'Atto Aziendale, ai sensi dell'art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/92, nel rispetto dei principi stabiliti dalla Regione Campania che include la ASL di Benevento tra i destinatari del DCA n. 18 del 18 febbraio 2013.

L'ambito territoriale dell'ASL BN coincide con l'estensione della provincia di Benevento (kmq 2.070,58) che conta 78 Comuni ed è rappresentato nella cartina seguente, nella quale sono altresì riportati i 5 Distretti Sanitari, con relativa sede, che insieme alle altre articolazioni aziendali, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Salute Mentale, macro strutture tecnico-amministrative costituiscono la struttura organizzativa dell'ASL BN di cui si dirà dettagliatamente nella sezione dedicata a ciò. La popolazione residente a Benevento e provincia

a gennaio 2022 risulta pari a 321.971, a l primo gennaio 2023 risulta pari a 263.125, al primo gennaio 2024 risulta essere pari a 261.419 (dati ISTAT), quindi con una tendenza stabile al decremento.



1.2 Come operiamo: mandato istituzionale e mission aziendale

Compito istituzionale dell’Azienda Sanitaria Locale di Benevento è la promozione e la tutela della salute, prevenzione e cura delle patologie, prevenzione del disagio sociale correlato alla situazione sanitaria, prevenzione e tutela del benessere del singolo e della comunità.

Nel contesto socio-economico di riferimento, l’ASL Benevento nel riconoscere la centralità del cittadino quale titolare del diritto alla salute e al benessere psico-fisico, ispira la propria attività ad una politica aziendale orientata alla programmazione concertata, al raggiungimento di standard di attività, alla verifica trasparente dei risultati, al principio economico della razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati.

L’ASL ha come scopo la promozione, il mantenimento ed il miglioramento della salute, sia individuale che collettiva, dell’intera popolazione residente e comunque presente sul territorio

di competenza. La Costituzione italiana riconosce il diritto alla salute quale diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, pertanto al fine di perseguire l'obiettivo del miglioramento della qualità della vita occorre assicurare l'erogazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA) individuati dal DPCM del 12-01-2017, in compatibilità con le disponibilità finanziarie, ispirandosi a principi di etica, equità e trasparenza nel processo di allocazione delle risorse. L'assistenza offerta non potrà prescindere dal rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, dell'economicità e della più ampia e consapevole partecipazione dei cittadini alla definizione della politica sanitaria aziendale.

Le attività di assistenza sanitaria erogate ai cittadini utenti possono essere ripartite complessivamente nei tre successivi macrolivelli:

● ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO cui sono attribuite le attività e le prestazioni erogate per la promozione della salute della popolazione con finalità di prevenzione, promozione e protezione della salute e del benessere dei cittadini. In particolare, sono comprese le attività di prevenzione rivolte alla persona, quali vaccinazioni e screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari negli ambienti di vita e dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro, la sanità pubblica veterinaria e la tutela igienicosanitaria degli alimenti. Tra le attività di prevenzione rientrano le campagne di informazione e i programmi di screening di documentata efficacia, sulla base delle evidenze scientifiche, per la diagnosi precoce dei tumori.

● ASSISTENZA DISTRETTUALE include l'assistenza sanitaria di base e la pediatria di libera scelta, compresa la continuità assistenziale, l'emergenza sanitaria territoriale, l'assistenza farmaceutica convenzionata, erogata attraverso le farmacie territoriali, l'assistenza integrativa, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza protesica, l'assistenza territoriale, ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale (assistenza domiciliare integrata e assistenza programmata, attività per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, attività sanitarie e sociosanitarie rivolte alle persone con problemi psichiatrici, ai soggetti con disabilità fisiche, psichiche o sensoriali, ai soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o da alcool, ai pazienti nella fase terminale, ai soggetti con infezione da HIV, attività sanitarie e sociosanitarie rivolte agli anziani non autosufficienti), l'assistenza termale. L'assistenza sanitaria di base è erogata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta.

● ASSISTENZA OSPEDALIERA Il livello di assistenza ospedaliera comprende le prestazioni erogate in regime ordinario e in day hospital o day surgery, sia nelle discipline per acuti, sia in riabilitazione e lungodegenza; sono inoltre comprese le prestazioni erogate in pronto soccorso e gli interventi di ospedalizzazione domiciliare. L'assistenza ospedaliera è assicurata dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dai soggetti accreditati presenti nel territorio provinciale.

L'Azienda persegue modelli organizzativi centrati sulla persona e sulla continuità e completezza della cura e non sulla malattia, implementando un modello organizzativo orientato sulla prevenzione, sulla intensità di cure, sui programmi della medicina di genere e di case management.

In particolare, l'ASL di Benevento individua le seguenti direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione per il prossimo triennio:

- mantenimento dell'equilibrio economico
- miglioramento della qualità dell'assistenza
- equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure
- informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali
- riorientamento dell'assistenza nelle dimensioni territoriali ed intermedie
- ammodernamento tecnologico ed edilizio
- arruolamento e formazione continua del personale
- riduzione della mobilità passiva.

L'Azienda per il governo e l'orientamento della domanda di salute sul territorio sviluppa concrete sinergie con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta ed i Medici di Continuità Assistenziale, gli Specialisti Ambulatoriali nonché con le strutture sanitarie territoriali di ricovero e cura e con le varie Istituzioni Locali ed Associazioni di cittadini.

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE

2.1: SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO

Si può intendere per creazione di valore pubblico da parte di una pubblica amministrazione a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini, *“...la capacità della stessa di riuscire a gestire con economicità, efficienza ed efficacia le risorse a disposizione e valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali dei soggetti...”*. **Il valore pubblico quindi di fatto consiste nel miglioramento del benessere sociale di una comunità cui contribuisce ogni pubblica amministrazione nel perseguimento dei propri fini istituzionali nonché attraverso il perseguimento degli obiettivi di performance e di anticorruzione e trasparenza.**

È evidente quindi che anche l'ASL BN nel perseguire i propri fini istituzionali definiti in primis dalla Costituzione Italiana e quindi dalla normativa nazionale e regionale, deve avere come obiettivo generale quello di creare valore pubblico impegnandosi a gestire in maniera ottimale le risorse a disposizione (economiche, strumentali ed umane) e orientando gli obiettivi aziendali in tal senso.

L'impatto sugli Utenti diventa l'orizzonte della performance aziendale che tenendo conto delle risorse disponibili e applicando criteri di efficacia, efficienza ed economicità determina la crescita del benessere dell'Utente dell'amministrazione cioè crea valore pubblico; si crea valore pubblico, secondo le linee guida del DFP n.1/2017, se la P.A. consegue un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti esterni (economico-sociale-ambientale dei destinatari delle politiche) e degli impatti interni (salute dell'Ente). Quindi occorre partire dalla salute dell'Ente per creare valore pubblico a favore dei cittadini.

La pianificazione strategica dell'ASL BN tiene conto degli obiettivi di indirizzo definiti dal Piano Sanitario Regionale della Regione Campania e dagli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Campania con il Decreto di nomina (Decreto n.112 del 04.08.2022). In tale contesto di riferimento si definiscono annualmente gli obiettivi strategici aziendali da conseguire nel triennio di riferimento e che si traducono in obiettivi operativi da conseguire da parte del Personale tutto, dipendente e convenzionato, nell'ambito della realizzazione della performance organizzativa ed individuale.

Nell'ambito degli obiettivi strategici, che si illustreranno nella “Sottosezione Performance”, sono collocabili pertanto gli obiettivi finalizzati a realizzare nel periodo di riferimento la

produzione di valore pubblico, secondo la definizione sopra riportata, attraverso il raggiungimento della:

- piena accessibilità, fisica e digitale per tutti i cittadini e in particolare per quelli ultrasessantacinquenni e per i cittadini con disabilità;
- semplificazione e reingegnerizzazione delle varie procedure;
- digitalizzazione dei processi/procedure;
- prevenzione dei comportamenti corruttivi;
- garanzia della piena trasparenza dell'azione amministrativa;
- promozione delle pari opportunità e dell'equilibrio di genere.

➤ **ACCESSIBILITA'**(a cura dell'UOC Ingegneria Clinica HTA ed evoluzione digitale)

Accessibilità fisica

Nel corso degli anni il legislatore è intervenuto con numerose norme sulla materia dell'accessibilità fisica e della rimozione delle c.d. barriere architettoniche nei locali degli enti pubblici al fine di consentire ai cittadini portatori di disabilità di poter fruire agevolmente dei medesimi spazi di cui usufruiscono tutti i cittadini.

Quindi ogni immobile deve presentare tutte le attrezzature, gli ausili e gli strumenti necessari a rimuovere ogni barriera architettonica, come ascensori, montascale e così via. Che si tratti di edifici pubblici, di percorsi pedonali o di parcheggi, di una scuola, di un ospedale, ma anche di un esercizio commerciale di un qualsiasi settore, la legge obbliga in tutte le circostanze ad abbattere o rimuovere le barriere architettoniche presenti e a costruire o ristrutturare gli edifici in modo che non ve ne siano.

L'ASL BN, in applicazione della normativa in materia, favorisce l'accessibilità fisica degli utenti alle sue tante strutture dislocate sull'intero ambito territoriale della provincia di Benevento, e laddove ci siano strutture che presentano ad oggi ancora delle barriere architettoniche, sono in previsione interventi edili di ristrutturazione anche tramite i fondi del PNRR , nell'ambito della programmazione triennale del Piano degli investimenti.

Quando si parla di accessibilità ai servizi sanitari, nell'accezione di maggiore e migliore fruibilità degli stessi, c'è da rappresentare che l'ASL BN ha programmato di realizzare nel triennio di riferimento numerosi interventi di realizzazione di nuovi presidi sanitari come previsti dalla Missione 6 Salute del PNRR. Detta Missione prevede due componenti:

- la M6C1 dedicata alle strutture tese a migliorare e intensificare l'assistenza territoriale e prevede l'apertura di Case della Comunità, Ospedali di Comunità, l'implementazione delle Centrali Operative territoriali (COT), la Telemedicina;

- l'altra la M6C2 dedicata all'innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario, con la previsione dell'aggiornamento tecnologico e digitale, la formazione, la ricerca scientifica e il trasferimento tecnologico.

Nell'ambito dell'attuazione della Missione 6 - Salute del PNRR sono previsti la realizzazione, mediante interventi di ristrutturazione, adeguamento o nuova costruzione, di:

- n. 11 Case di Comunità nei comuni di Benevento, Cerreto Sannita, Montesarchio, Morcone, Pietrelcina, Sant'Agata de' Goti, San Bartolomeo in Galdo, San Giorgio del Sannio, San Marco dei Cavoti, Telesse terme, Torrecuso. La Casa della Comunità è un presidio sanitario di prossimità cioè di facile individuazione e accessibilità da parte dei cittadini, per l'appunto della comunità, dove gli stessi possono accedere per avere risposte immediate ai bisogni di salute riducendo così anche le ospedalizzazioni anche non urgenti.
- n.5 Ospedali di Comunità nei comuni di Cerreto Sannita (di imminente apertura), Montesarchio, Pietrelcina, Sant'Agata de' Goti, San Bartolomeo in Galdo (già in attività dal 2022). L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. E' rivolto a pazienti che, dopo 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 e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale o familiare).
- n.5 Centrali Operative Territoriali (COT) nei comuni di Benevento, Cerreto Sannita, Pietrelcina, Sant'Agata de' Goti, San Bartolomeo in Galdo. Trattasi di strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Accessibilità digitale

Anche in tale contesto si inserisce la pianificazione degli investimenti relativi ai finanziamenti derivanti dal PNRR. La componente M6C2, come già detto, prevede principalmente l'ammodernamento tecnologico e digitale del sistema sanitario al fine di facilitare e rendere più equo l'accesso alle cure. Nell'ambito di tale previsione è da ricomprendersi l'aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali che l'ASL BN già sta realizzando attraverso l'acquisizione di nuove strumentazioni sanitarie, come programmato nella delibera aziendale n.124 del 21.04.2022 ad oggetto "Attuazione della Misura 6 C2 -1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature sanitarie) – del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). – Provvedimenti"; nonché tutti gli obiettivi finalizzati ad ampliare

la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi sanitari - amministrativi e fornire informazioni e dati alla Utente e ai vari organismi regionali e nazionali con cui l'Azienda si interfaccia.

Di seguito, pertanto, si riportano gli obiettivi e gli interventi di accessibilità digitale individuati dall'ASL BN per il triennio di riferimento:

➤ **Accessibilità ai servizi**

Nuovo Portale del Cittadino – ASL Benevento

Il rinnovamento del Portale dell'ASL nasce dall'esigenza di semplificare l'accesso ai servizi e la fruizione delle informazioni online e si caratterizza per un approccio allo sviluppo che si basa sulle esigenze degli utenti (*user-centered design*) per offrire la migliore user experience possibile. A tale scopo l'architettura dell'informazione è stata strutturata in modo da permettere al cittadino di muoversi facilmente all'interno del sito in base alle proprie esigenze, garantendo più punti di accesso per raggiungere i servizi e le prestazioni d'interesse. In particolare, le informazioni contenute nel portale sono mappate come segue:

• **Azienda**

La sezione 'Azienda' permette al cittadino di accedere alle informazioni riguardanti l'organizzazione aziendale, le aree centrali, i dipartimenti e i distretti che compongono l'ASL BN.

• **Vicino a te**

Questa sezione permette di visualizzare la mappa territoriale in cui sono presenti le strutture dell'organizzazione (POI), in modo da facilitare al cittadino la ricerca dei luoghi più vicini in cui usufruire dei servizi sanitari messi a disposizione.

• **Servizi**

La sezione 'Servizi' offre al cittadino l'opportunità di accedere a tutti i servizi sanitari e le prestazioni accessibili (inclusi i servizi online). Inoltre, è presente una sezione di modulistica in cui è raccolta tutta la documentazione utile al cittadino per accedere ai servizi medesimi.

• **Novità**

La sezione 'Novità' ha lo scopo di raccogliere tutte le notizie, gli avvisi e gli eventi promossi dall'ASL di Benevento.

• **Argomenti**

La sezione dedicata agli argomenti permette di aggregare i contenuti già presenti nel sito in base ad un argomento (tag). In questo modo viene generata una pagina tematica di approfondimento per ogni argomento censito. Le pagine 'argomento' hanno il duplice vantaggio di agevolare la gestione e l'aggiornamento delle pagine tematiche all'interno del sito e di fornire al cittadino un ulteriore sistema di navigabilità per accedere alle informazioni. Per facilitare

ulteriormente il reperimento delle informazioni, gli argomenti sul sito sono stati divisi nelle sezioni 'Cosa fare per...' e 'Dedicato a...', permettendo al cittadino di individuare in modo semplice e intuitivo i contenuti d'interesse.

- **Amministrazione Trasparente**

La sezione di 'Amministrazione Trasparente' ha l'obiettivo di favorire il controllo diffuso da parte dei cittadini sull'operato dell'azienda e sull'utilizzo delle risorse pubbliche secondo le indicazioni previste della normativa vigente in materia. La sezione è accessibile dall'homepage e da tutte le pagine del Portale.

- **Siti tematici**

I siti tematici rappresentano link a siti esterni gestiti o sponsorizzati dall'ASL e accessibili tramite un collegamento sul Portale (ad esempio Albo Pretorio, URP, CUP ecc.).

- **Area Privata**

Dalla home è possibile accedere ad un'area privata riservata al cittadino, che vi potrà accedere attraverso autenticazione SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale) o CIE (Carta d'Identità Elettronica). Attraverso l'area riservata, il cittadino potrà accedere ai servizi sanitari online messi a disposizione dall'ASL, effettuare pagamenti e gestire la propria documentazione.

Portale Salute del Cittadino – App Regione Campania

Il Portale Salute del Cittadino è lo strumento che ti permette di accedere ai servizi online messi a disposizione dal Sistema Sanitario Regionale (SSR), nell'ambito del più ampio progetto della Regione Campania denominato Sinfonia.

SINFONIA, Sistema INFORMATivo saNità CampanIA, è il sistema informativo sanitario regionale progettato per supportare l'intero Servizio Sanitario Regionale campano, aumentare l'efficienza, contenere i costi e al tempo stesso rendere uniformi e potenziare la risposta ai bisogni di tutti i protagonisti del sistema, operatori, cittadini, strutture, referenti dell'ente regionale e dell'amministrazione centrale. Con la realizzazione di SINFONIA, il sistema della sanità campana passa da una completa autonomia delle ASL ad una progressiva gestione integrata sul territorio con l'obiettivo di sostenere le eccellenze della sanità operativa, attraverso le opportunità della sanità digitale. Consente ai cittadini quindi di accedere ai servizi sanitari e socio-sanitari della Regione Campania unicamente da un portale online, cosicché tutti i servizi sono concentrati in un'unica piattaforma; ovunque ci si trovi basta avere a disposizione un dispositivo connesso ad una rete internet (pc, tablet o smartphone) per potersi collegare al Portale e accedere ai seguenti servizi:

- Fascicolo Sanitario Elettronico

- Scelta e Revoca MMG/PLS
- Certificazione del reddito
- CUP Unico Regionale
- Corredo Vaccinale Primario
- Adesione alla campagna vaccinale

Fascicolo Sanitario Elettronico – Regione Campania

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario di ciascun cittadino, che fa riferimento a eventi clinici presenti e trascorsi.

A partire dal 19 maggio 2020 il Fascicolo Sanitario è alimentato, in maniera continuativa e tempestiva dai soggetti e dagli esercenti le professioni sanitarie, anche privati, che prendono in cura il paziente, con i dati degli eventi clinici relativi all'assistenza sanitaria erogata.

Il Fascicolo consentirà, in particolare, la costruzione di un punto unico di aggregazione delle informazioni rilevanti e consultazione di tutti i documenti sanitari e socio-sanitari generati dagli attori pubblici e privati del sistema sanitario, nel rispetto della normativa in materia di privacy e dei consensi espressi dal cittadino stesso, in modo tale che il paziente ed il medico, con il consenso del paziente stesso, possono consultare in ogni momento e in ogni luogo tutti i documenti e dati sanitari. Nei casi di emergenza il Fascicolo offre la possibilità di accedere tempestivamente alle informazioni sul tuo stato clinico, fornendo ai medici di pronto soccorso le informazioni necessarie per un corretto intervento.

Il Fascicolo Sanitario è istituito dalla Regione Campania come iniziativa rivolta al miglioramento complessivo della qualità dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e rappresenta un pilastro all'interno delle iniziative di digitalizzazione della sanità regionale e nazionale.

Nuovo Portale di Servizi AREA TERRITORIALE

La Porta Unica di Accesso (PUA)

La Porta Unica di Accesso è definita nella normativa regionale quale elemento organizzativo per favorire il raccordo tra gli attori coinvolti nella presa in carico di assistiti complessi. Lo strumento si rivolge quindi a utenti dell'ASL, così come pure ai MMG/PLS presenti sul territorio e agli operatori dei Distretti Socio Sanitari, che interagiscono con l'Azienda Sanitaria, per la segnalazione delle problematiche complesse (la complessità in questo caso riguarda la compartecipazione tra Sanità e Ambiti secondo le norme stabilite a livello regionale e consolidate all'interno dei Piani di Zona).

- Il processo di segnalazione può provenire dai seguenti attori:

- MMG
- medico del reparto ospedaliero in fase di pre-dimissione/Dimissione Protetta;
- medico responsabile di struttura residenziale (RSA);
- responsabile della struttura socio-assistenziale (Casa di riposo-comunità protetta);
- servizi sociali;
- associazioni di volontariato, cooperative sociali;
- familiari dell'assistito;

Il processo di segnalazione può avvenire secondo le seguenti modalità:

- Tramite sistemi terzi (es. ADT delle Strutture Ospedaliere): questa modalità non è prevista in questa progettualità
- Tramite registrazione diretta sulla PUA da parte degli operatori dei Distretti della ASL di Benevento
- Tramite accesso specifico al Portale PUA utilizzabile sia da medici ospedalieri sia da MMG, sia da operatori degli ambiti sociali. Tale accesso è facilmente realizzabile tramite opportuna configurazione di maschere e contiene dati visibili in base alla profilazione dell'utente.

Cartella Clinica Territoriale (CCT)

La Cartella Clinica Territoriale è pubblicata sui Portali dell'Area Distrettuale della ASL di Benevento allo scopo di consentire la rilevazione delle attività specialistiche, siano esse eseguite all'interno di un percorso strutturato (ad es. cronicità), siano invece legate ad attività programmate in regime di SSN tramite il CUP. Lo scopo è quello di creare uno strumento omogeneo all'interno della ASL, per uniformare la raccolta delle informazioni sanitarie e i pareri specialistici, consentendo inoltre l'uso di strumenti quali scale o score, verticali alle diverse branche.

Il Chronic Care Model (CCM)

Il Portale è dedicato alla presa in carico degli assistiti all'interno di PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) strutturati per la gestione territoriale delle patologie croniche. La sua caratteristica principale deve essere quella di poter configurare i protocolli di attività legati alle linee guida regionali o comunque comunicate dalla ASL di Benevento. Il Portale potrà essere alimentato dalla PUA (su decisione della Direzione Strategica, estendendo la funzione rispetto alle Linee Guida Regionali), oppure con una segreteria del Distretto.

Cure Domiciliari (ADI)

Il servizio di Cure Domiciliari è una delle principali risposte del Distretto rispetto alle necessità complesse espresse riguardo ad un assistito. Nella ASL di Benevento, a seguito della valutazione svolta dal Distretto tramite le UVI, e la conseguente redazione del PAI, l'erogazione delle

prestazioni previste viene affidata a un provider esterno (attualmente la VIVISOL srl). Pertanto è necessario che le informazioni del Piano giungano sui sistemi propri del provider e che siano restituite le informazioni di erogazione per poter giungere alla generazione del Debito Informativo (SIAD).

Il portale delle Cure Domiciliari dovrà offrire un insieme di servizi a supporto dell'erogazione di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi integrati e in particolare deve:

- Fornire agli operatori, sia sanitari che sociali, che gestiscono gli utenti domiciliari cronici e post-acuti, l'accesso ad un modello organizzativo condiviso, il "profilo" socio-demografico e sanitario dell'assistito e valutare in modo dinamico le variazioni dei bisogni assistenziali. Uno strumento in grado di gestire, in base ai PAI (Piano Assistenziale Individuale) progettati a livello delle UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale), il tipo, la durata, la periodicità e l'intensità delle prestazioni da erogare e la loro eventuale necessità di aggiornamento/modifica;
- Ottimizzare la programmazione e la rilevazione degli accessi a domicilio da parte degli operatori sanitari coinvolti (Medici di Medicina Generale, Infermieri, Assistenti Domiciliari, Servizi Sociali, "Strutture Protette") in modo tale da coordinare le risorse e valutare eventuali diverse modalità di erogazione delle prestazioni sulla base della mutata condizione sanitaria o sociodemografica dell'assistito;
- Prevedere l'integrazione con i moduli CCM e CCT, sopra descritti, al fine di permettere la visione delle informazioni relative allo stato di salute generale del paziente (patologie croniche e acute, terapie in corso, interventi in corso o programmati, tipo di alimentazione) con la possibilità di aggiornamento e segnalazione circa eventi rilevanti o stato delle terapie;
- Monitorare i processi ed i percorsi assistenziali e promuovere attività congiunte tra il personale socio-assistenziale in modo tale da creare una stretta integrazione;
- Permettere l'interazione continua con l'utente e con i caregivers, per mantenere e curare costantemente il contatto con l'utente e con la sua famiglia, per monitorare lo stato di erogazione dei servizi ma anche ottenere utili informazioni sul PDTA con guide alla fruizione di determinati benefici, servizi ed eventi.

La soluzione che verrà adottata per la gestione dell'ADI dovrà rispondere in pieno alle esigenze di un approccio multidisciplinare rispetto ai bisogni assistenziali del paziente anziano, fragile e/o cronico ed essere in linea con il processo di riorganizzazione in atto in Regione Campania.

Gestione residenziale e strutture intermedie (RSA, ex. Art.26-44, Osco)

Il portale racchiude diverse funzionalità previste alla registrazione delle liste di accesso e alla degenza/presenza presso le tipologie di strutture residenziali e semi residenziali della ASL di Benevento. Pur trattandosi di setting assistenziali differenti, con produzione di debito informativo diverso, quest'area presenta delle caratteristiche comuni che ne consentono la configurazione a seconda delle necessità organizzative dell'ASL. L'accesso alle strutture prevede sempre una richiesta iniziale (segnalazione alla PUA nel caso della RSA, segnalazione verso Distretto da MMG o da specialista di competenza per gli altri casi). A seguito della valutazione (in UVI o UVBR) l'assistito viene inserito in una lista di attesa. Il funzionamento della lista sarà sulla base della data di valutazione più antica, tenendo in considerazione anche il setting disposto in fase di valutazione e le scelte delle strutture da parte del cittadino.

Le attività in regime residenziale e semi residenziale vengono erogate da strutture della ASL oppure (nella maggior parte dei casi) da strutture private convenzionate presenti sul territorio della ASL di Benevento. Esistono anche casi di "migrazione" per motivi sanitari, quando è necessario l'accesso dell'assistito al di fuori dei confini del territorio dell'ASL BN.

Portale per Assistenza Riabilitativa, Integrativa e Protesica (ARIP)

Il sistema dovrà gestire le richieste di assistenza integrativa e protesica dell'Azienda Sanitaria, seguendo l'intero iter, che va dalla richiesta fino al rilascio della protesi.

Il sistema inoltre, dovrà gestire anche tutte le fasi dell'assistenza riabilitativa ex art. 44 ed ex art. 26 della Legge 833/78 erogata sia dall'Azienda Sanitaria che dai Privati Accreditati.

Dovrà essere inoltre previsto una gestione dei percorsi e delle terapie fisioterapiche sia presso i centri aziendali che accreditati, con gestione sia della fase autorizzativa ed amministrativa sia della fase clinica.

Pertanto il modulo deve essere interconnesso con il Modulo PUA, il Modulo CCT e il modulo ADI.

Portale Salute Mentale(SM)

Il sistema dovrà gestire tutte le attività per il paziente affetto da malattie mentali (per la parte del Servizio Pubblico e del Privato Accreditato) e nello specifico dovrà implementare la funzionalità per la:

- gestione delle richieste e della presa in carico (da interfacciare con il portale PUA);
- gestione del fascicolo e del dossier sanitario comprendente tutte le schede e cartelle cliniche riguardanti un paziente e la sua valutazione (da interfacciare con il portale CCT e CCM);

- gestione di diverse tipologie di documenti quali: Schede Mediche, Schede di Primo Contatto, Schede di Consulenza e registro attività erogate;
- gestione completa delle diagnosi e dei relativi referenti, gestione dei Piani Terapeutici, semplici e complessi e dei Libretti Terapeutici Individuali (LIT);
- gestione Assistenza domiciliare prestazioni socio-sanitarie per pazienti con disturbi psichici e trattamento terapeutico secondo il LIT;
- gestione dei servizi e della cartella del SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) e della Cartella OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario);
- gestione degli operatori del Dipartimento, dei turni di lavoro e delle agende di visita;
- gestione del debito informativo che il Dipartimento ha nei confronti della Regione e del SSN, in conformità ai protocolli vigenti di LeaSocioSan Regione Campania e del nuovo Sistema Informativo della Salute Mentale (SISM) di cui al Decreto Ministeriale del 15 ottobre 201;
- effettuare studi epidemiologici sulla popolazione.

Portale Dipendenze Patologiche (DP)

Il sistema dovrà gestire tutte le attività per il paziente affetto da Dipendenze Patologiche; nello specifico dovrà implementare funzionalità per la:

- gestione della presa in carico, della valutazione e dell'assistenza farmacologica, sociale e psicologica per i giovani tossicodipendenti presenti in Istituto minorile e/o in Casa Circondariale;
- gestione della presa in carico del paziente con alcool-dipendenza su base volontaria o per segnalazione giudiziaria – valutazione della patologia - trattamento terapeutico - termine trattamento;
- gestione della presa in carico dell'utente ospite della comunità, eventuale trattamento farmacologico e/o psico-sociale;
- gestione di diverse tipologie di documenti quali: Schede Mediche, Schede di Primo Contatto, Schede di Consulenza e Registro attività erogate;
- gestione completa dei trattamenti terapeutici e farmacologici, semplici e complessi;
- gestione delle Certificazioni medico-legali, rilascio/rinnovo patenti di guida;
- gestione del debito informativo che l'area delle Dipendenze Patologiche ha nei confronti della Regione e del SSN, e gestione dei rapporti con Tribunale, Prefettura.
- Anche nell'Area della Prevenzione sono previsti applicativi informatici dedicati alla semplificazione e digitalizzazione dei processi.

Portale per il Servizio di Epidemiologia e Prevenzione (SEP)

La soluzione applicativa dovrà supportare e informatizzare le attività istituzionali del Servizio Epidemiologia e Prevenzione. Il portale dovrà rispecchiare quelli che sono i compiti istituzionali del Servizio, in particolare si dovrà comporre di varie aree o moduli funzionali quali:

- Gestione della Farmacovigilanza e rilevazione reazioni avverse a vaccini e farmaci;
- Gestione della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse - atti amministrativi e debito informativo;
- Gestione della sorveglianza attiva in caso di malattie infettive mediante la gestione dei protocolli di sorveglianza, la gestione degli operatori e delle attività specifiche secondo protocollo specifico per infezione e la gestione degli utenti con comunicazioni, checklist di verifica;
- Gestione Vaccinazioni e verifica assolvimento obbligo vaccinale con accesso diretto o su prenotazione degli assistiti, accettazione, svolgimento delle prestazioni vaccinali, compilazione ed archiviazione di un registro, predisposizioni di certificazioni attestanti le vaccinazioni eseguite, inserimento dati su piattaforma regionale;
- Gestione del Flusso Informativo sulla natalità;
- Gestione di Registri relativi a tumori e Registri cause di morte;
- Gestione del debito informativo nei confronti degli Enti e strutture di riferimento (ASL, Regione, Ministero Salute): Bollettino Epidemiologico - Sistema di Sorveglianza PASSI/OKKIO/HBSC .

Portale per il Servizio di Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL)

La soluzione applicativa dovrà supportare e informatizzare le attività istituzionali dello SPSAL. Il portale dovrà rispecchiare quelli che sono i compiti istituzionali del Servizio, tesi a garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori negli ambienti di lavoro, in particolare si dovrà comporre di varie aree o moduli funzionali quali:

- Funzioni di servizio e configurazione;
- Programmazione dell'attività ispettiva e di medicina del lavoro;
- Registrazione dell'attività del servizio (ispezioni, indagini, comunicazioni ecc.);
- Gestione delle anagrafiche delle persone, ditte e cantieri;
- Gestione delle sanzioni/provvedimenti;
- Verifiche degli impianti;
- Produzione di stampe e reportistica (sia interna che esterna).

Applicazione per il Servizio di Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)

La soluzione dovrà proporre una serie pre-configurata di procedure già pronte per essere utilizzate per la registrazione dell'attività del servizio. Di seguito sono elencate a titolo di esempio alcune delle procedure richieste:

- registrazione degli stabilimenti che trattano alimenti (Reg. CE 852/2004);
- controllo ufficiale dei prodotti alimentari di origine vegetale e dei requisiti strutturali e funzionali delle industrie;
- alimentari di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto e somministrazione di alimenti e bevande;
- gestione del sistema di allerta degli alimenti e delle bevande;
- sorveglianza su commercializzazione ed utilizzo di prodotti fitosanitari;
- prevenzione delle intossicazioni da funghi.

Applicazione per il servizio di IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (SISP) e Certificazioni "SISP"

La soluzione applicativa dovrà essere in grado di gestire ogni attività svolta dal servizio Prevenzione e Igiene Ambientale, consentendo la definizione di tutti gli attori coinvolti (Aziende, Utenti, Punti Prelievo Acque, Pratiche, ecc.) e la registrazione di tutte le pratiche di monitoraggio eseguite.

Avendo un controllo completo di tutta l'attività svolta, dovrà inoltre rendere possibile pianificare e programmare le attività di monitoraggio anche per singolo operatore, definendo un numero iniziale di controlli da eseguire e verificando, in ogni momento, la situazione della pianificazione e dei controlli eseguiti anche mediante l'utilizzo di appositi indicatori.

Di seguito sono elencate a titolo di esempio alcune delle procedure richieste:

- Pareri Sanitari su concessioni edilizie civili, Piani Regolatori
- Generali (P.R.G.), Piani di Insediamenti Produttivi (P.I.P.),
- Regolamenti Edili
- Programmazione, controllo acque potabili sul territorio dell'ASL BN ai sensi del D.Lgs 31/2001
- Adozione provvedimenti Sanitari sulle non conformità dei controlli - prelievi campione - programmazione controlli acque minerali;
- adozione provvedimenti sanitari sulle non conformità dei controlli;
- Autorizzazione emissioni in atmosfera;
- Piani di Lavoro Amianto e Utilizzo Gas Tossici;
- Impianto smaltimento Rifiuti; Impianto di Radiazioni Ionizzanti;

- Programmazione Sanificazione Ambientale (Disinfezione, Disinfestazione e Derattizzazione);
- Vigilanza Strutture Sanitarie;
- Vigilanza Strutture Turistico – Alberghiere;
- Vigilanza Arti e Professioni Sanitarie;
- Vigilanza per Inconvenienti Igienici ed Inquinamenti Ambientali.

Applicazione per il servizio di VETERINARIA (V)

La tutela della salute dei consumatori, della sanità e del benessere degli animali sono compiti attribuiti sia al Ministero della salute che ne definisce le normative, sia al SSN che ne verifica l'attuazione all'interno di un complessivo coordinamento tecnico-operativo di specifica garanzia sanitaria.

La necessità di garantire elevati standard di salute, benessere ed alimentazione degli animali destinati al consumo umano è indispensabile poiché, da essi, consegue direttamente la salubrità degli alimenti di origine animale (carni, prodotti della pesca, latte e tutti i loro derivati etc.).

La sicurezza di un alimento dovrà quindi essere garantita solo se il sistema riuscirà a monitorare costantemente ogni fase del processo lungo tutta la filiera di produzione fino al consumatore, attraverso interventi di prevenzione e di controllo ufficiale.

La realizzazione del coordinamento tecnico-operativo e normativo riguarderà aspetti quali ad esempio:

- l'utilizzo dei farmaci veterinari
- la dietetica e la nutrizione
- i controlli sulle importazioni e scambi di animali
- i controlli sui prodotti di origine animale e vegetale
- la ricerca scientifica in ambito veterinario
- La sanità pubblica veterinaria si occupa di programmare e coordinare le attività di vigilanza che riguardano:
 - la sorveglianza e la profilassi delle malattie infettive a maggiore rilevanza zoo-sanitaria (ad esempio brucellosi, leucosi, tubercolosi)
 - la sicurezza degli alimenti di origine animale
 - l'impatto ambientale
 - l'igiene, il benessere e l'alimentazione degli animali negli allevamenti
 - la banca dati nazionale dell'anagrafe animale

L'area dovrà essere articolata, all'interno del Dipartimento di Prevenzione, in tre servizi o unità operative:

- Sanità animale (“Area A”)
- Igiene degli alimenti di origine animale (“Area B”),
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (“Area C”).

Applicazione per il Servizio di Medicina Legale (SML)

Il sistema dovrà gestire tutte le attività inerenti le certificazioni rilasciate dalla medicina legale.

Come, a puro titolo di esempio:

- Porto d’armi
- Richiesta visite mediche
- Patenti speciali
- Pass Disabili
- Patenti nautiche.

➤ **REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI** (a cura dell’UOC Ingegneria Clinica HTA ed evoluzione digitale)

Reingegnerizzare vuol dire mettere in atto un cambiamento strategico dei flussi di lavoro al fine di migliorare l’efficienza complessiva dell’organizzazione, quindi ridurre i costi, migliorare l’appropriatezza nell’uso delle risorse, nelle scelte organizzative, nei percorsi aziendali, velocizzare il raggiungimento degli obiettivi. Il processo di reingegnerizzazione in un’azienda sanitaria deve riguardare tutti i processi sia sanitari-assistenziali che puramente amministrativi che molto spesso sono gestiti secondo logiche burocratiche e non in termini di efficienza ed economicità.

Per quanto riguarda l’area prettamente clinico-assistenziale, l’obiettivo principale del progetto dell’ASL BN è quello di realizzare una rete integrata ospedale-territorio per la gestione clinica dei pazienti con multicronicità e per la diagnosi di patologie concomitanti, basandosi sulla necessità di ottimizzazione delle risorse disponibili nel sistema sanitario. Ciò impone l’adozione e la condivisione responsabile da parte di tutti gli attori del sistema dei concetti di “percorso assistenziale” e di “responsabilità” della ASL Benevento, della Regione Campania e dei Medici di medicina generale (MMG) verso gli assistiti ai fini dell’attivazione del percorso stesso.

Attraverso una reingegnerizzazione dei processi organizzativi e tecnologici, con l’adozione di una piattaforma integrata di Sistema informativo e di Telemedicina, il percorso assistenziale diventa un percorso organizzato tale da garantire la *governance* strategica delle attività relative alle Cure Primarie e dei Servi Assistenziali Specialistici.

Il progetto prevede la progettazione, l’implementazione e la sperimentazione di soluzioni tecnologiche innovative e di protocolli sanitari ad hoc per l’attivazione di un sistema integrato di

gestione dei pazienti in ambito domiciliare e ambulatoriale basandosi su una *governance* completa dei PDTA.

Le attività di potenziamento e di implementazione del sistema informativo proposto a supporto del progetto in questione hanno tenuto in considerazione:

- Il Piano di Potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale approvato con la delibera di Giunta Regionale n.475 del 03/11/2020, in particolare il paragrafo dedicato al “potenziamento dell’assistenza domiciliare integrata”, comma 3 e 4 dell’art. 1 del dl 34/2020- legge di conversione 17 luglio 2020, n.77;
- Le Linee di indirizzo regionali sull’attivazione dei servizi sanitari erogabili a distanza (telemedicina) e impiego nell’ambito del sistema sanitario regionale campano, DGRC n.6 del 12/01/2021.

Per la realizzazione di tale progetto le tappe da raggiungere sono le seguenti:

- “messa in esercizio” degli strumenti che permettano la gestione integrata dei PDTA tra le diverse forme organizzative del SSN, tra le quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), le Unità Complesse di Cure Primarie (U.C.C.P.), i Poliambulatori Specialistici Pubblici e le Strutture Polifunzionali per la Salute;
- mettere a regime i processi d’integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione socio-sanitaria) sia a livello informatico/informativo (Information Communication Technology);
- favorire la costruzione di percorsi assistenziali che determinino l’integrazione dell’ospedale con l’assistenza primaria, sia nel percorso pre-ospedale sia all’atto della dimissione (dimissione assistita), attraverso strutture e modalità organizzative (per la cui realizzazione un ruolo fondamentale riveste il livello distrettuale) e l’attivazione di progetti di presa in carico da parte della ASL e dei MMG per le patologie croniche a più alta incidenza;
- messa a punto di un sistema informativo per l’assistenza primaria, al quale tutte le articolazioni assistenziali della ASL e i MMG parteciperanno, contribuendo all’alimentazione ed alla creazione di specifici data base mediante fornitura di dati utili alla costruzione di sistemi di reporting integrati e funzionali ai processi di “*clinical governance*” sui quali misurare il raggiungimento di obiettivi di salute concordati a livello regionale.
- Implementare e avviare una piattaforma di telemedicina e teleriabilitazione perfettamente integrata con la Piattaforma regionale Sinfonia e con gli strumenti di governance dei PDTA e pienamente conforme agli standard internazionali in ambito medico (HL7, DICOM, XML), per l’acquisizione, archiviazione, gestione, elaborazione dei dati clinici e dei referti.

- Per quanto attiene invece l'ambito amministrativo il progetto dell'ASL BN è rivolto alla semplificazione e al miglioramento dell'appropriatezza mediante la digitalizzazione di diversi processi amministrativi riguardanti la gestione delle risorse umane, la gestione documentale come di seguito rappresentato.

➤ **EVOLUZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE DEL PERSONALE E DEL SISTEMA DOCUMENTALE** (a cura dell'UOC Ingegneria Clinica HTA ed evoluzione digitale)

GESTIONE DEL PERSONALE

Servizio di sviluppo evolutivo del Sistema Gestione del Personale

Il servizio deve garantire l'evoluzione del Sistema di Gestione del Personale attualmente in uso presso la Asl di Benevento, verso un sistema "smart" di tipo web application, adatto ad una transizione verso soluzioni di tipo Cloud.

Nello specifico, il sistema deve evolvere dall'attuale sistema di "Gestione Economica del Personale" adottato dall'Ente verso un sistema integrato e completo che comprenda la componente giuridica integrata con la preesistente componente economica che viene effettuata dal sistema "PersWeb".

I principali ambiti di sviluppo evolutivo del sistema devono essere i seguenti:

- sistema integrato di gestione giuridico ed economica del personale aziendale sia dipendente che convenzionato;
- creazione e gestione di un fascicolo personale digitale del dipendente;
- integrazione ed interoperabilità del sistema per la trasmissione automatizzata dei tracciati ex Articolo 79 DCA n. 53 e 55 della Regione Campania;
- evoluzione del sistema di rilevazione presenze dall'attuale sistema in uso IrisWin verso un sistema più evoluto;
- attivazione del Portale del Dipendente sia web che tramite strumenti mobile (app) come descritto in seguito.

Manutenzione evolutiva sistema PersWeb

La manutenzione evolutiva, tecnologico e funzionale del sistema "Persweb" deve prevedere l'attivazione di nuove funzionalità della piattaforma per la gestione completa dei dati individuali del dipendente per gestire tutti gli aspetti amministrativo/contabili dell'Azienda (trattamento economico per la predisposizione mensile degli stipendi, analisi e statistiche sulla ripartizione della spesa per centro di costo, gestione previdenziale per i dati storici lavorativi).

Il sistema dovrà consentire le seguenti funzionalità minime:

- gestione integrata ed univoca di tutte le informazioni anagrafiche, giuridiche ed economiche del personale dipendente della ASL Benevento;
- creazione e gestione del fascicolo personale digitale del lavoratore, con associazione tra le informazioni e gli atti giuridici di riferimento da allegare in formato digitale;
- creazione e gestione in un unico repository del fascicolo personale del lavoratore, quale elemento di gestione dello stato giuridico ed economico del dipendente;
- gestione del curriculum individuale del lavoratore, con informazioni su titoli acquisiti, pubblicazioni, aggiornamenti professionali, variazioni dello stato di servizio, collocazione lavorativa, eventuali sanzioni disciplinari, annotazioni di merito e relativi provvedimenti;
- gestione delle variazioni di inquadramento giuridico e/o economico a fronte di sopravvenute esigenze o disposizioni;
- gestione storica dei dati individuali e delle tabelle contrattuali, con informazioni tabellari e personalizzabili secondo le esigenze dell’Azienda;
- predisposizione di un sistema di reportistica, personalizzato secondo le esigenze dell’Azienda, in grado di estrarre e rielaborare le informazioni sopradescritte.

Manutenzione evolutiva sistema IrisWin - Ripresa

La manutenzione evolutiva, tecnologica e funzionale del sistema IrisWin in uso per la rilevazione delle presenze deve prevedere l’attivazione di nuove funzionalità del sistema di rilevazione presenza in grado di garantire la completa fruibilità dei dati e la piena integrazione con il sistema “Persweb”. Il sistema deve permettere la piena gestione dei dati relativi alla Rilevazione presenze/assenze in condivisione con il modulo di “Gestione Risorse umane”, senza ridondanza tra dati anagrafici, giuridici ed economici di ogni dipendente e di ogni lavoratore convenzionato.

Il sistema dovrà assicurare le seguenti funzionalità:

- l’elaborazione in tempo reale delle timbrature e l’attivazione dei processi di workflow, che dovranno essere disponibili ad ogni dipendente su apposito Portale del dipendente, secondo le indicazioni di seguito riportate.
- l’automatizzazione dei controlli di congruenza direttamente all’atto della richiesta, dovrà poter essere possibile l’acquisizione delle assenze direttamente dal sito dell’INPS con immediata verifica dei periodi temporali e dei relativi massimali.
- la gestione dei calendari, dei modelli e dei profili orari.
- la pianificazione e la gestione della turnazione degli operatori dei vari servizi.

Portale del dipendente

L'evoluzione dei moduli sopra descritti dovrà prevedere la possibilità per ogni dipendente di accedere, aggiornare le proprie informazioni tramite l'accesso ad un "Portale del Dipendente". Tale modulo dovrà permettere da un lato l'ottimizzazione del processo di dematerializzazione, dall'altro l'attivazione di un rapporto diretto tra i dipendenti e la Gestione delle Risorse Umane.

Il Sistema dovrà garantire le seguenti funzionalità:

- l'accesso ad ogni utente tramite una web application e tramite Mobile App;
- la consultazione del proprio fascicolo personale per la visione delle timbrature mensili, dei cedolini, delle CU, ecc;
- l'attivazione di servizi di self management del dipendente tra i quali: richiesta permessi, giustificazione di omessa timbratura, modifica dati anagrafici, modifica dati bancari, autorizzazione e rendicontazione smart working, etc...

SISTEMA DOCUMENTALE

Servizio di Sviluppo evolutivo dell'attuale sistema di protocollo e di gestione delibere verso una soluzione documentale

Il servizio richiesto deve prevedere l'evoluzione dell'attuale software di gestione del protocollo (LAPIS web) e del sistema di gestione e pubblicazione delle delibere verso un sistema integrato e completo, compliance ad una architettura in Cloud, che consenta la completa gestione e dematerializzazione del workflow documentale aziendale.

La soluzione applicativa dovrà prevedere, in primo luogo la gestione del protocollo informatico e la gestione di tutti gli atti amministrativi, inclusi le delibere e determine aziendali.

Il sistema dovrà essere personalizzato e progettato per fornire un supporto gestionale ed amministrativo, permettendo:

- l'applicazione immediata ai processi documentali già in uso presso l'ASL;
- la semplificazione dei work flow aziendali;
- la dematerializzazione dei processi;
- il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei processi interni;
- la riduzione delle attività di back-office.

Il software dovrà essere di tipo Web Application, adattabile ad ogni tipo di dispositivo, anche mobile. La soluzione applicativa dovrà comprendere tutte le funzionalità relative alla gestione documentale ed al protocollo, garantendo la gestione dell'intero ciclo di vita dei documenti

secondo i requisiti minimi previsti dalla normativa e nello specifico dalle Linee guida AgID sulla “formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici”.

Le funzionalità minime che il sistema dovrà garantire sono le seguenti:

- Gestione dei processi di autorizzazione ed autenticazione con definizione, per ciascun utente abilitato, dei livelli di accesso in funzione del ruolo ricoperto.
- Gestione della sicurezza dei processi e del workflow, secondo le indicazioni del GDPR, anche tramite l'utilizzo di strumenti di controllo e monitoraggio degli accessi, individuazione del proprietario del documento, degli utenti autorizzati alla modifica e con tracciabilità dello stato e della storia dello stesso.
- Gestione del workflow di protocollazione dei documenti, nel rispetto delle linee guida AgID: Acquisizione, Produzione, Registrazione univoca, Classificazione, Archiviazione e Controllo.
- Funzionalità di governance del ciclo di vita documentale, dalla definizione della proposta, all'approvazione e pubblicazione di provvedimenti amministrativi, deliberazioni e determinazioni dirigenziali.
- Funzionalità di supporto e collaborazione tra i vari uffici/attori che partecipano alla stesura ed approvazione del provvedimento amministrativo.
- Gestione del workflow dei provvedimenti amministrativi, nel rispetto delle linee guida AgID, comprendenti le seguenti funzionalità:
 - Creazione della bozza di atto amministrativo partendo da un template concordato, possibilmente in formato docx;
 - Gestione di eventuali documenti da allegare alla bozza, o assegnazione delle attività all'utente che deve effettuare l'attività prevista dal workflow, o automatizzazione di tutti i passaggi che non richiedono l'interazione con un utente o conservazione di tutte le versioni e gli stati del documento o monitoraggio dello stato dei procedimenti.
- Gestione della firma digitale e integrazione con dispositivi di firma digitale remota.
- Integrazione con sistemi di conservazione digitale a norma.
- Integrazione con l'Albo Pretorio dell'Ente.

Per l'Area Direzionale è previsto un portale che attraverso una tecnologia basata su Business Intelligence si adatti alle specifiche esigenze dell'ASL per la definizione di nuove metriche, calcoli, indicatori e profili di utente. Il portale dovrà permettere di interagire tramite dashboards interattive, strumenti di analisi e reportistica, grafici e rappresentazioni su mappe. Inoltre, dovrà fornire un cruscotto direzionale, inteso come sistema a supporto delle decisioni a disposizione

dell'ASL per la gestione del "ciclo della performance" assicurato mediante l'utilizzo di appositi indicatori per la pianificazione, programmazione, esecuzione, monitoraggio.

Il progetto del "Cruscotto Direzionale" dovrà essere sviluppato adottando soluzioni di Business Intelligence, al fine di garantire l'integrità dei dati e la possibilità di esploderne le diverse componenti, e dovrà prevedere:

- l'analisi dei dati acquisibili dai diversi software gestionali e aziendali.
- la creazione di un database del Datawarehouse, individuando le sorgenti dati (interne ed esterne) derivanti dai sistemi esistenti e da quelli di nuovo sviluppo.
- l'elaborazione e la condivisione delle informazioni attraverso report parametrici e viste multidimensionali.

Di seguito sono riportate le principali aree di analisi e/o monitoraggio:

- 1) Indicatori LEA più Obiettivi Tematici: indicatori volti a sintetizzare le performance conseguite nell'erogazione delle prestazioni sanitarie a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12.01.2017);
- 2) Programma Nazionale Esiti (volumi, procedure/mortalità): monitoraggio degli esiti degli interventi sanitari segnalando eventuali aree critiche di intervento;
- 3) Piano di efficientamento: monitoraggio degli equilibri economici di cui al Piano di Efficientamento e riqualificazione redatto a seguito delle disposizioni della L. 208/2015 e relativo Decreto attuativo;
- 4) Linee Progettuali: monitoraggio dello stato di avanzamento della spesa e delle attività progettuali svolte (DCA 134/2016 E DCA 74/2017) e della progettazione nazionale, regionale ed europea;
- 5) Appropriatelyzza: monitoraggio dell'appropriatelyzza della scelta del setting assistenziale in relazione alle procedure eseguite nell'episodio di ricovero;
- 6) Personale: monitoraggio dei processi di exit del personale aziendale e del relativo mutamento del fabbisogno necessario a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza;
- 7) Liste di attesa: monitoraggio ed individuazione di strumenti volti all'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie;
- 8) Monitoraggio dei consumi: monitoraggio dei consumi per magazzino (in particolare farmaci e dispositivi medici) e del "Fondo farmaci innovativi (oncologici e non)" rapportato alle attività erogate dai Dipartimenti assistenziali;
- 9) Flussi informativi: monitoraggio delle scadenze dei debiti informativi gravanti in capo all'Azienda riepilogati in apposita mappa adottata con apposita deliberazione da parte della Direzione aziendale;
- 10) Didattica e ricerca: monitoraggio dei percorsi di didattica e ricerca attivati, integrati con l'assistenza.

A questo si dovrà aggiungere un modulo per il Controllo di Gestione (rilevazione dei costi diretti e indiretti), la produzione di indicatori di Performance Management e la misurazione del raggiungimento degli obiettivi di budget: economici, fisici e tecnici.

Il sistema dovrà consentire di raccogliere tutti i flussi richiesti dalle normative vigenti sia di carattere regionale che nazionale, compresi quelli già prodotti da altri sistemi tipo Paghe, Contabilità, ecc., al fine di ottenere un quadro d'insieme per il monitoraggio e il puntuale assolvimento secondo le scadenze previste.

L'accesso alle informazioni di controllo dovrà avvenire attraverso uno o più portali (es. Cruscotto Direzionale e Controllo di Gestione).

SERVIZI AL CITTADINO E AI DIPENDENTI

Portale del cittadino e del dipendente (PCD)

L'amministrazione ritiene necessario intervenire sulla situazione attuale del portale istituzionale www.aslbenevento1.it avviando un intervento di restyling e reingegnerizzazione che indirizzi le seguenti aree di miglioramento e di evoluzione della soluzione:

- Nuova architettura dell'informazione che snellisca l'attuale struttura dei contenuti al fine di semplificare la reperibilità delle informazioni.
- Nuova interfaccia grafica responsive, compatibile con la normativa attuale, progettata in accordo ai moderni paradigmi (es. single page application).
- Nuovi servizi al cittadino.
- Nuovi servizi ai dipendenti con integrazione al Portale del dipendente.

Si richiede inoltre la realizzazione del portale con il supporto di un CMS evoluto in modo da facilitare la sua evoluzione e consentire la gestione dinamica dei contenuti.

Inoltre l'intento è far evolvere e integrare il portale (sito internet) e le app aziendali per renderli degli strumenti in grado di supportare nuove funzioni orientate a una maggiore personalizzazione della comunicazione:

- Progettare per ogni utente una pagina personale a cui si potrà accedere dal portale e dalla app aziendale (di seguito descritta).
- Consentire all'utente di gestire tutti i servizi offerti dall'ASL ed in particolare lo stato di avanzamento e il workflow delle attività e delle procedure avviate con l'ASL.

- Attraverso la pagina personale l'utente potrà visualizzare tutte le informazioni e i servizi offerti dalla ASL, ma anche il proprio profilo personale e tutte le informazioni personali e sanitarie di propria pertinenza.
- Integrazione dei servizi digitali in modo da consentire all'utente di avere un'interfaccia univoco dal sito aziendale o dalla app dedicata (descritta nel seguito), in una logica di integrazione e ottimizzazione dei percorsi esistenti.
- Gestione della customer experience, tramite somministrazione di questionari eventualmente collegati agli ultimi eventi rilevati all'interno dello stesso profilo personale.

App del cittadino

I servizi al cittadino dovranno essere erogati anche attraverso un'App per dispositivi personali mobili. In particolare, l'App dovrà consentire:

- gestione del proprio profilo personale, visualizzazione di tutte le informazioni relativi alla ASL e di tutti i servizi offerti;
- informazioni sulle strutture ASL e convenzionate;
- gestione delle prenotazioni: modifica, annullamento e spostamento di una prenotazione, oltre al memo della data e del luogo della prestazione;
- notifiche inerenti le prenotazioni dell'assistito inoltrate dal CUP.
- consentire all'utente di gestire tutti i servizi offerti dall'ASL ed in particolare lo stato di avanzamento e il workflow delle attività e delle procedure avviate con l'ASL;
- strumenti di segnalazione e di comunicazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico aziendale.

Di seguito si riporta la tabella che sintetizza i tempi di attuazione della programmazione sopra esposta e dettagliata, che riguarderà il triennio di riferimento anche se il completamento delle varie attività è previsto a volte per l'anno 2023, altre per il 2024; il 2025 rappresenta l'anno della messa a regime e della piena e completa funzionalità di tutte le attività programmate.

Programma Digitalizzazione ASLBN

Ambito di Applicazione	Sistema informativo	Soluzione proposta	Deadline Produzione	Priorità
Amministrativo	Sistema di gestione giuridica e contabile delle Risorse Umane (personale dipendente e convenzionato)	Evoluzione del sistema verso sistema RIPRESA (ENG Spa)	Gennaio 2023	A

	Portale / App del Dipendente	Evoluzione del sistema	Marzo-Dicembre 2023	A
	Sistema documentale completo : - protocollo, - gestione documento, - gestione workflow, - gestione firma digitale, - gestione delibere/determine, - gestione pubblicazioni -	Soluzione da individuare come evoluzione – Sistema GEDOC	Gennaio-Giugno 2023	A
	DEMATERIALIZZAZIONE documentazione e conservazione legale	Servizio in corso di affidamento	Giugno 2023 - Giugno 2024	M
	Cruscotto Direzionale: Indicatori LEA + Obiettivi Tematici: - Monitoraggio Flussi informativi: - Monitoraggio Piano di efficientamento - Monitoraggio Linee	Sviluppo nuova soluzione su indicazioni del fabbisogno aziendale	Gennaio-Giugno 2023	A
	Trasferimento in cloud di tutti i sistemi software amministrativi aziendali		Gennaio 2023 - Giugno 2024	A
Amministrativo - Servizi cittadini	Sistema Pubblico di Identità Digitale (SpID) Carta Identità Elettronica (CID) Centro Nazionale Servizi PagoPA MyPay Regione Campania Tessera Sanitaria Anagrafe assistiti (SOGEI) Anagrafe Regionale Assistiti (ARA)– Anagrafe Strutture Sanitarie	Interoperabilità tra Sistema aziendale e Sistemi regionali e nazionali con unico punto di accesso	Gennaio 2023 - Giugno 2024	A

	(ASS) – Anagrafe Operatori Sanitari Anagrafe Vaccinale Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)			
	Sistema Generale di Prenotazione	Interoperabilità SINFONIA CUP Unico Regionale	Gennaio- Giugno 2023	A
	E-Prescription - Ricetta dematerializzata	Interoperabilità con E- Prescription SINFONIA	Genn aio- Giugno 2023	A
	Portale Web e Portale Cittadino	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Genn aio- Giugno 2023	A
Sistemi Sanitario Amministrativo	Flussi Regionali e Ministeriali • CO, • File F , • • File C , • SDO , • Medicina di base	Interoperabilità	Gennaio 2023 - Giugno 2024	A
	Flussi Centri accreditati	Interoperabilità con CA- COM (CID) / SINFONIA Flussi	Giugno 2023 - Giugno 2024	A
	Gestione Ricoveri (Flusso File A)	Interoperabilità QUANI (BIM) / SINFONIA Flussi	Giugno 2023 - Giugno 2024	A

	Registro Tumori	Interoperabilità	Giugno 2023 - Giugno 2024	A
	Laboratorio analisi cliniche (LIS)	Interoperabilità DIAMANTE e	Gennaio - Giugno 2023	A
Servizi Sanitari Territoriali	Portale Punto Unico di Accesso (PUA)	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Gennaio - Giugno 2023	A
	Portale Chronic Care Model (CCM)	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Gennaio - Giugno 2023	A
	Portale Cartella Clinica Territoriale (CCT)	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Gennaio - Giugno 2023	A
	Portale di Assistenza	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Gennaio - Giugno 2023	A
	Portale Strutture Residenziali e Semiresidenziali (SRS)	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Gennaio - Giugno 2023	M
	Portale per Assistenza Riabilitativa, Integrativa e Protesica (ARIP)	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Gennaio - Giugno 2023	M

	Portale Salute Mentale(SM)	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Giugno - Dicembre 2023	M
	Portale Dipendenze Patologiche (DP)	Funzionalità descritte	Giugno - Dicembre 2023	M
	sistema RIS-PACS locale	Convenzione	Gennaio-Marzo 2023	A
Servizi Area Prevenzione	Portale per il Servizio di Epidemiologia e Prevenzione (SEP)	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Giugno - Dicembre 2023	A
	Portale per il Servizio di Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL)	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Giugno - Dicembre 2023	M
	Applicazione per il Servizio di Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Giugno - Dicembre 2023	M
	Applicazione per il servizio di IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (SISP)	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Giugno - Dicembre 2023	A
	Applicazione per il	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Giugno - Dicembre 2023	A

	Applicazione per il Servizio di Medicina Legale (SML)	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Giugno - Dicembre 2023	M
Altri Sistemi e Servizi	Portale Web e Portale Cittadino	Funzionalità descritte nel Piano fabbisogni SPC Lotto 4	Gennaio- Giugno 2023	A
	Software per valutazione rischio e Sorveglianza Sanitaria	Interoperabilità CANOPO	Giugno - Dicembre 2023	M
	Anagrafe Zootecnica	Interoperabilità Anagrafe	Giugno - Dicembre 2024	M
	Gestione Integrata Servizi e Attività (GISA) - Ambito sicurezza alimentare e Veterinaria	Interoperabilità GISA	Giugno - Dicembre 2023	M

	Sistema Informativo Regione Campania	Interoperabilità SI D Regione Campania	Giugno - Dicembre 2023	M
	Sistema gestione terapeutiche delle Dipendenze	Interoperabilità WINSIMET	Giugno - Dicembre 2023	M

Aggiornamento per l'anno 2024

(rif. contributo dell'Ufficio Gestione Tecnologie Informatiche – mail del 17.01.2024)

- **MONITORAGGIO DELL'EVOLUZIONE DIGITALE ASL BN AL 31.12.2023 E OBIETTIVI FUTURI** (a cura dell'UOC Ingegneria Clinica HTA ed evoluzione digitale)

Evoluzione Digitale – Definizione e obiettivi

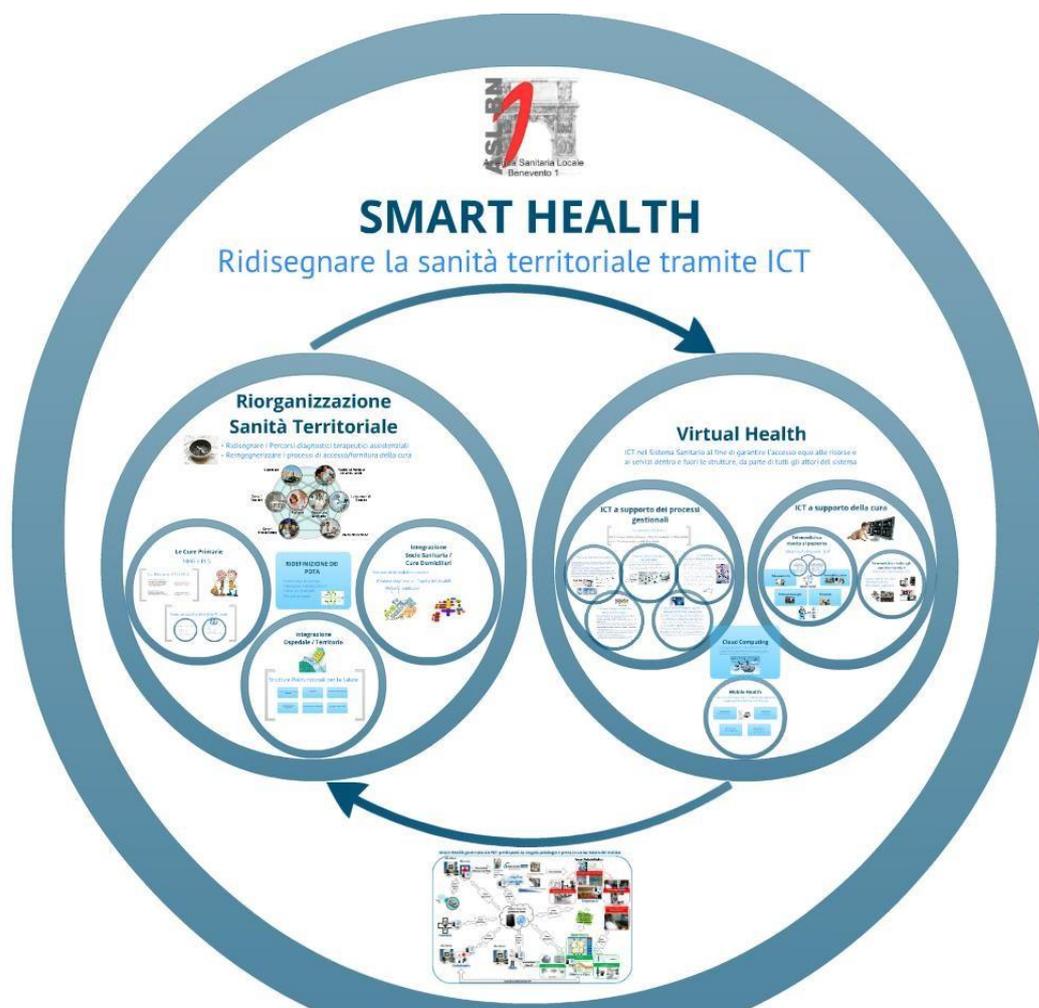
Le attività in oggetto sono relative al governo dello sviluppo e dell'evoluzione tecnologica degli attuali sistemi IT aziendali .

La mission è l'organizzazione e il controllo dei processi relativi all'evoluzione delle tecnologie e dei sistemi IT aziendali, secondo criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza, al fine di ottimizzare e migliorare i servizi offerti ai cittadini e ai dipendenti dall'Azienda, nonché l'adeguamento alle esigenze di integrazione e innovazione richieste dalla Regione Campania.

All'Ente è attribuito l'obiettivo di gestire l'evoluzione tecnologica e la transizione digitale, intese nel senso ampio di processi e procedure IT specifiche, al fine di raggiungere la Governance dell'evoluzione tecnologica con garanzia del continuo funzionamento nonché l'appropriata evoluzione e costante miglioramento delle performance e della sicurezza dell'infrastruttura e dei sistemi IT, includendo il disegno, l'attivazione e la gestione degli applicativi software, nonché l'integrazione di soluzioni IT per il raggiungimento degli obiettivi regionali e aziendali .

I principali obiettivi su cui si devono basare le attività sono:

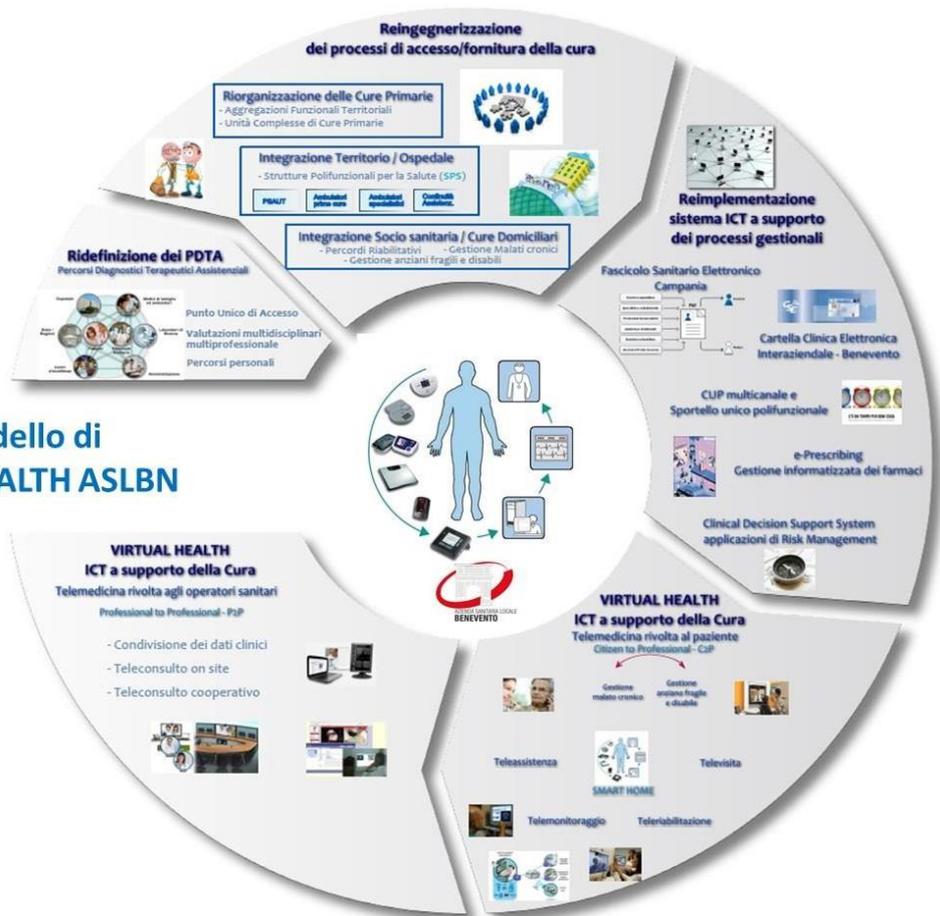
- Qualità - massimizzare l'efficacia e l'appropriatezza delle cure e delle prestazioni, garantendo un sistema di qualità basato sulla reingegnerizzazione dei processi ;
- Economicità - ottimizzare la gestione delle risorse finanziarie per la manutenzione e l'acquisizione di nuove apparecchiature, focalizzandoci sulla massimizzazione della efficienza delle procedure



Il percorso di evoluzione delle tecnologie digitali ASL BN

- **Ridefinire i PDTA**, organizzazione Sanità territoriale, rapporti tra Ospedale e Territorio, tra Sanità e Paziente (smart-home).
- **Reingegnerizzare i processi**, i percorsi e le modalità di accesso alla cura (porta unitaria di accesso), di deospedalizzazione (unità di valutazione integrata, assistenza domiciliare e socio-assistenza), di monitoraggio e di riabilitazione (forme di telemedicina).
- **Re-implementare sistemi ICT** a supporto del nuovo assetto organizzativo e strumento di clinical governance
- **Garantire la Governance dei processi amministrativi e sanitari**
- **Garantire la sicurezza (cybersecurity)** nel rispetto del nuovo quadro normativo e degli obiettivi regionali ed aziendali
- **Implementazione e messa a sistema di Virtual Health, Mobile Health, Smart Health** : strumenti innovativi per la gestione e l'assistenza ai pazienti in maniera efficace ed efficiente (visite a distanza, tele monitoraggio e teleriabilitazione, smart-home, cloud computing).

Il modello di SMART HEALTH ASLBN



SERVIZI DI GOVERNANCE E SERVIZI DI GESTIONE AMMINISTRATIVA

Ambito di Applicazione	Sistema informativo	Soluzione adottata	Stato	Data attivazione	Gestione Note	Evoluzioni 2024
Amministrativo e Governance	SISTEMA DOCUMENTAL E completo	GEDOC di Inputsoft Gedoc.aslbenevento.it	ATTIVO	Mag.2023		- Accesso da remoto tramite utenze Microsoft
	<ul style="list-style-type: none"> Gestione protocollo unico informatico 	GEDOC Protocollo Informatico	ATTIVO	Nov.2022 Mag.2023	<ul style="list-style-type: none"> Regolamento Aziendale del 24/04/2023 Integrazione con PEC ARUBA Conservazione legale registro del protocollo Integrazione con Firma digitale ARUBA 	
	<ul style="list-style-type: none"> Gestione Delibere e Determine 	GEDOC Atti Amministrativi	ATTIVO	Mag.2023	<ul style="list-style-type: none"> Regolamento Aziendale del 24/04/2023 Integrazione pubblicazioni dirette Albo pretorio Amministrazione trasparente Integrazione con Firma digitale ARUBA Integrazione con PEC ARUBA 	<ul style="list-style-type: none"> I trim 2024 – Gestione Albo Pretorio Storico Il trim 2024 – Conservazione legale di tutti gli atti deliberativi nativi digitali
	<ul style="list-style-type: none"> Gestione Atti di gara e contratti 	GEDOC Atti di gara e contratti	ATTIVO	Lug.2023	<ul style="list-style-type: none"> Integrazione pubblicazioni dirette Amministrazione trasparente 	- Gestione completa di tutto il processo documentale inerente alla gara d'appalto
	FIRMA DIGITALE applicativi	ARUBA Remote Signing Service	ATTIVO	Dic.2022 / Gen.2023	Integrazione con GEDOC, FIDCARE, Televisita – Sinfonia, PCS Dedalus Fornite oltre 115 nuove firme digitali	

	SUITE DI PRODUTTIVITÀ e MAIL SERVER	Microsoft 365 Enterprise5 - Outlook Office (word, powerpoint, excel, Access, OneNote, Publisher, Planner) - MS Teams, skype - OneDrive, SharePoint - Active Directory e MFA	ATTIVO	Lug.2023/ Sett.203	- Migrazione della posta elettronica da Zimbra ad Outlook - Gestione in Cloud delle mail e della documentale (OneDrive e Sharepoint) - Strumenti di videoconferenza e condivisione con (MS Teams) - Oltre 900 utenze attive, fino a	- Attivazione di tutti i moduli di sicurezza ed attivazione della MFA e Accesso di tutti gli applicativi aziendali tramite LDAP - Formazione a tutto il personale sulla suite di produttività
		- App di security (Defender)			1200	

Ambito di Applicazione	Sistema informativo	Soluzione adottata	Stato	Data attivazione	Gestione Note	Evoluzioni 2024
Amministrativo e Governance	DOMINIO E CERTIFICAZIONE	www.aslbenevento.it	ATTIVO	Mag.2023	- Attivazione e certificazione del dominio, - migrazione del portale e della posta elettronica	
	Portale / App del Dipendente	Portale Dipendente personale.aslbenevento.it	In Attivazione	Dic.2023 /Gen.2024	- Integrato con i sistemi AREAS - Accesso tramite utenze Microsoft	- Attivazione della gestione tramite App

	<p>Sistema di gestione giuridica, economica e contabile delle Risorse Umane (personale dipendente e convenzionato)</p>	<p>RIPRESA AREAS – modulo economico AREAS – modulo giuridico AREAS – modulo bilancio</p>	ATTIVO	Gen.2023 / Gen.2024	<ul style="list-style-type: none"> - Gestione integrata dell'applicativo di rilevazione presenze, del modulo giuridico che governa il modulo economico 	<ul style="list-style-type: none"> - Completamento o attivazione Modulo Bilancio - Attivazione Ardesia per produzione report personalizzati - Integrazione con SIAC - Integrazione con Cruscotto Direzionale
	<p>Sistema Rilevazione Presenze</p>	VAM Monitor	ATTIVO	Mar.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Integrazione diretta con Ripresa 	<ul style="list-style-type: none"> - Migrazione in Cloud
	Cruscotto Direzionale	<p>PAD – Progetto Area Direzionale cruscotto.albenevento.it</p>	IN ATTIVAZIONE	Dic.2023 /Gen.2024	<ul style="list-style-type: none"> - Modulo Flussi Informativi - Modulo Tetti di Spesa - Modulo Ausili Specialistica - Modulo Ambulatoriale - Modulo FSE - Modulo Area Territoriale - Modulo Area Farmaceutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Completare le integrazioni con Gestione Personale e SIAC
	<p>Cruscotto Provveditorato</p>	Flussi DgsWebOS	ATTIVO	Sett.2023	<p>Gestione dei flussi documentali e di processo relativo alle procedure di gara</p>	<ul style="list-style-type: none"> -

	Albo Pretorio Amministrazione Trasparente	Sezioni del Portale del Cittadino Completamente integrati con GEDOC	ATTIVO	Mag.2023	- Completa Integrazione tra il sistema documentale GEDOC e l'Albo Pretorio e mote delle sezioni di Amministrazione Trasparente	- Revisione delle sezioni e dei contenuti di Amministrazione trasparente secondo le indicazioni del RPCT
--	--	--	--------	----------	--	--

SERVIZI AL CITTADINO E SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

Ambito di Applicazione	Sistema informativo	Soluzione adottata	Stato	Data attivazione	Gestione Note	Evoluzioni 2024
Servizi ai cittadini - FSE	Portale Cittadino	Portale Cittadino www.aslbenevento.it	ATTIVO	Mag.2023	Sezioni Attive: - Azienda - Servizi - News - Albo Pretorio - Amministrazione Trasparente - Vicino a te, Come fare, Argomenti - Bachecca Sindacale, Ufficio Stampa, Valuta il sito, whistleblowing Integrazione completa con GEDOC, Fissa l'appuntamento, con Portale della Salute	- Revisione della veste grafica e della impostazione di alcune sezioni secondo indicazioni URP - Integrazione con Portale del dipendente - Nuove funzionalità (virtual assistance etc..)
	FSE	FSE 1.0 – FSE 2.0 Referti Ambulatoriali Referti Radiologia Referti Laboratorio	ATTIVO	Dic.2022/ Mar.2023	Raggiungimento dell'obiettivo Regionale Mese di Novembre attestazione >90% dei referti	- Passaggio di tutti gli applicativi con referti informato FSE 2.0

					prodotti inviata ad FSE	- Controllo Accreditati	Centri
		Clinical Data Repository			Attivazione del Clinical Data Repository (e migrazione in Cloud) Certificazione del CDR conforme per FSE 2.0 Fornitura delle firme digitali Attivazione, formazione, applicativo FIDCARE per specialistica ambulatoriale – integrato con CDR, CUP e con Aruba Attivazione, formazione, applicativo RIS- PACS per radiologia – integrato con CDR ,CUP e con Aruba Integrazione applicativo LIS con CDR e CUP		

Ambito di Applicazione	Sistema informativo	Soluzione adottata	Stato	Data attivazione	Gestione Note	Evoluzioni 2024
------------------------	---------------------	--------------------	-------	------------------	---------------	-----------------

Servizi Sanitari Territoriali	Gestione Referti Clinici	Clinical Data Repository	ATTIVO	Dic.2022/ Mar.2023	Completamente Integrato con FSE- INI Certificato compliance FSE 2.0 Integrato con FIDCARE – RIS-PACS – LIS Sinfonia Televisita, con Rete Consultori Integrato con Consultorio Direzionale Migrazione in CLOUD	Integrazione con nuovi applicativi
	Sistema RIS PACS – gestione referti e immagini radiologiche	RIS-PACS PHILIPS-ELCO	ATTIVO	Dic.2022/ Mar.2023	Gestione e Archiviazione locale, su centro stella e in Cloud Compliance FSE 2.0 Integrato con CDR ed FSE Attivo nelle sedi BN exCPA – Cerreto Sannita, S.Bartolomeo in Galdo (predisposto a Morcone) Integrato con Truck per lo screening Integrato con CUP/Anagrafe	Attivazione FSE 2.0 Integrazione con HL7Bridge Attivazione Morcone
	Evoluzione Sistema LIS – gestione prestazioni Laboratorio Analisi	LIS CALEIDO-Diamante	ATTIVO	Mar.2023/ Dic.2023	Avvio piattaforma CALEIDO per referti FSE 2.0 Integrazione LIS-CUP	

	Sistema Cartella Clinica Ambulatoriale	FIDCARE fidcare.aslbenevento.it	ATTIVO	Dic.2022 / Mar.2023	Personalizzazioni per 24 Branche Integrato con Anagrafe e CUP sinfonia Integrato con CDR e ARUBA Integrato con cruscotto direzionale	Evoluzione per suo in tele monitoraggio e per integrazione con Medical Device
	Sistema di Gestione Ausili e Protesi	GoProtheSys	In Attivazione	Set.2023/ Dic.2023	Installato e Formazione del personale secondo i processi condivisi con il Provveditorato e i referenti aziendali	Messa a regime e personalizzazione
	Sistema Gestione Neuro Psichiatria Infantile	TaleteWeb – Modulo NPI	In Attivazione	Dic.2023 / Gen.2024	In corso personalizzazione ed installazione Fornito in modalità saas fino a migrazione su PSN	Attivazione e personalizzazione Integrazione con Anagrafe, CUP e CDR
	Sistema Gestione Rischio Clinico	TaleteWeb – Modulo Rischio Clinico	In Attivazione	Dic.2023 / Gen.2024	In corso personalizzazione ed installazione	Integrazioni con sistemi aziendali
					Fornito in modalità saas fino a migrazione su PSN	
	Sistema di Gestione nutrizione NAD	LINFA	In Attivazione	Nov.2023/ Gen.2024	Installazione in cloud Installazione con Anagrafe Sinfonia, con ARUBA e con CDR	Completamento integrazioni Attivazione personalizzazione

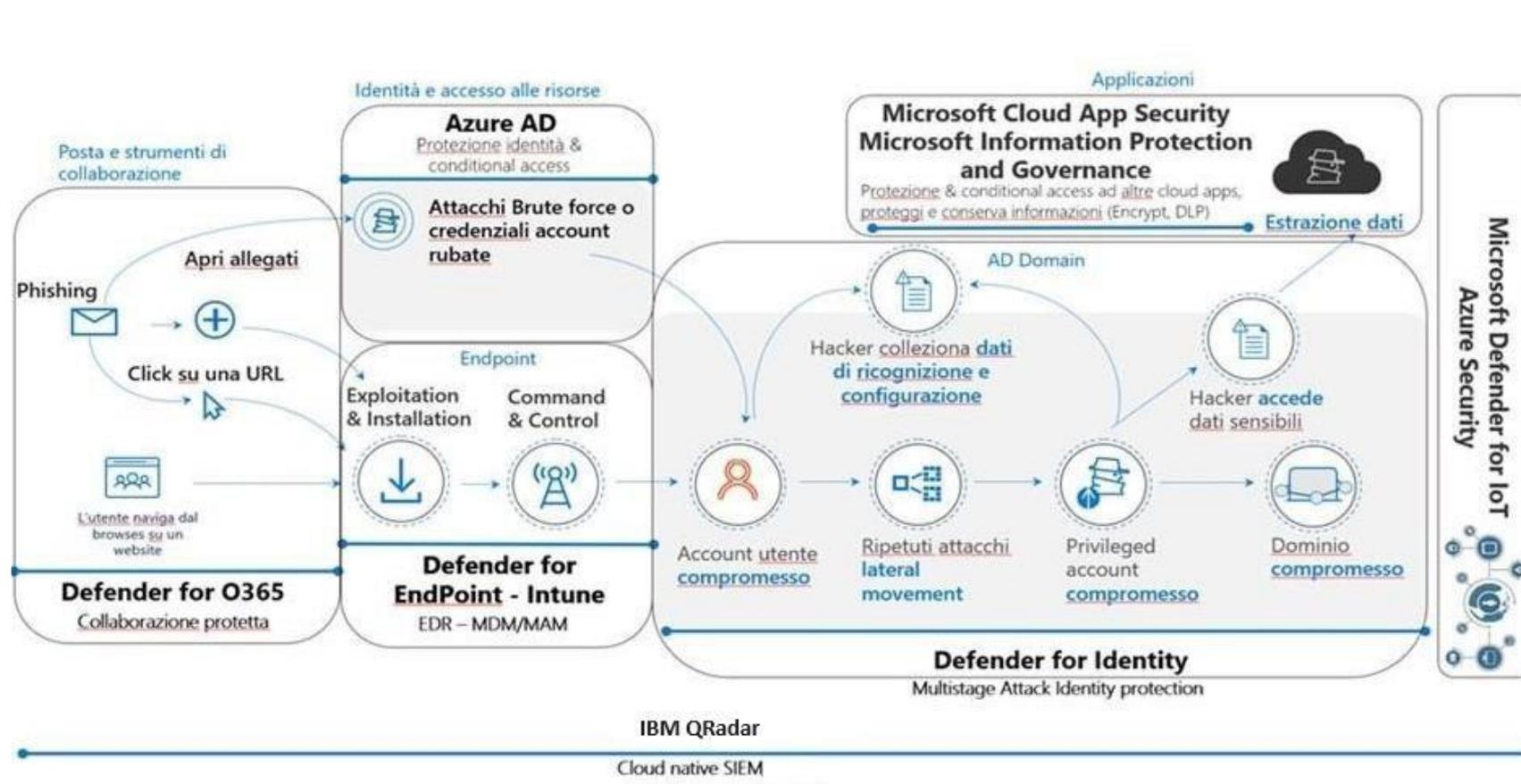
Ambito di Applicazione	Sistema informativo	Soluzione adottata	Stato	Data attivazione	Gestione Note	Evoluzioni 2024
Servizi Sanitari Territoriali	Portale Punto Unico di Accesso (PUA)	Primary Care System – modulo PUA	In Attivazione	Ott.2023/ Mar.2024	Installato in Produzione Da predisporre formazione con ambiti sociali e MMG	Messa a regime e personalizzazione Ultimazione integrazioni
	Portale Unità di Valutazione Multidisciplinare	Primary Care System – modulo UVM	In Attivazione	Ott.2023/ Mar.2024	Installato in Produzione Da predisporre formazione con ambiti sociali e MMG	Messa a regime e personalizzazione Ultimazione integrazioni
	Portale Chronic Care Model (CCM)	Primary Care System – modulo CCM	In Attivazione	Ott.2023/ Gen.2024	In corso Formazione Integrato con CUP e Anagrafe Assistiti con ARUBA, CDR e Cruscotto	Messa a regime e personalizzazione Ultimazione integrazioni con Cartella Ambulatoriale
	Portale Cartella Clinica Territoriale (CCT)	Primary Care System – modulo CCT	ATTIVO parziale	Ott.2023/ Gen.2024	In corso Formazione Integrato con CUP e Anagrafe Assistiti con ARUBA, CDR e Cruscotto	Messa a regime e personalizzazione Ultimazione integrazioni con Cartella Ambulatoriale
	Portale di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Primary Care System – modulo ADI	In Attivazione	Ott.2023/ Mar.2024	Da integrare con Modulo di erogazione ADI	Messa a regime e personalizzazione Ultimazione integrazioni con modulo erogazione ADI

	Portale per Assistenza Riabilitativa, Integrativa e Protesica (ARIP)	Primary Care System – modulo ARIP	In Attivazione	Ott.2023/ Gen.2024		Messa a regime e personalizzazione Ultimazione integrazioni
--	--	-----------------------------------	----------------	-----------------------	--	--

Ambito di Applicazione	Sistema informativo	Soluzione adottata	Stato	Data attivazione	Gestione Note	Evoluzioni 2024
Servizi Regionali ai cittadini - SINFONIA	Telemedicina	SINFONIA TELEVISITA	ATTIVO	Set.2023	Integrato con CUP,CDR, FSE, firma Aruba Attivato su n.3 specialistiche ambulatoriali	Da implementare l'adesione di specialisti ed utenti con formazione e interventi do terzo settore
	Consultori Familiari	SINFONIA CONSULTORI	ATTIVO	Set.2023	Prima azienda campana ad attivare Integrato con CUP,CDR, FSE, firma Aruba	Da implementare l'aderenza degli operatori
	Screening Oncologico	SINFONIA SCREENING	In attivazione	Gen.2024	In ultimazione integrazione con LIS e RIS-PACS	Da definire l'integrazione con i secondi livelli diagnostici
	Vaccinazione	SINFONIA VACCINI	In attivazione	Gen.2024	In ultimazione l'avvio del sistema in accordo con Regione Campania	-

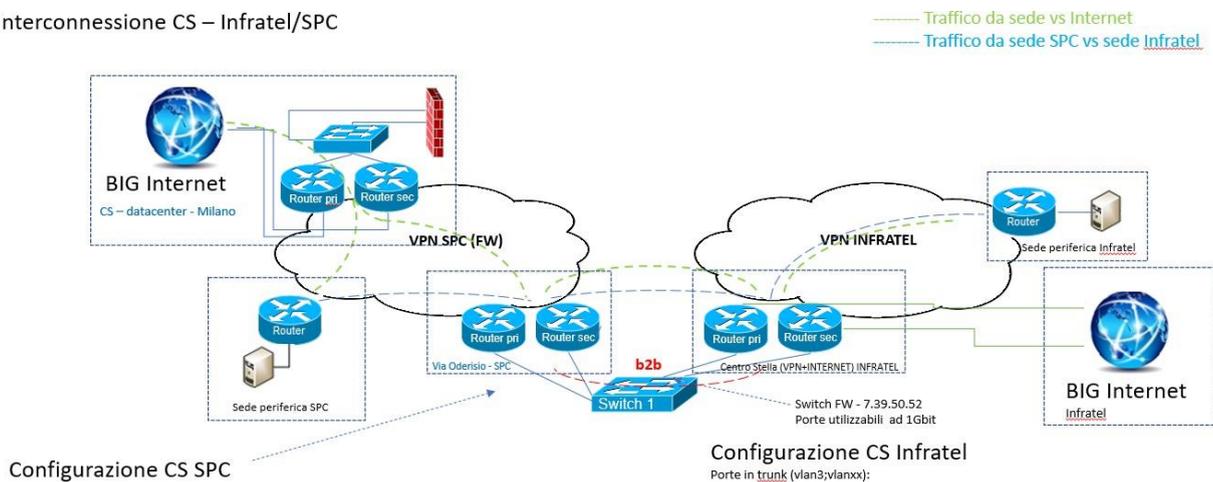
AZIONI DI CYBER SECURITY – Modello e Azioni - Progetto R.I.C.A. (Regional Integrated Cybersecurity Action) – POR-FESR 2023

Ambito di Applicazione	Sistema informativo	Soluzione adottata	Stato	Data attivazione	Stato Attività
AZIONI E INFRASTRUTTURA DI CYBER SECURITY	Implementazione di strumenti di protezione degli End Point	Licenze MS365 – OnBoarding di Defender su tutte le PDL	ATTIVO	Sett.2023	Attivazione di 1200 Licenze MS365 – OnBoarding di Defender su tutte le PDL
	Implementazione di protezione per Identity con logica di MFA	Attivazione Defender for End Point e MultiFactorAutentication	In attivazione	Dic.2023/ Mar.2024	Attivazione del Dominio ASLBENEVNETO, autenticazione di tutti gli utenti sul dominio, attivazione del Defender For Identity Attivazione della MultiFactorAutentication
	Implementazione Sistema Gestione dei log , della security e dello stato dell'infrastruttura	ZABBIX Dashboard SecurityMicrosoft Dashboard RedCarbon	ATTIVO	Set- Dic.2023	Monitoraggio di rete e dei log effettuato Monitoraggio di tutte le PdL e di tutti gli utenti, delle possibilità e dei rischi Monitoraggio dei router di tutte le sedi Aziendali
	SIEM	Dasboard IBM QRADAR	In attivazione	Dic.2023/ Gen.2024	Implementazione e attivazione con virtual connetor Locale ed applicativo attivo su datacenter Fastweb
	Aggiornamento e sostituzione della componente HW-SW del Datacenter aziendale	Installazione nuovo Hardware LENOVO con suite VMWare Sphere	In attivazione	Dic.2023 / Gen.2024	
	Architettura di Rete SD-WAN	Implementazione di n.16 Firewall Fortinet in logica SD-WAN gestiti dal FortiManager	In attivazione	Dic.2023/ Mar.2024	Implementazione di una architettura SD-WAN con logica di rete che prevede la gestione strutturata della rete in fibra (Sanità Connessa) e della rete MPLS

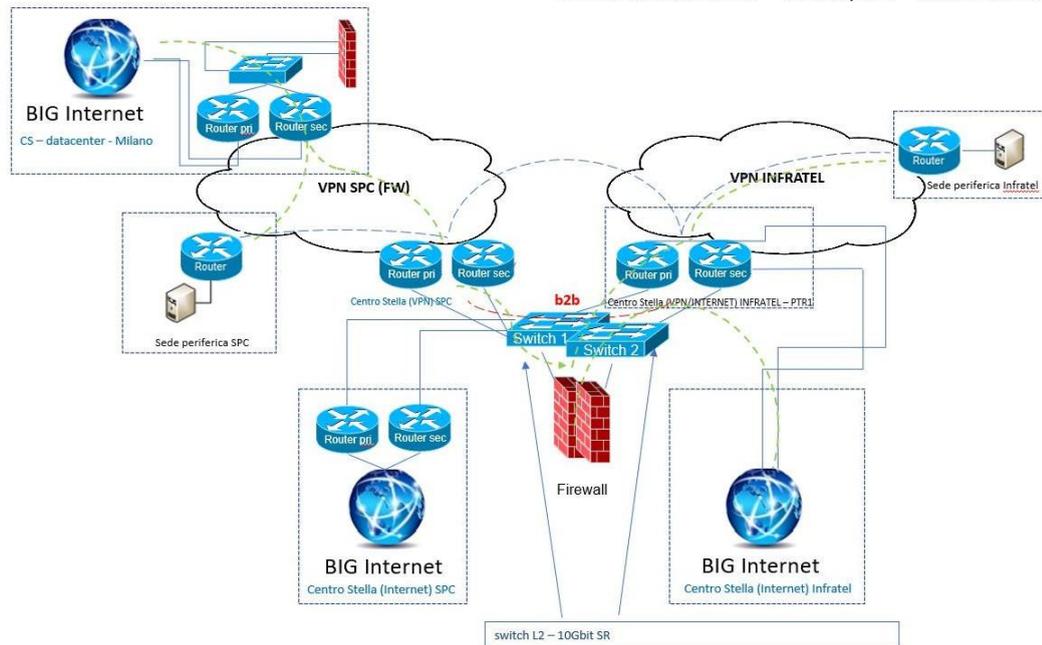


Ambito di Applicazione	Sistema informativo	Stato	Data attivazione	Stato Attività
CONNETTIVITA' INFRASTRUTTURA ASLBN	Implementazione progetto Sanità Connessa	In corso	giu.2023 dic.2024	Avvio delle attività che prevedono la connettività internet in FO, secondo il modello riportato nel seguito. Completati i lavori per Via Oderisio e Casa Circondariale, in corso le attività per Cerreto Sannita, San Bartolomeo in Galdo via Costa, Morcone, San Giorgio del Sannio, Vitulano, Cautano, Montesarchio, Molinara
	Potenziamento della connettività attualmente attiva della MPLS	In attivazione	Mar.2023 / Dic.2023	Potenziamento della attuale rete MPLS-VPN tramite raddoppio di linea ed hardware sulle seguenti sedi: Cerreto Sannita, San Bartolomeo in Galdo, Montesarchio, Morcone, San Giorgio del Sannio
	Implementazione Reti VLAN medicali	ATTIVO	Set- Dic.2023	Implementazioni reti fisiche e virtuali di tipo Medicali, presso le sedi ove presenti ambulatori RX: Via Delle Puglie, Cerreto Sannita, San Bartolomeo in Galdo
	Architettura di Rete SD-WAN	In attivazione	Dic.2023 / Mar.2024	Implementazione di una architettura SD-WAN con logica di rete che prevede la gestione strutturata della rete in fibra (Sanità Connessa) e della rete MPLS

Interconnessione CS – Infratel/SPC



Interconnessione CS – Infratel/SPC – futuro schema di rete



Aggiornamento per l'anno 2025

(rif. contributo dell'UOC Ingegneria Clinica HTA Telemedicina ed Evoluzione Digitale – nota prot. n. 6189 del 17.01.2025 in riscontro alla nota aziendale prot. n. 132144 del 30.12.2024)

Piano aziendale di Evoluzione Digitale – Definizione e obiettivi

Il presente documento ha l'obiettivo di delineare un piano aziendale per l'attivazione e la gestione di tutti gli applicativi software aziendali e regionali descritti nelle tabelle presenti. Esso mira a ottimizzare e migliorare i servizi offerti ai cittadini e ai dipendenti dell'azienda sanitaria di Benevento (ASL BN) e a garantire l'adeguamento alle esigenze di integrazione e innovazione richieste dalla Regione Campania. L'implementazione di questi applicativi è fondamentale per:

- **Ridefinire li PDTA**, organizzazione Sanità territoriale, rapporti tra Ospedale e Territorio, tra Sanità e Paziente (smart-home).
- **Reingegnerizzare i processi**, i percorsi e le modalità di accesso alla cura (porta unitaria di accesso), di deospedalizzazione (unità di valutazione integrata, assistenza domiciliare e socio-assistenza), di monitoraggio e di riabilitazione (forme di telemedicina).
- **Re-implementare sistemi ICT** a supporto del nuovo assetto organizzativo e strumento di clinical governance
- Garantire la Governance dei processi amministrativi e sanitari
- **Garantire la sicurezza (cybersecurity)** nel rispetto del nuovo quadro normativo e degli obiettivi regionali ed aziendali
- **Implementazione e messa a sistema di Virtual Health, Mobile Health, Smart Health** : strumenti innovativi per la gestione e l'assistenza ai pazienti in maniera efficace ed efficiente (visite a distanza, tele monitoraggio e teleriabilitazione, smart-home, cloud computing).

Obiettivi

- Garantire un accesso equo e omogeneo ai servizi sanitari di base.
- Promuovere l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza sanitaria e sociale.

- Rafforzare la capacità di risposta del sistema sanitario territoriale.
- Favorire la partecipazione attiva della comunità nella gestione della propria salute.

Analisi del contesto

L'ASL Benevento si trova in una regione caratterizzata da una popolazione prevalentemente anziana e da una diffusa presenza di aree rurali. Questo comporta una serie di sfide specifiche, tra cui la difficoltà di accesso ai servizi sanitari e sociali, la frammentazione dell'offerta assistenziale e la necessità di interventi di prevenzione e promozione della salute mirati.

Infrastruttura IT e nuovi applicativi aziendali

Nel diagramma di seguito riportato è descritto il layout organizzato dei vari elementi tecnici-organizzativi della nuova Infrastruttura IT aziendale e delle piattaforme aziendali che la compongono.

Piattaforme gestionali e di Servizi verso gli operatori e verso gli utenti

- **Sistema documentale:** Include il Protocollo Informatico, Atti Amministrativi, Processo firma e Storico Delibere.
- **Portale del Cittadino:** Comprende Amministrazione Trasparente, Albo Pretorio, Nuova Veste Grafica, Chatbot e Assistenza Virtuale.
- **Produttività Microsoft:** Include Outlook, Office (Word, PowerPoint, Excel, Access, OneNote, Publisher, Planner), MS Teams, Skype, OneDrive e SharePoint.
- **Portale del Dipendente:** Comprende RIPRESA AREAS - modulo economico, modulo giuridico e APP del Dipendente.

Piattaforma di servizi sanitari e territoriali

- **Ecosistema Applicativi Sanitari ASLBN:** Include Gestione Referti Clinici FSE, Sistema Cartella Clinica Ambulatoriale, Cruscotto Territoriale, Chronic Care Model, PUA - UVI, Sistema RIS PACS in cloud - Radiologia, Evoluzione Sistema Laboratorio Analisi, Sistema di nutrizione NAD, Sistema Rischio Clinico e Sistema Neuropsichiatria infantile.

Strumenti di Governance e di Integrazione

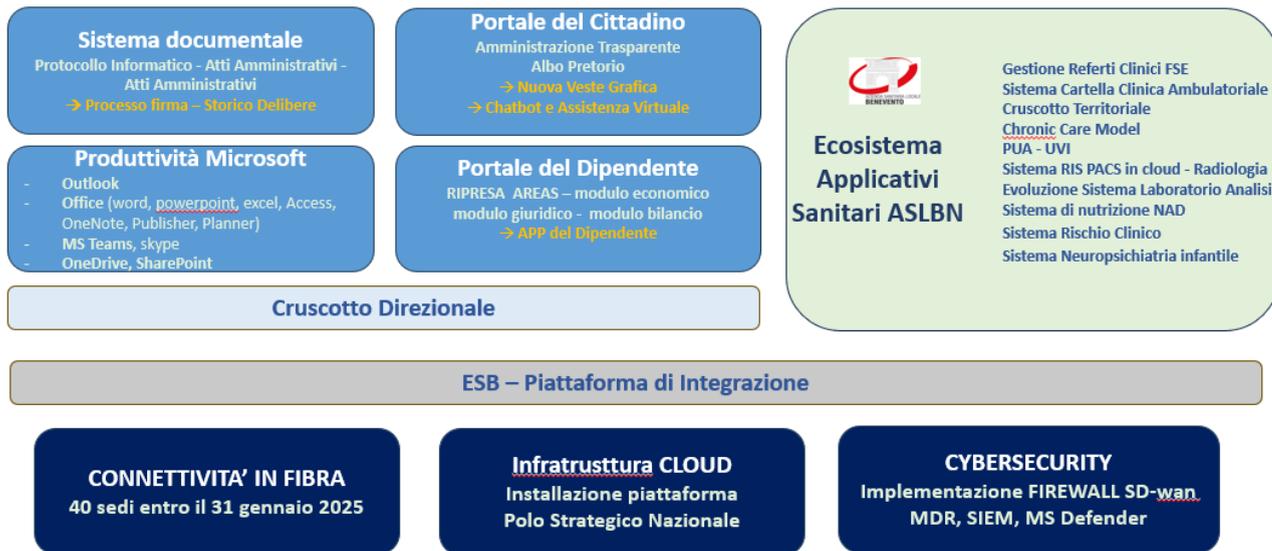
- **Cruscotto Direzionale:** Una barra orizzontale con sfondo bianco.
- **ESB - Piattaforma di Integrazione:** Una barra orizzontale con sfondo grigio chiaro.

Layout tecnico e infrastruttura IT

- **CONNETTIVITA' IN FIBRA:** Include 40 sedi entro il 31 gennaio 2025.
- **Infrastruttura CLOUD:** Include l'installazione della piattaforma Polo Strategico Nazionale.
- **CYBERSECURITY:** Comprende l'implementazione di FIREWALL SD-wan, MDR, SIEM e MS Defender.



Nuovi Applicativi Aziendali ed Infrastruttura IT



Servizi Offerti dai Nuovi Applicativi Regionali dell'Ecosistema SINFONIA

L'ecosistema SINFONIA rappresenta un avanzamento significativo nell'ambito dei servizi sanitari regionali, offrendo una gamma di applicativi innovativi progettati per migliorare l'efficienza e l'accessibilità delle cure. Di seguito, una descrizione dettagliata dei principali servizi offerti:

Portale Salute del Cittadino

Il Portale Salute del Cittadino è un punto di accesso centralizzato che consente ai cittadini di gestire le proprie informazioni sanitarie in modo semplice e sicuro. Attraverso il portale, è possibile prenotare visite, accedere ai referti medici, gestire le prescrizioni e consultare la propria storia clinica. Questo strumento è fondamentale per promuovere l'autonomia del paziente e migliorare la comunicazione tra cittadini e operatori sanitari.

Telemedicina: SINFONIA TELEVISITA

SINFONIA TELEVISITA offre un servizio di telemedicina avanzata che consente ai pazienti di ricevere consulti medici a distanza. Questo applicativo utilizza tecnologie di videoconferenza sicure per mettere in contatto i pazienti con i medici, permettendo la diagnosi, il monitoraggio e il trattamento di numerose condizioni mediche senza la necessità di spostamenti fisici. È particolarmente utile per le comunità rurali e per i pazienti con mobilità ridotta.

Consultori Familiari: SINFONIA CONSULTORI

SINFONIA CONSULTORI è un sistema integrato per la gestione dei consultori familiari, che offre supporto alle donne, ai bambini e alle famiglie attraverso servizi di consulenza e assistenza sanitaria. L'applicativo facilita la gestione degli appuntamenti, la condivisione delle informazioni cliniche e la somministrazione dei trattamenti, garantendo un supporto continuo e personalizzato alle famiglie.

Screening Oncologico: SINFONIA SCREENING

SINFONIA SCREENING è un programma dedicato alla prevenzione e al rilevamento precoce dei tumori. Questo applicativo gestisce l'intero processo di screening oncologico, dalla registrazione dei pazienti alla pianificazione degli esami, fino alla gestione dei risultati. Il sistema permette di monitorare in modo efficace le campagne di screening e di migliorare la tempestività delle diagnosi, contribuendo a salvare vite grazie alla rilevazione precoce delle malattie oncologiche.

Vaccinazione: SINFONIA VACCINI

SINFONIA VACCINI è un applicativo progettato per la gestione delle campagne di vaccinazione. Il sistema permette di registrare le vaccinazioni effettuate, pianificare le sedute vaccinali e monitorare la copertura

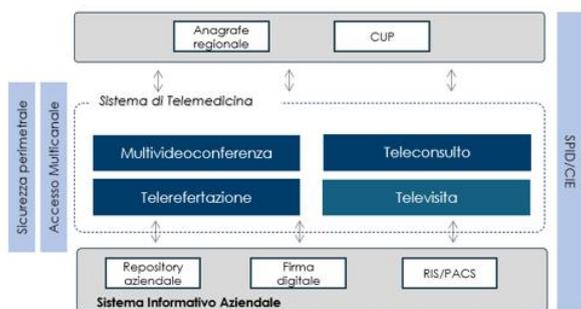
vaccinale della popolazione. Inoltre, consente di inviare promemoria ai cittadini per le dosi successive, migliorando l'adesione ai programmi di immunizzazione e garantendo una protezione più efficace contro le malattie infettive.

In sintesi, l'ecosistema SINFONIA rappresenta un passo avanti nell'innovazione dei servizi sanitari regionali, offrendo strumenti digitali avanzati che migliorano la qualità delle cure e facilitano l'accesso ai servizi sanitari per tutti i cittadini.



Applicativi Sanitari Regionali - SINFONIA

Sistema informativo Regionale	Soluzione adottata
Telemedicina	SINFONIA TELEVISITA
Consultori Familiari	SINFONIA CONSULTORI
Screening Oncologico	SINFONIA SCREENING
Vaccinazione	SINFONIA VACCINI



Progetti di Innovazione tecnologica

Progetti Europei – Horizon 2020:

eCARE PCP (soluzioni digitali a supporto della continuità delle cure per la prevenzione della fragilità negli anziani): Questo progetto, concluso dopo 5 anni in data 31/08/2024, ha visto lo sviluppo e l'implementazione di tecnologie digitali per supportare gli anziani nella gestione della loro salute. L'obiettivo principale era prevenire la fragilità e migliorare la qualità della vita degli anziani attraverso un sistema integrato di monitoraggio e interventi personalizzati. Il progetto ha ricevuto una valutazione positiva dal Comitato Etico e dalla Commissione Europea per l'innovatività e l'efficacia delle soluzioni proposte.

iProcureSecurity PCP (Sistema Innovativo di gestione delle Maxi Emergenze): Questo progetto, concluso dopo 3 anni in data 31/10/2024, ha sviluppato soluzioni avanzate per la gestione delle emergenze su larga scala, migliorando la capacità di risposta e coordinazione tra diverse agenzie e servizi di emergenza. Le tecnologie sviluppate includono piattaforme di comunicazione, strumenti di analisi dei dati in tempo reale e sistemi di supporto decisionale per gestire situazioni di crisi. La Commissione Europea ha valutato positivamente il progetto per il suo contributo alla sicurezza pubblica e alla gestione delle emergenze.

Progetti Aziendali:

SMART CARE ASLBN (Sistema integrato delle cure primarie e Cartella Clinica Territoriale): Questo progetto mira a creare un sistema integrato per le cure primarie che faciliti la condivisione delle informazioni tra i diversi attori del sistema sanitario, migliorando la continuità delle cure e l'efficienza dei servizi. Il sistema prevede l'uso di una cartella clinica territoriale unica che consente ai medici di avere una visione completa e aggiornata della storia clinica del paziente, favorendo diagnosi e

trattamenti più accurati e tempestivi.

Piccole Comunità in Salute (partner finanziamento Fondazione con il SUD): Questo progetto si concentra sul miglioramento della salute nelle piccole comunità rurali, spesso svantaggiate in termini di accesso ai servizi sanitari. Attraverso l'uso di tecnologie mobili e soluzioni innovative di telemedicina, il progetto mira a fornire assistenza sanitaria di qualità a distanza, riducendo le disuguaglianze e migliorando i risultati di salute per le popolazioni rurali.

Progetto AREE Interne ALTO TAMMARO FORTORE (partner finanziamento POR): Questo progetto ha l'obiettivo di sviluppare e implementare soluzioni sanitarie nelle aree interne dell'Alto Tammaro Fortore, dove l'accesso ai servizi sanitari è limitato. Il progetto prevede la creazione di hub sanitari locali e l'uso di tecnologie avanzate per la diagnosi e il trattamento a distanza, migliorando l'accessibilità e la qualità delle cure per le popolazioni di queste aree.



Progetti 2024 in ambito assistenza territoriale



PROGETTI EUROPEI – HORIZON 2020

--- Completati ---

eCARE PCP – digital solutions supporting continuum of care for frailty prevention in old adults



iProcureSecurity PCP – Innovative Triage Management System



PROGETTI AZIENDALI --- in corso ---

SMART CARE ASLBN – Sistema integrato delle cure primarie e Cartella Clinica Territoriale (porta unica accesso, Chronic Care Model, gestione ADI, Gestione Ospedale Comunità)



Piccole Comunità in Salute – partner finanziamento Fondazione con il SUD



Progetto AREE Interne ALTO TAMMARO FORTORE – partner finanziamento POR (Telemedicina, Infermiere di Comunità, Farmacie Territoriali)



Aggiornamento per l'anno 2025

(rif. contributo dell'UOC Servizio Prevenzione e Protezione e Risk Mangement – nota prot. n.10172 del 28.01.2025 in riscontro alla nota aziendale prot. n. 132144 del 30.12.2024)

Nell'ottica della sicurezza e miglioramento continuo della qualità delle cure, come indicato nell'art. 1 della Legge n. 24/17, si è provveduto all'informatizzazione della gestione del rischio clinico mediante applicativo telematico "Talete Web". Questo applicativo permette l'ottimizzazione dei processi e la riduzione del rischio attraverso:

- sistema di segnalazione di eventi avversi (cadute accidentali, eventi sentinella);
- presenza di appositi cruscotti di gestione e sistemi di reportistica per il monitoring delle segnalazioni con l'ausilio di un sistema di business intelligence; analisi dei processi clinici tramite Root Cause Analysis (RCA), gestione degli audit, Failure Mode Effects and Critically Analysis (FMECA);
- gestione delle azioni di prevenzione e degli indici di priorità del rischio;
- progettazione di specifiche check-list di verifica dell'adempimento ai requisiti;
- gestione degli audit clinic e organizzativi in conformità alla norma ISO 19011.

➤ 2.2: SOTTOSEZIONE PERFORMANCE (a cura dell'UOC Affari Interni e Pianificazione direzionale ora UOC Sistema Informativo Statistico e Affari Interni)

La sottosezione "Performance" costituisce la sezione strategico-programmatica con la quale l'ASL BN dà avvio al Ciclo di gestione della performance definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si è basata la misurazione e la conseguente valutazione e rendicontazione delle attività svolte.

Gli obiettivi enunciati nella sezione della Performance, il cui livello di raggiungimento rileva ai fini della misurazione della performance organizzativa e individuale, costituiscono elemento strategico di perseguimento del valore pubblico come sopra esplicitato, quindi il loro perseguimento e raggiungimento va a determinare inevitabilmente un incremento del benessere economico, sociale, assistenziale e ambientale a favore della comunità del territorio dell'ASL BN. L'art. 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 dispone che nel PIAO siano definiti gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa. La presente sottosezione nel sostituire quindi il Piano della Performance ha l'obiettivo di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei processi e delle azioni (Performance Organizzativa) attraverso cui l'Azienda intende raggiungere gli obiettivi volti alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività. La programmazione triennale delle attività (2024-2026) viene effettuata proseguendo e consolidando le iniziative intraprese negli anni precedenti, nonché attivando azioni in linea con la normativa ed i documenti di programmazione nazionale e regionale.

Gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi e i relativi indicatori per la misurazione della Performance Organizzativa trovano il loro focus nell'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione previsti dalla normativa aziendale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale di seguito richiamati.

La pianificazione aziendale

L'albero della performance e la valutazione

I legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni, sono rappresentati con l'albero delle performance che fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale. Le aree strategiche forniscono una rappresentazione degli outcome perseguiti dall'azienda, che spesso si rivelano trasversali rispetto alle articolazioni organizzative.

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che

individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). In altri termini, tale mappa dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione.

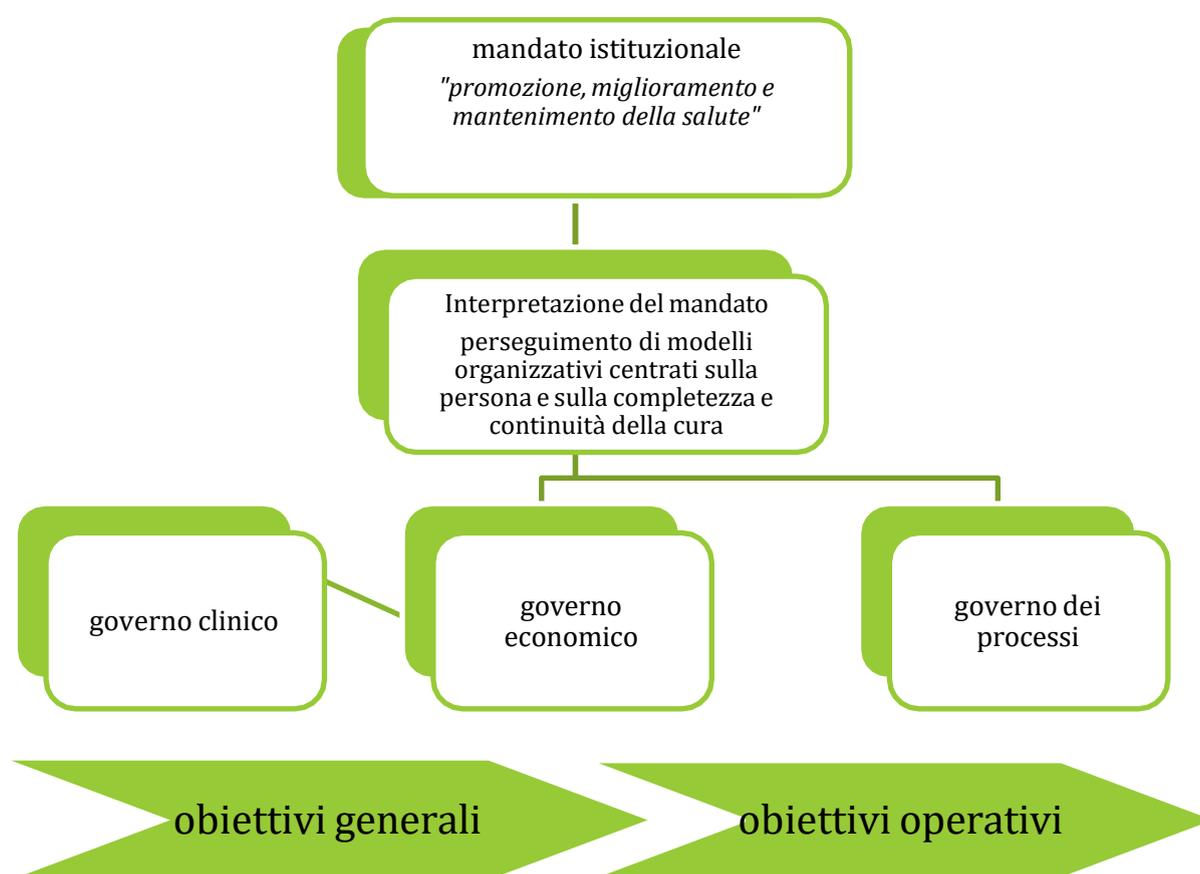
La tabella che segue illustra l'albero della performance dell'ASL Benevento.

ALBERO DELLA PERFORMANCE
<p style="text-align: center;">Mandato istituzionale</p> <p>L'ASL Benevento ha come scopo la promozione, il mantenimento ed il miglioramento della salute, sia individuale che collettiva, di tutta la popolazione residente, ovvero presente sul territorio di competenza che nel caso specifico coincide con la provincia di Benevento.</p>
<p style="text-align: center;">Interpretazione del mandato</p> <p>L'Azienda persegue modelli organizzativi centrati sulla persona e sulla continuità e completezza della cura e non sulla malattia, implementando un modello organizzativo orientato sulla prevenzione, sulla intensità di cure, sui programmi della medicina di genere e di case management.</p> <p>L'Azienda per il governo e l'orientamento della domanda di salute sul territorio sviluppa concrete sinergie con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta ed i Medici di Continuità Assistenziale.</p>

Aree e sub-aree strategiche

1. Governo clinico:
 - Assistenza distrettuale;
 - Assistenza farmaceutica;
 - Governo liste di attesa;
 - Prevenzione;
 - Prevenzione e sanità pubblica;
 - Salute mentale.
2. Governo economico:
 - Governo delle risorse e dei fattori produttivi
3. Governo dei processi:
 - Performance;
 - Flussi informativi;
 - Prevenzione della corruzione;
 - Trasparenza e comunicazione

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapporti con gli stakeholders e l'utenza ▪ Risorse umane ▪ Privacy ▪ Partecipazione cittadini ed utenti
<p>Obiettivi generali</p> <p>“Allegato tecnico n.1”</p> <p>Alle suddette aree e sub-aree strategiche si collegano gli obiettivi strategici pluriennali che di seguito si riportano.</p>
<p style="text-align: center;">Obiettivi operativi</p> <p>Dagli obiettivi strategici pluriennali discendono gli obiettivi operativi annuali necessari al loro conseguimento, così come articolati nel successivo atto deliberativo, a cura della UOC Controllo di Gestione, e oggetto di negoziazione con i dirigenti delle macro-articolazioni aziendali</p>



L'albero della performance nasce dalla traduzione di quanto sopra descritto in obiettivi che la Direzione Generale considera strategici per l'anno 2024 e per tutto il triennio 2024-2026.

Si riporta di seguito lo schema sintetico delle priorità per l'anno 2024 basato su:

- Prevenzione e promozione della salute
- appropriatezza ed efficacia clinica
- contenimento delle malattie infettive e diffusive
- erogazione e rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza
- potenziamento degli interventi di prevenzione e riabilitazione
- creazione di reti cliniche e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali
- osservazione/monitoraggio epidemiologico
- progettazione/gestione investimenti legati al PNRR
- efficienza ed equilibrio finanziario
- innovazione tecnologica
- aggiornamento, qualità e formazione
- tutela del diritto all'informazione dell'utenza
- trasparenza e prevenzione della corruzione.

L'Azienda Sanitaria Locale di Benevento svolge i compiti come sopra delineati, sia attraverso le strutture aziendali, sia avvalendosi di strutture sanitarie accreditate con il SSN.

Gli obiettivi generali

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Gli obiettivi aziendali vengono strutturati e definiti in schede descrittive che stabiliscono innanzitutto le caratteristiche dell'obiettivo, l'articolazione di riferimento, l'indicatore di risultato, il valore atteso e il peso assegnato.

Gli obiettivi, come disposto dal D. Lgs. 74 del 25/5/2017, art.5, comma 2, sono:

- Rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche e alle strategie dell'Amministrazione
- Specifici e misurabili
- Tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi
- Riferibili ad un arco temporale determinato, di norma un anno
- Commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale (e regionale)
- Correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Inoltre ai sensi dell'art. 3 e art.5 del citato D. Lgs 74/2017 :

- ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento

all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti o gruppi di dipendenti, in una visione complessiva dell'agire pubblico;

- oltre agli obiettivi specifici di ogni amministrazione, è stata introdotta la categoria degli obiettivi generali, che identificano le priorità in termini di attività delle pubbliche amministrazioni coerentemente con le politiche nazionali, definiti tenendo conto del comparto di contrattazione collettiva di appartenenza.

Gli obiettivi generali aziendali sono stati definiti tenendo conto delle finalità e della mission aziendale, coerentemente alle indicazioni nazionali, regionali, alle esigenze dell'utenza e, più in generale, dei diversi stakeholder aziendali, nonché compatibilmente con le risorse disponibili, acquisite e generate dall'attività aziendale, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio.

L'Azienda ha inteso limitare la definizione degli obiettivi strategici a tre principali aree strategiche aziendali:

- ✓ Area del Governo clinico, ossia definizione degli obiettivi strategici correlati alla erogazione di servizi sanitari territoriali e ospedalieri nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza (Clinical Governance);
- ✓ Area del Governo economico, all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici correlati alla programmazione economico-finanziaria e di bilancio al fine della corretta allocazione delle risorse agli obiettivi;
- ✓ Area del Governo dei processi, alla quale sono riconducibili obiettivi strategici piuttosto eterogenei collegati ai processi aziendali, sia di natura sanitaria che di natura amministrativa.

Dagli obiettivi generali agli obiettivi operativi

Nella fase di programmazione, l'Azienda definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e nel breve periodo, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente. La fase di programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi.

Secondo la logica dell'albero della performance, ogni obiettivo strategico è articolato in obiettivi operativi, per ciascuno dei quali vengono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Ogni obiettivo generale stabilito nella fase precedente viene tradotto in uno o più obiettivi operativi, per ciascuno dei quali sono state definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento che, mediante il processo di budgeting, così come

indicato all'interno del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (a cui si rimanda per maggior dettagli), sono diventati obiettivi organizzativi ai fini della valutazione della performance dell'azienda nel proprio complesso.

Tali obiettivi, funzionali al raggiungimento di quelli generali, unitamente a quelli "strettamente operativi e/o di attività" dell'unità organizzativa, rilevano poi ai fini della valutazione della performance individuale.

Nell'ambito del Sistema di misurazione e valutazione della performance assume particolare rilevanza la individuazione e assegnazione, da parte del Management aziendale, degli obiettivi operativi (annuali) ai Responsabili di articolazione aziendale che costituiscono il fulcro del sistema stesso, collegando la performance individuale a quella organizzativa.

Alla performance di struttura, infatti, è legata sia la valutazione del dirigente responsabile, sia quella dei suoi collaboratori. Per performance di struttura si intende il complesso delle attività che fanno capo agli uffici dirigenziali che inglobano sia gli obiettivi operativi derivanti dagli strategici, sia quelli istituzionali.

Gli obiettivi operativi sono annualmente definiti con atto deliberativo del Direttore Generale a cui si rimanda e sono formulati in funzione delle scelte aziendali e delle direttive nazionali e regionali che ne costituiscono l'elemento di maggior rilievo. Tali obiettivi sono formalizzati con atto deliberativo ed assegnati attraverso il processo di budget (negoiazione). La Direzione strategica per il tramite della Struttura di Programmazione e Controllo di Gestione declina gli obiettivi definiti a livello di Piano della performance in obiettivi assegnati alle singole articolazioni organizzative. La proposta di obiettivi così declinati viene trasmessa con un'apposita scheda, ai responsabili delle strutture affinché possano formulare delle osservazioni o delle proposte di modifica o integrazione. Qualora ritenuto necessario si prevede un incontro tra direzione strategica e struttura organizzativa aziendale interessata.

Nel corso dell'anno la struttura Tecnica Permanente, per conto dell'OIV, realizza almeno un monitoraggio annuale sullo stato di avanzamento degli obiettivi a seguito del quale possono essere apportate eventuali modifiche/integrazioni agli obiettivi assegnati. Al termine dell'anno viene avviato il processo di misurazione e valutazione dei risultati raggiunti e viene avviato il processo di valutazione di ogni dipendente secondo le modalità descritte nel Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance. L'intero processo termina con la valutazione della performance di struttura e individuale di ogni dipendente.

Definizione dei risultati attesi e coerenza con la programmazione economico-finanziaria

Nella definizione dei risultati attesi per ciascun obiettivo dell'Azienda, riveste particolare importanza il processo di condivisione dei contenuti del Piano a tutti i livelli dell'organizzazione.

Alla luce di tale principio è chiara la necessità di esplicitare il collegamento tra le attività/risultati, riferiti a ciascun obiettivo, e le unità organizzative che sono chiamate a realizzarli. E' necessario evidenziare, che alcuni obiettivi potranno essere perseguiti da una o più unità operative all'interno della stessa articolazione o tra diverse unità organizzative, mentre per taluni obiettivi generali sarà l'intera azienda a contribuire al risultato atteso.

Al fine di garantire il raggiungimento dei risultati attesi, è prevista una verifica intermedia (specificata nella sezione "Monitoraggio esiti"), a cura dell'OIV aziendale con il supporto della Struttura Tecnica ed ha lo scopo di valutare eventuali scostamenti rispetto alle azioni e ai tempi definiti a inizio anno e porre in essere eventuali azioni correttive per garantire il raggiungimento degli obiettivi nei tempi prestabiliti.

La valutazione della performance non può prescindere dalla dimensione economico-finanziaria dell'agire organizzato. La scarsità di risorse impone, infatti, la misurazione del grado di efficienza delle diverse articolazioni aziendali: non ha senso misurare la performance se i risultati raggiunti non sono messi a confronto con le risorse effettivamente impiegate. Pertanto, la sezione delle performance del PIAO viene elaborata in coerenza ai seguenti documenti:

- Atto Aziendale;
- Bilancio di previsione annuale e triennale;
- Relazione previsionale e programmatica;
- Piano annuale degli obiettivi.

Ai fini dall'assegnazione delle risorse economiche nella scheda di budget redatta dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione, viene inserito il prospetto economico che nel mentre esplicita i costi previsionali del centro di responsabilità interessato, rappresenta anche uno strumento di controllo concomitante che a consuntivo delle risorse effettivamente impiegate per lo svolgimento delle attività, stabilisce il grado di misurazione di eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi economici assegnati (c.d. controllo budgettario).

L'integrazione del processo aziendale di programmazione-budget-valutazione come sopra illustrato, attua il cosiddetto ciclo di gestione della performance in aderenza all'art.4 del DLgs 150/2009, che prevede le seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi,
4. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito
6. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi a mezzo di pubblicazione degli esiti sul sito web aziendale.



Il collegamento e integrazione con la sezione della Prevenzione Corruzione e Trasparenza

Il collegamento tra la presente sezione e quella della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, risponde a specifiche normative e rappresenta elemento essenziale della strategia a lungo termine dell’Azienda Sanitaria Locale di Benevento. Con l’avvio del PIAO i collegamenti saranno ancora più validi soprattutto per quanto riguarda gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza che costituiscono contenuto necessario nella nuova sezione dedicata alla trasparenza e anticorruzione.

"principio di buon andamento e imparzialità dell'Amministrazione (art. 97 Costituzione)

Azione amministrativa improntata a legalità, imparzialità, trasparenza

Performance: misurazione, valutazione, rendicontazione

Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il ciclo di gestione della performance sarà sottoposto ad una continua attività di aggiornamento e

monitoraggio sulla base delle evidenze e ulteriori conoscenze derivanti dall'implementazione delle fasi che lo compongono, nonché per adeguamento nel tempo alla normativa vigente in materia. L'aggiornamento compete alla Direzione Generale in stretta collaborazione con l'OIV e la Struttura Tecnica Permanente, secondo il principio della gradualità nell'adeguamento del modello proposto agli indirizzi contenuti nella Delibera n. 112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance" (articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.).

L'Azienda si impegna inoltre ad adottare interventi organizzativi per la verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi.

L'articolo 5, comma 2, del decreto richiede, infatti, che gli obiettivi siano:

- Rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- Specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- Tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- Riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno; Commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- Confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
 - Correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Quale ulteriore azione di miglioramento, ai fini di una corretta gestione del Ciclo delle Performance, con atto deliberativo n.42 del 17/2/2020, è stato istituito il Comitato di budget che ha regolamentato il processo di budget ed ha stabilito compiti e funzioni ai fini della definizione degli obiettivi strategici ed operativi da formalizzare nelle schede di budget.

Si auspica che il processo di negoziazione di budget (calendario di budget, incontri con tutti i responsabili del processo per la contrattazione del budget, validazione e approvazione del budget da parte del management aziendale) si completi entro il 30 gennaio di ogni anno.

Risulta inoltre indifferibile procedere alla definizione ed adozione, da parte del Management aziendale, delle schede di valutazione sia per il personale di comparto che per la dirigenza già individuate con atto deliberativo n.101 del 28/2/2019 ed oggetto di contestazione da parte di una sigla sindacale che ne ha chiesto la sospensione in data 5/6/2019 in sede di riunione sindacale. Pertanto nelle more dell'adozione del nuovo sistema di misurazione, già portato all'attenzione della delegazione trattante, saranno utilizzate le schede di valutazione ad oggi vigenti.

Inoltre, in ottemperanza a quanto indicato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Funzione Pubblica con le *linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance*, una riflessione particolare va fatta in merito alla performance individuale. Non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi, in relazione all'attività svolta, ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista.

Resta inteso che si possono utilizzare indicatori ad hoc per il lavoro agile, ma le dimensioni delle performance devono comunque fare riferimento alle linee guida 1/2017 e 2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica ed essere le stesse per tutte le strutture organizzative e i dirigenti e dipendenti dell'Amministrazione.

La pianificazione triennale

In questa sezione sono evidenziati gli obiettivi che l'amministrazione intende perseguire nel triennio 2025-2027 ("obiettivi specifici" ex art. 5 del d.lgs. 150/2009) e i relativi risultati attesi. Questa sezione è il punto di riferimento di tutta la Sottosezione Performance del PIAO e ne esprime la funzione direzionale (allegato tecnico Obiettivi strategici 2025-27).

Come previsto dalla normativa in materia, in coerenza con le priorità politiche e della mission aziendale, gli obiettivi dell'ASL di Benevento saranno:

- strettamente legati alle policy o ad interventi legislativi di riforma del settore;
- connessi ancora ad eventuali problematiche di origine emergenziale sanitaria;
- legati alla gestione delle attività del PNRR;
- legati al funzionamento dell'amministrazione come la gestione contabile, gli approvvigionamenti, la gestione delle risorse umane;
- in funzione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale con decreto di nomina.

L'Azienda pone come aree tematiche su cui basare i propri obiettivi strategici, le seguenti direttive:

- potenziamento della innovazione e digitalizzazione dei processi e delle procedure aziendali, cercando di sviluppare iniziative in grado di coniugare aspetti di innovazione organizzativa e tecnologica, accompagnati dallo sviluppo di competenze per il personale;
- rispetto dei parametri di qualità delle cure previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia, e LEA (Indicatori sui Livelli Essenziali di Assistenza) assicurando universalità, equità di accesso in un'ottica di miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e sicurezza delle cure (politiche attuative dell'umanizzazione attraverso la creazione di una rete di comunicazione tra utenti e strutture, riequilibrare l'equità nella tutela della salute e nell'accesso alle cure, individuare gli interventi per il contenimento delle liste di attesa);
- miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi con

particolare riferimento ai beni sanitari (farmaci e dispositivi);

- continuità clinico-assistenziale: definizione e l'attivazione di procedure di gestione dei percorsi di continuità assistenziale per i pazienti tra Ospedale e Territorio, anche tramite sviluppo di sistemi di tele monitoraggio al domicilio, rivolti ai pazienti più fragili, offrendo adeguati percorsi di cura nel rispetto della persona (avvalersi del modello Case di Comunità al fine di garantire una gestione efficace della cronicità mediante l'implementazione della medicina di iniziativa con l'apporto dei medici di medicina generale, gli specialisti del territorio ed organizzazioni del terzo settore) riconducendo in tal modo l'ospedale per acuti al suo naturale ambito di risposta assistenziale indirizzata all'emergenza e a quelle condizioni cliniche di elevata complessità;
- corretta gestione amministrativa, procedurale ed informatica delle risorse assegnate dal PNRR. L'ASL si impegna attraverso i servizi tecnico-amministrativi ad assicurare l'attuazione degli investimenti previsti nel PNRR nell'ambito del rinnovamento tecnologico, della digitalizzazione e della telemedicina. Le azioni da realizzare sono rivolte alla costruzione di un modello di sanità moderno e sostenibile;
- attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità alla programmazione regionale;
- governo del patrimonio, dell'innovazione del potenziamento tecnologico degli investimenti e degli acquisti con particolare riferimento al PNRR;
- completamento e messa a regime della digitalizzazione e trasmissione al fascicolo sanitario elettronico dei documenti digitali nel rispetto del DM 23/12/2019;
- garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definiti CORE del nuovo sistema di garanzia (migliorare le coperture vaccinali, garantire il controllo anagrafi animali e controllo contaminazione alimenti, attivare la progettualità per il miglioramento degli stili di vita, incrementare le attività dei programmi organizzati di screening di primo livello sollecitando l'adesione da parte della popolazione eleggibile, garantire la tutela della salute dei luoghi di lavoro attraverso le attività di controllo aziendali);
- conseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto del budget di risorse assegnate dalla Regione, conseguimento degli obiettivi Economico-Finanziari garantendo la sostenibilità economica (realizzazione dei percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci, rispetto dei tempi di pagamento, gestione dei contenziosi, potenziamento delle verifiche e controlli, governo della spesa per servizi, per il personale e della spesa farmaceutica, rispetto dei budget e monitoraggio obiettivi);
- perseguimento degli obiettivi amministrativo-gestionali, con il miglioramento nella qualità e tempistica dei flussi informativi, l'implementazione del processo di dematerializzazione e digitalizzazione dell'amministrazione e gli obiettivi per favorire la trasparenza e prevenire gli eventi corruttivi;
- miglioramento dei rapporti con gli stakeholder interni ed esterni incentivando l'integrazione tra tutti gli Enti ed Istituzioni che nel territorio provinciale realizzano azioni a favore della popolazione locale, attivazione di politiche aziendali per il governo delle risorse umane (definizione annuale del Piano formativo aziendale per garantire la valorizzazione e lo sviluppo delle professionalità presenti).

La programmazione annuale

Partendo dagli obiettivi triennali, l'amministrazione individua gli obiettivi per l'anno di riferimento, delineando i risultati attesi attraverso opportuni set di indicatori e relativi target. Gli obiettivi annuali rappresentano, quindi, i traguardi intermedi da raggiungere al fine di assicurare il conseguimento dell'obiettivo triennale cui si riferiscono.

La performance organizzativa annuale, che sarà prevalentemente espressa in termini di efficacia ed efficienza, può essere riferita sia all'amministrazione nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative. Infatti, alcuni obiettivi annuali possono coinvolgere l'intera amministrazione (si pensi ad esempio al lavoro agile o alla digitalizzazione dei processi), mentre altri possono riguardare una o poche unità organizzative (ad esempio il miglioramento dell'efficienza nel trasferimento di risorse).

Per la definizione degli obiettivi annuali l'amministrazione specifica:

- le attività e i progetti da realizzare per il raggiungimento dell'obiettivo;
- i risultati attesi in termini quantitativi (quindi espressi con un set di indicatori e relativi target);
- le unità organizzative che devono contribuire al raggiungimento dei risultati attesi.

Monitoraggio degli esiti

La verifica del grado di attuazione degli obiettivi definiti in fase di programmazione avviene mediante il monitoraggio semestrale che rappresenta una delle fasi previste nel Ciclo della performance e definita dal Sistema di Misurazione delle Performance aziendale.

La fase del monitoraggio descrive il controllo in itinere svolto dall'Amministrazione e risponde a due principali obiettivi:

- costruire il quadro complessivo in termini di raggiungimento degli obiettivi/indicatori/target previsti nel Piano della Performance di riferimento;
- far emergere eventuali situazioni di criticità che si siano verificate e che necessitano la revisione o rimodulazione degli obiettivi/indicatori/target previsti.

Per tutte le Articolazioni aziendali è previsto il monitoraggio a cadenza semestrale e, pertanto, vengono ogni anno raccolti i dati di avanzamento al 30 giugno (monitoraggio in itinere da trasmettere all'OIV) degli obiettivi fissati in fase di programmazione con l'evidenza di eventuali situazioni di criticità da correggere (entro il 30 agosto) e al 31 dicembre quale rapporto finale sul raggiungimento degli obiettivi utilizzati per la stesura della Relazione annuale sulla performance che conclude la fase della rendicontazione e rappresenta il completamento del ciclo della performance.

Report di monitoraggio

I report di monitoraggio, semestrale e finale, fanno riferimento alla situazione così come fotografata al 30 giugno e al 31 dicembre di ogni anno e rilevano le informazioni necessarie al monitoraggio della performance organizzativa relativa agli obiettivi sia operativi di struttura che trasversali.

Le informazioni ed i dati sono precompilati a cura della UOC Affari Interni quale supporto tecnico all'OIV e trasmessi ad ogni unità operativa assegnataria di obiettivi.

Il primo monitoraggio, al 30 giugno, ha come scopo quello di monitorare lo stato di avanzamento della performance dell'Amministrazione rispetto a quanto programmato sia per la misurazione dei risultati parziali raggiunti che per l'attivazione di eventuali interventi correttivi.

Gli esiti sono trasmessi all'Organismo Indipendente di Valutazione al fine di aggiornarlo sull'andamento dei processi e delle attività programmate dell'Ente

Laddove, nell'ambito del monitoraggio semestrale effettuato, i Responsabili di Struttura ritenessero necessario rivedere, modificare, e/o sostituire i relativi obiettivi/indicatori/target, gli stessi saranno oggetto di riapprovazione secondo le modalità previste dal vigente SMVP, con conseguente aggiornamento della sezione Performance del PIAO. La compilazione della scheda di monitoraggio è a cura dei Direttori e dei Dirigenti, ciascuno per la scheda obiettivo di propria competenza e prevede la compilazione del campo in cui va riportata la situazione rispetto al raggiungimento del target previsto nella scheda obiettivo del Piano della performance. La compilazione del campo sintetizza il confronto tra il valore target previsto e il valore target raggiunto e può assumere le seguenti opzioni di risposta:

- **in linea con l'obiettivo** quando le attività sono state avviate e il conseguimento del valore target è in linea rispetto a quanto programmato o in anticipo;
- **non in linea con l'obiettivo** quando il valore target non è stato conseguito, neanche in ritardo;
- **obiettivo già realizzato** quando il valore target è stato conseguito pienamente secondo quanto programmato o in anticipo.

Il report prevede anche la rilevazione di eventuali criticità rilevate con una breve descrizione delle stesse (carenza di risorse finanziarie o di personale, interventi normativi sopravvenuti, mancata risposta soggetti coinvolti, eventi imprevedibili, ecc.) che si sono verificate rispetto alla non/parziale realizzazione o realizzazione in ritardo del valore target previsto nella scheda obiettivo della sezione Performance.

Di seguito si riporta il format utilizzato per il monitoraggio semestrale

Struttura Aziendale

COD. (rif. Delib.n. Del. I)	area strategica	linea di attività	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	TARGET 2021	peso	giudizio di sintesi	brevevissima descrizione eventuali criticità
							<input type="checkbox"/> in linea con l'obiettivo <input type="checkbox"/> non in linea con l'obiettivo <input type="checkbox"/> obiettivo già raggiunto	
							<input type="checkbox"/> in linea con l'obiettivo <input type="checkbox"/> non in linea con l'obiettivo <input type="checkbox"/> obiettivo già raggiunto	
							<input type="checkbox"/> in linea con l'obiettivo <input type="checkbox"/> non in linea con l'obiettivo <input type="checkbox"/> obiettivo già raggiunto	
							<input type="checkbox"/> in linea con l'obiettivo <input type="checkbox"/> non in linea con l'obiettivo <input type="checkbox"/> obiettivo già raggiunto	

Il report di monitoraggio (relazione finale) a fine anno ha come scopo quello di rendicontare il livello di performance raggiunto dall'Amministrazione mediante un confronto tra gli obiettivi programmati, i target da raggiungere e i risultati ottenuti.

I Responsabili di articolazione redigono un apposito Report di monitoraggio finale sulla base degli esiti verificati nel corso dell'anno di riferimento e lo trasmettono alla UOC Affari Interni ai fini della rilevazione di monitoraggio finale.

Sulla base del livello misurato di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai target/output prefissati, verrà poi effettuata la valutazione della performance organizzativa di struttura. Il report di monitoraggio finale sarà integrato con una Relazione finale volta ad illustrare i risultati raggiunti evidenziando i fattori (interni ed esterni) che possano aver influito positivamente o negativamente sul grado di raggiungimento degli obiettivi medesimi, anche al fine di individuare azioni di miglioramento per l'anno successivo.

Aggiornamento per l'anno 2024

Per gli obiettivi strategici triennio 2024- 2026 vedasi l'Allegato Tecnico n.1 al presente PIAO inviato dall'UOC Affari Interni e Pianificazione Direzionale Statistica con note prot. n. 8475 del 22.01.24 e n. 9783 del 25.01.2024.

Aggiornamento per l'anno 2025

(rif. contributo dell'UOC Servizio Informativo Statistico e Affari interni – nota prot. n.4273 del 14.01.202, prot. n. 10196 del 28.01.2025 e n. 10361 del 29.01.2025 in riscontro alla nota aziendale prot. n. 132144 del 30.12.2024)

Resta confermata la parte descrittiva sopra espressa e si rimanda all'Allegato Tecnico n.1 al presente PIAO per gli obiettivi strategici individuati per il triennio 2025-2027.

La Prevenzione della Corruzione

La presente sezione del P.I.A.O. è dedicata alla strategia che l'ASL BN vuole realizzare nel corso del triennio 2025-2027 per prevenire i rischi di eventi corruttivi nonché a garanzia di una maggiore trasparenza intesa sia come forma potenziata di accessibilità dei cittadini a dati e informazioni aziendali sia come forma di controllo dell'operato della P.A., il tutto finalizzato alla protezione del valore pubblico che l'ASL BN nel perseguimento dei propri fini istituzionali deve garantire nel tempo in maniera incrementale. Infatti, la prevenzione della corruzione, oltre ad essere trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di un'amministrazione, crea valore pubblico poiché previene fenomeni di cattiva amministrazione e persegue obiettivi di imparzialità e trasparenza riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa in conformità ai principi di efficienza, efficacia, economicità e buon andamento.

La strategia aziendale contro i rischi di corruzione si sostanzia anche nel collegamento con la performance aziendale in quanto costituiscono obiettivi strategici aziendali anche quelli individuati in materia di anticorruzione e trasparenza.

In materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, in continuità con l'anno 2022, 2023 e 2024 l'ASL BN è impegnata a:

- contrastare e prevenire il fenomeno dell'illegalità, consistente nello sviamento di potere per fini illeciti, mediante la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico con l'aggiramento fraudolento delle norme e quindi ogni forma di abuso delle funzioni esercitate per il raggiungimento di fini personali o violazione delle norme e delle regole comportamentali per ottenere indebiti vantaggi di qualsiasi natura. È necessario pertanto raggiungere una maggiore integrazione tra le varie strutture che compongono l'Azienda volta alla creazione di una sinergia operativa tesa all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione;
- operare sinergicamente per creare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come una naturale connotazione di ogni azione amministrativa e quale parte integrante della qualità dei servizi offerti, delle prestazioni rese e delle relazioni tra l'ASL BN e i cittadini/utenti; tale obiettivo potrà essere raggiunto anche attraverso l'implementazione di percorsi formativi per il personale dipendente sulle materie dell'etica e dell'integrità al fine di prevenire il rischio corruttivo;

- garantire la massima trasparenza dando applicazione ai principi contenuti nel D.Lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. 97/2016, con un'alimentazione sempre più precisa e dettagliata delle varie sezioni di Amministrazione Trasparente. A tal fine l'Azienda ha previsto, nell'ambito delle attività progettuali di digitalizzazione, reingegnerizzazione e semplificazione programmate per il 2023 e anni seguenti nell'ambito dell'attuazione della misura M6 del PNRR, l'attivazione del nuovo sito internet dell'ASL BN che prevede l'alimentazione automatica di diverse sottosezioni di Amministrazione Trasparente. Tanto a garanzia di una maggiore accessibilità a dati e informazioni aziendali da parte dei cittadini/utenti.

La sezione del PIAO dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza assolve l'obbligo previsto dalla legge n.190 del 2012 per ogni Pubblica Amministrazione di predisposizione del Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (in seguito PTPCT) che annualmente va aggiornato nei termini previsti dalla normativa in materia (31 gennaio di ogni anno), salvo proroghe stabilite dall'ANAC, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza aziendale che per l'ASL BN è stato nominato con la delibera n.522 del 30.12.2021.

Il PTPCT o sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO va redatto in conformità alle indicazioni dell'ANAC esplicitate nei documenti dalla stessa emanati. L'ASL BN ha adottato l'ultimo PTPCT nel 2022 con la delibera n.141 del 29.04.2022 per il triennio 2022-2024, a cui si rimanda e rinvenibile in Amministrazione Trasparente del sito on-line dell'ASL BN <https://www.aslbenevento.it/>, redatto in aderenza al Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (PNA) e alle linee guida fornite dalla stessa Autorità con gli "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" per dare precise indicazioni operative agli RPCT nella predisposizione del PTPCT. Successivamente con la delibera n.280 del 29.07.2022 l'ASL BN ha adottato il PIAO 2022-2024, sulla base delle prescrizioni normative vigenti al momento, riportando il PTPCT già adottato nella "Sezione dei Rischi corruttivi e della trasparenza" del PIAO medesimo.

Con la delibera n. 7 del 17.01.2023 l'ANAC ha adottato il PNA 2022 quale atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni tenute all'applicazione della normativa con durata triennale.

Il PNA 2022 introduce numerose novità su alcuni temi specifici, come il pantouflage, la trasparenza, i contratti pubblici anche e soprattutto in relazione alla gestione dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), di cui si terrà conto per l'aggiornamento del PTPCT 2022-2024, e quindi per l'elaborazione della presente Sezione del PIAO, unitamente ai risultati rilevati nel corso dell'anno 2022 in merito all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza previste nel PTPCT citato, come risultanti anche dalla Relazione Annuale per l'anno 2022 predisposta dal RPCT ASL BN entro il termine del 15.01.2023.

La redazione del PTPCT 2022-2024 ha visto il contributo e la partecipazione dei Responsabili delle Articolazioni aziendali in particolare riguardo alla mappatura dei processi aziendali al fine dell'individuazione dei possibili rischi corruttivi ed all'identificazione delle relative misure di contrasto, posto che i Dirigenti sono chiamati espressamente dalla L.190/2012 (art. co.9) e dal D.Lgs. n.165/2001 (art.16) a dare concreto supporto al RPCT sia nella fase della predisposizione del Piano che successivamente nella fase della vigilanza dovendo fornire tutte le informazioni sullo stato di attuazione del Piano medesimo. Infatti, nella strategia aziendale della prevenzione della corruzione e della garanzia della massima trasparenza dell'azione amministrativa sono coinvolti, oltre al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza tutti coloro che, a vario titolo, operano all'interno dell'azienda e che hanno l'obbligo di dare il proprio contributo alla perfetta riuscita della suddetta strategia.

Aggiornamento per l'anno 2024

Anche per la predisposizione del presente PIAO per il triennio 2024-2026, quale aggiornamento del PIAO 2023-2025 adottato con la deliberazione ASL BN n.143 del 31.03.2023, si è proceduto al coinvolgimento di tutti gli attori chiamati ad essere parte attiva nella predisposizione e nell'attuazione della strategia aziendale di prevenzione della corruzione. Con le note prot. nn.983 e 987/2024 sono state coinvolte tutte le articolazioni aziendali per il monitoraggio annuale sull'attuazione delle misure anticorruptive e per l'eventuale modifica (per alcuni nuova predisposizione) della mappatura dei processi. Sulla scorta dei riscontri pervenuti alle suddette note e di quelli pervenuti nel corso del 2023 in sede di verifica della sezione Amministrazione Trasparente anche in occasione delle verifiche effettuate dall'OIV ASL BN (al 30.06.23 e al 30.11.2023) e in ottemperanza delle novità normative che si sono registrate sulla materia, si è proceduto all'aggiornamento della presente sezione.

Inoltre, è stata avviata la consultazione pubblica, con avviso pubblicato sulla homepage del sito ASLBN in data 11.01.2023, per l'acquisizione da parte di tutti coloro che potessero essere interessati di eventuali contributi e/o osservazioni di cui tener conto nell'aggiornamento del PIAO. Si dà atto a tal proposito che nel termine previsto per la scadenza non sono pervenuti contributi/osservazioni.

Aggiornamento per l'anno 2025

Per la predisposizione della presente sezione del PIAO triennio 2025-2027, quale aggiornamento dell'analoga sezione del PIAO 2023-2025 adottato con la deliberazione ASL BN n.143 del 31.03.2023, come di consueto e come prescritto dalla normativa, si è proceduto al coinvolgimento di tutti gli attori chiamati ad essere parte attiva nella predisposizione e

nell'attuazione della strategia aziendale di prevenzione della corruzione. Con le note prot. nn.3188/2025 e 3519/2024 sono state coinvolte tutte le articolazioni aziendali: la prima per chiedere se era necessario procedere all'aggiornamento della mappatura dei processi a rischio corruzione, laddove già esistente, ma anche per chiedere la redazione della stessa da parte delle unità operative costituite recentemente a seguito dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale ASL BN, giusta Delibera della Giunta Regionale n. 58 del 08/02/202 e di cui si dirà in prosieguo nell'analisi del contesto interno e in particolare nella sezione dedicata all'Organizzazione aziendale; la seconda per il monitoraggio annuale sull'attuazione delle misure anticorruptive sia quelle generali che specifiche. Sulla scorta dei riscontri pervenuti alle suddette note e di quelli pervenuti nel corso del 2024 in sede di verifica della sezione Amministrazione Trasparente, anche in occasione delle verifiche effettuate dall'OIV ASL BN (al 31.05.24 e al 30.11.2024), e in ottemperanza delle novità normative che si sono registrate sulla materia, si è proceduto all'aggiornamento della presente sezione.

È stata avviata la consultazione pubblica, con avviso pubblicato sulla homepage del sito ASL BN in data 16.01.2025, per l'acquisizione di eventuali contributi e/o osservazioni di cui tener conto nell'aggiornamento del PIAO. Si dà atto a tal proposito che nel termine previsto per la scadenza (24.01.2025) non sono pervenuti contributi/osservazioni.

I soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

I soggetti che concorrono alla Prevenzione della corruzione all'interno dell'A.S.L. Benevento sono:

1) Il Direttore Generale:

- È nominato dal Presidente della Giunta Regionale e rappresenta legalmente l'Azienda, ne assicura il perseguimento della missione avvalendosi delle attività, degli organismi e delle strutture organizzative.
- Garantisce la gestione complessiva dell'Azienda coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;
- Definisce gli obiettivi strategici in materia della prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi dell'art. 1, c. 8 della L.190/2012;
- Individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- Adotta ogni anno su proposta del RPCT il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, dal 2022 il PIAO che comprende la sezione "Rischi corruttivi e trasparenza";
- Garantisce al RPCT un adeguato supporto mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
- È destinatario di segnalazioni del RPCT su eventuali disfunzioni riscontrate nell'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza;

2) Il RPCT: Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

- La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) è stata introdotta dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, quale punto di riferimento fondamentale interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della citata normativa. Il ruolo di tale soggetto è stato poi rafforzato dal d.lgs. 97/2016 che ha attribuito allo stesso anche la funzione di Responsabile della Trasparenza. Prioritariamente il RPCT deve redigere il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che deve essere approvato e adottato dalla propria amministrazione, con l'obiettivo principale di valutare il livello di esposizione degli uffici ai vari rischi corruttivi e individuare le adeguate misure necessarie per prevenirli o mitigarli; svolge funzioni di vigilanza sulla piena osservanza del Piano. A tal fine l'ANAC ha sancito in varie occasioni che è auspicabile e fondamentale un raccordo sinergico di collaborazione tra l'organo di indirizzo politico, i dirigenti, tutti i dipendenti ed il RPCT per la stesura di un PTPCT condiviso e quindi efficace. Il R.P.C.T. è individuato dall'organo di indirizzo tra i dirigenti di ruolo in servizio, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività. Dall'espletamento dell'incarico di RPCT non può derivare l'attribuzione di alcun compenso aggiuntivo, fatto salvo il solo riconoscimento di eventuali retribuzioni di risultato legate all'effettivo conseguimento di precisi obiettivi di performance predeterminati in sede di previsioni delle misure organizzative per la prevenzione della corruzione e in aderenza a quanto previsto dalle norme dei CCCNL vigenti.
- I compiti del R.P.C. T.
I compiti sono stati definiti dalla L.190/12 e dai vari decreti attuativi che si sono susseguiti, ma l'ANAC ha provveduto a raccogliarli e descriverli nella delibera n.840 del 02.10.2018, a cui si rimanda per il dettaglio, ripresa poi nell'allegato n.3 al PNA 2019 ex delibera ANAC n.1064/2019 e oggetto di approfondimento nell'Allegato n.3 al PNA 2022 ex delibera ANAC n.7 del 17.01.2023, confermato dalla delibera ANAC n.605 del 19.12.2023 di aggiornamento 2023 del PNA 2022.
Di seguito, tuttavia, se ne elencano i principali:
 - Predisporre il PTPCT, dal 2022 la sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, entro il termine indicato dall'ANAC.
 - Segnala all'organo di indirizzo politico e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione della l. n. 190/12 e del d.lgs. n. 33/13.
 - Indica all'UPD i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure della prevenzione della corruzione e della trasparenza.
 - Verifica l'attuazione del PTPCT o sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate violazioni delle prescrizioni in esso contenute o intervengono mutamenti nell'organizzazione o attività dell'Ente.
 - Redige la relazione annuale, da trasmettere all'organo di indirizzo e all'OIV, recante i risultati

dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione descritte nel PTPCT o sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO.

- Cura la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento (art.15 c. 3, d.p.r. n. 62/13).

- Si occupa di rispondere alle istanze di accesso civico c.d. semplice ed ha l'obbligo di segnalare all'ufficio di disciplina eventuali inadempimenti.

- Gestisce le istanze di riesame sull'accesso civico generalizzato.

- Si occupa di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al d.lgs. n. 39/13, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio, e di segnalare le violazioni all'ANAC.

- **Garanzie e Responsabilità del RPCT**

Stante il difficile compito assegnato al RPCT il legislatore ha elaborato un sistema di garanzie per tutelare l'imparzialità del RPCT nell'esercizio delle sue funzioni al fine di evitare ritorsioni nei suoi confronti, che prevede anche l'intervento dell'ANAC come disciplinato in un apposito Regolamento approvato dal Consiglio dell'Autorità in data 18.07.2018. Per quanto attiene le responsabilità in capo al RPCT, l'art.1 c.12 della l. n. 190/12 stabilisce che "In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano". L' art. 1, c. 14, individua altre due ipotesi di responsabilità a carico del Responsabile della prevenzione della corruzione:

- Una forma di responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art 21, d.lgs. n. 165/2001, che si configura nel caso di "ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano";

- Una forma di responsabilità disciplinare "per omesso controllo".

Dette responsabilità sono escluse se il RPCT dimostra di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del PTPCT.

In caso di assenza prolungata del RPCT sarà compito delle Direzione Strategica aziendale individuare un Sostituto temporaneo.

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

L'O.I.V. riveste una funzione rilevante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza in quanto svolge, tra l'altro, un'attività di verifica sulla coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPC o sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionale insieme all'obbligo di verifica per l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione dei dati obbligatori in

Amministrazione Trasparente (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009).

L'OIV ha tra i propri compiti:

-la verifica degli obiettivi connessi alla trasparenza, oltre che a quelli inerenti in generale alla prevenzione della corruzione, ed a tal fine può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo.

-la verifica dei contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV, oltre che all'organo di indirizzo, ai sensi dell'art.1, co. 14, della l. 190/2012. Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012).

-la partecipazione al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte e attribuendo concreta rilevanza ai rischi e alle azioni inerenti alla prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti attribuiti ai medesimi (PNA, All.to 1, par. A.2 e par. B.1.2)

- esprimere parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda;

- assicurare il coordinamento tra i contenuti del Codice di Comportamento e il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance, attribuendo rilevanza al rispetto del Codice ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dal dipendente o dall'ufficio;

- svolgere un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice di Comportamento, riferendone nella relazione annuale;

- attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida fornite all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Nell'ASL BN l'Organismo Indipendente di Valutazione è stato nominato con la deliberazione del Direttore Generale n.334 del 01.09.2021 e nella stessa è stata confermata quale struttura tecnica permanente di supporto l'UOC Affari Interni e Pianificazione Direzionale e Statistica.

L'OIV di cui sopra ha svolto le proprie funzioni sino alla fine di ottobre 2024 per scadenza dell'incarico; pertanto sono state avviate dall'amministrazione le procedure per la nomina del nuovo organismo.

4) I Direttori Responsabili delle Articolazioni Aziendali

I Direttori dei Dipartimenti aziendali, dei Distretti Sanitari, delle UU.OO.CC. e UU.OO.SS. e tutti i Dipendenti sono i soggetti che, all'interno dell'Azienda, occupandosi, secondo i vari livelli di responsabilità, della gestione sanitaria, amministrativa, contabile, tecno-informatica dell'azienda detengono una profonda conoscenza di come si configurano i processi decisionali di loro competenza, di come sono strutturati i procedimenti e quindi rappresentano una fonte preziosa e insostituibile di conoscenze; pertanto è importante un loro coinvolgimento nel complesso sistema della prevenzione alla corruzione e dell'attuazione della trasparenza. In realtà il legislatore ha previsto che i Dirigenti e quindi nell'ASL BN i Direttori dei Dipartimenti aziendali, dei Distretti Sanitari, delle UU.OO.CC. e UU.OO.SS. devono interagire nel sistema determinato dal

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed hanno ruoli e funzioni di grande rilievo ed evidenza in quanto:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (art. 16, comma 1, lettera l-bis, D.Lgs. 165/2001);
- forniscono informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e a formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16, comma 1, lettera l-ter, D.Lgs. 165/2001);
- provvedono al monitoraggio di primo livello riguardo l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione già individuate;
- rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT o sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e collaborano con il RPCT (art. 8, D.P.R.62/2013);
- concorrono con il RPCT a sostenere le azioni di formazione, richiedendo a quest'ultimo l'inserimento di specifici obiettivi formativi per le attività di competenza particolarmente esposte al rischio di corruzione e partecipano obbligatoriamente ai percorsi di formazione organizzati dal R.P.C.T.;
- sono tenuti ad informare, coinvolgere, formare, responsabilizzare, motivare, tutti i collaboratori (dirigenti e dipendenti area di comparto) al fine di sostenere le attività previste nel PTPCT;
- effettuano segnalazioni al RPCT al fine di assolvere al rispetto delle disposizioni del D.lgs. 39/2013;
- garantiscono l'osservanza del Codice di Comportamento vigente dell'ASL Benevento;
- concorrono al rispetto dell'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 e D. Lgs. 33/2013 e s.m.i. circa la completa pubblicazione delle informazioni previste nella presente sezione e sono responsabili della pubblicazione dei contenuti di competenza, ravvisando in caso di eventuali ritardi od omissioni responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001;
- i ritardi o la mancata trasmissione dei dati ai fini della pubblicazione in Amministrazione Trasparente è valutata dall'O.I.V. ai fini della Performance organizzativa ed individuale.

5) Il RASA: Responsabile per l'anagrafe unica delle stazioni appaltanti

L'art. 33-ter, comma 2, del decreto-legge n. 179/2012 inserito dalla legge di conversione n.221/2012, ha demandato all'ANAC di stabilire con propria deliberazione le modalità operative e di funzionamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti e l'Agenzia ha provveduto con vari atti a partire dal 2013 a disciplinare e dare direttive in materia. Nel Comunicato del Presidente ANAC del 2013 veniva stabilito che ciascuna stazione appaltante era tenuta a nominare con

apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA). Il PNA 2019 (delibera ANAC n.1064 del 13.11.19) prevede che al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto a tale compito ovvero il RASA. Pertanto, il RPCT ha proposto l'adozione dell'atto deliberativo n.203 del 15.06.2022 con il quale la Direzione Strategica aziendale ha nominato quale RASA per l'ASL BN il Dirigente Responsabile dell'UOC Provveditorato-Economato, sostituito recentemente dal Dirigente Responsabile UOC Tecnico Manutentiva con deliberazione ASL BN n. 656 del 20.12.2023.

6) Il GESTORE delle segnalazioni per le operazioni sospette di riciclaggio

La normativa antiriciclaggio ha lo scopo di impedire, o comunque rendere difficile, la circolazione del denaro proveniente da azioni illegali, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni valide anche per la Pubblica Amministrazione, ai sensi del D.Lgs. n. 231/2007 che all'art. 2 definisce "riciclaggio" una serie di attività illecite, se commesse intenzionalmente, e del D.lgs. 22 giugno 2007 n. 109. Norme adottate in recepimento delle Direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE. In data 19 giugno 2017 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il D.lgs. 25 maggio 2017 n. 90, in attuazione della IV Direttiva AML (Direttiva 2015/849/UE) e recante modifica al D.lgs. n. 231/2007 ed al D.lgs. n. 109/2007, con entrata in vigore a partire dal 4 luglio 2017. In virtù di detta normativa le pubbliche amministrazioni devono inviare alla Unità di Informazione Finanziaria (U.I.F.) della Banca d'Italia apposita comunicazione, quando sanno, sospettano o hanno motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, a prescindere dalla rilevanza e dall'importo dell'operazione sospetta. Il sospetto deve essere basato su una compiuta valutazione degli elementi oggettivi e soggettivi acquisiti nell'ambito dell'attività istituzionale svolta, anche alla luce degli indicatori di anomalia riportati dalla norma stessa. Ai fini dell'applicazione della normativa in materia di antiriciclaggio e repressione del finanziamento del terrorismo su esposta, tutti i Dipendenti dell'ASL BN sono tenuti ad osservare la normativa vigente in materia. L'ASL BN, tenuta ad individuare il "Gestore" ovvero il soggetto incaricato della trasmissione delle comunicazioni di operazioni sospette all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia come previsto anche dal PNA 2019, ha nominato come tale il Dirigente Responsabile dell'UOC Gestione Economico Finanziaria con l'atto deliberativo n.202 del 15.06.2022. Con successivo atto deliberativo n.240 del 30.06.2022 è stato approvato il Regolamento per l'attuazione della procedura aziendale di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e finanziamento del terrorismo.

7) Altri Soggetti

Tutti i dipendenti e tutti coloro che a qualunque titolo entrano in contatto con l'ASL BN, sono chiamati a concorrere concretamente, ognuno secondo le specifiche competenze, alla definizione e all'attuazione della strategia aziendale di prevenzione della corruzione; essi si adoperano per l'attuazione della trasparenza, conformano le proprie azioni alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento, segnalano le situazioni di illecito, si astengono in caso di conflitto di interesse. Con nota prot. 95404 del 29.09.2022, a firma del RPCT e del Direttore Generale ASL BN, si è proceduto a chiedere ai Direttori di Articolazione Aziendale l'individuazione di uno o più dipendenti che potessero fungere da "referenti" del RPCT nell'ambito di ciascuna Articolazione al fine di agevolare la comunicazione e la collaborazione tra le strutture aziendali e il RPCT, al fine di una migliore attuazione di quanto programmato nella sezione del PIAO dedicata alla materia. La risposta da parte dei Direttori è stata confortante in quanto è provenuta da quasi tutte le Articolazioni. I dipendenti individuati sono stati oggetto di un corso di formazione ad hoc nel mese di novembre e dicembre 2022 e numerose sono state nell'anno 2022 e nel corso del 2023 le occasioni di confronto tra il RPCT e i referenti medesimi. Ci si auspica di intensificare e migliorare sempre più l'interazione con i suddetti "referenti", al fine di migliorare e rendere più efficace la strategia aziendale contro il rischio corruttivo nonché a garanzia di maggiori livelli di trasparenza.

La Gestione del Rischio

Per rischio si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento, inteso come il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente. Nel caso di specie l'evento è di natura corruttiva che, quindi, va a minare l'imparzialità ed il buon andamento dell'attività amministrativa. Al fine di evitare che questo si verifichi è importante che l'amministrazione pubblica ponga in essere tutte le misure idonee per la gestione del rischio, ovvero tutte quelle attività tra loro coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio.

Il PNA 2019, confermato dal PNA 2022, prevede che il processo di gestione del rischio di corruzione si articoli nelle fasi di seguito elencate:

1) Analisi del contesto:

- analisi del contesto esterno;
- analisi del contesto interno;

2) Valutazione del rischio:

- identificazione del rischio;
- analisi del rischio;

-ponderazione del rischio;

3) Trattamento del rischio:

-identificazione delle misure;

-programmazione delle misure.

Le suddette tre fasi sono collegate tra di loro in un processo circolare di feedback basato sulla consultazione e comunicazione con tutti i responsabili del processo di gestione del rischio e sul continuo monitoraggio sull'attuazione delle misure stesse, per verificarne il funzionamento ed intervenire per un riesame laddove necessario.

Analisi del contesto

Secondo le direttive dell'ANAC, la prima fase del processo di gestione del rischio è relativa all'analisi del contesto esterno ed interno, che consente all'amministrazione di acquisire le informazioni necessarie a identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno) sia alla propria organizzazione (contesto interno). Preliminarmente si evidenzia che per quanto riguarda specificamente il profilo corruttivo "interno" all'ASLBN non risultano segnalazioni in merito tramite il canale del whistleblowing, né da parte del competente Ufficio Legale. L'UPD ASL BN in riscontro alla nota della RPCT prot. n.989 del 03.01.2024 ha comunicato che si sono registrati n.4 procedimenti disciplinari riconducibili a fatti penalmente rilevanti tra cui anche eventi corruttivi (sono in corso i relativi procedimenti giurisdizionali).

1) Analisi del contesto esterno

L'ambiente esterno in cui è collocata l'ASL BN deve essere analizzato nei vari aspetti culturali, sociali, economici, demografici, giudiziari al fine di individuare la probabilità che detti aspetti possano influire sul verificarsi di rischi corruttivi all'interno dell'amministrazione stessa, o comunque condizionarne impropriamente l'attività, e quindi consentire di poterli prevenire attraverso un'adeguata strategia aziendale. L'ASL BN ha un territorio che coincide con quello della provincia di Benevento, le cui caratteristiche geo-demografiche sono riportate nella tabella che segue:

Caratteristiche geo-demografiche della Provincia di Benevento - ambito ASL Benevento	
Totale superficie (in kmq)	2.070,58
di cui Montagna (in kmq)	1.143
di cui Collina (in kmq)	922
di cui Pianura (in kmq)	-
N° comuni totale	78
di cui N° com < 20.000 abitanti	77

di cui N° com > 20.000 abitanti	1
Popolazione totale	288.560
di cui Popolazione 0-14	38.599
di cui Popolazione 15-64	188.007
di cui Popolazione > 64	59.954
Maschi Totale	139.149
Femmine Totale	149.411
Età media	43,1
Stranieri residenti	5.650
Stranieri residenti/popolazione residente (%)	1,98
Nati vivi	1.951
Morti	2.968
Iscritti dall'estero	1.052
Cancellati per l'estero	243
Saldo demografico	-1.017

Dal punto di vista economico Benevento e provincia sono caratterizzati da un'economia con caratteristiche comuni a molte zone interne del Mezzogiorno d'Italia, contraddistinta da un modesto sviluppo industriale caratterizzato da piccole e medie industrie (prevalentemente nei comparti tradizionali dell'alimentare, tessile, dei materiali da costruzione, edile, metallurgico e del legno), da una notevole incidenza del terziario (piccolo commercio, servizi e pubblica amministrazione) e da un peso ancora rilevante delle attività del settore primario (produzione di cereali, frutta, ortaggi, viticoltura) e zootecnico. La pandemia da Covid-19 con le numerose restrizioni imposte ha avuto delle forti ripercussioni sull'economia della provincia determinando la chiusura di molte piccole imprese del settore secondario e terziario. Risulta necessario anche analizzare le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni, al fine di comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui un'amministrazione pubblica come l'ASL BN può essere sottoposta, per poter indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio. I portatori e rappresentanti di interessi esterni all'ASL BN sono costituiti non solo dai cittadini utenti, che si rivolgono ai numerosi servizi sanitari ed amministrativi che l'azienda offre nell'alveo della sua sfera di competenza che il legislatore le ha attribuito, nell'ambito della garanzia costituzionale riconosciuta al diritto alla salute, ma anche dalle altre istituzioni pubbliche locali come in particolare i Comuni, le associazioni del terzo settore, il mondo imprenditoriale della sanità privata, i vari fornitori cui si ricorre per l'approvvigionamento di beni e servizi. Altro aspetto da

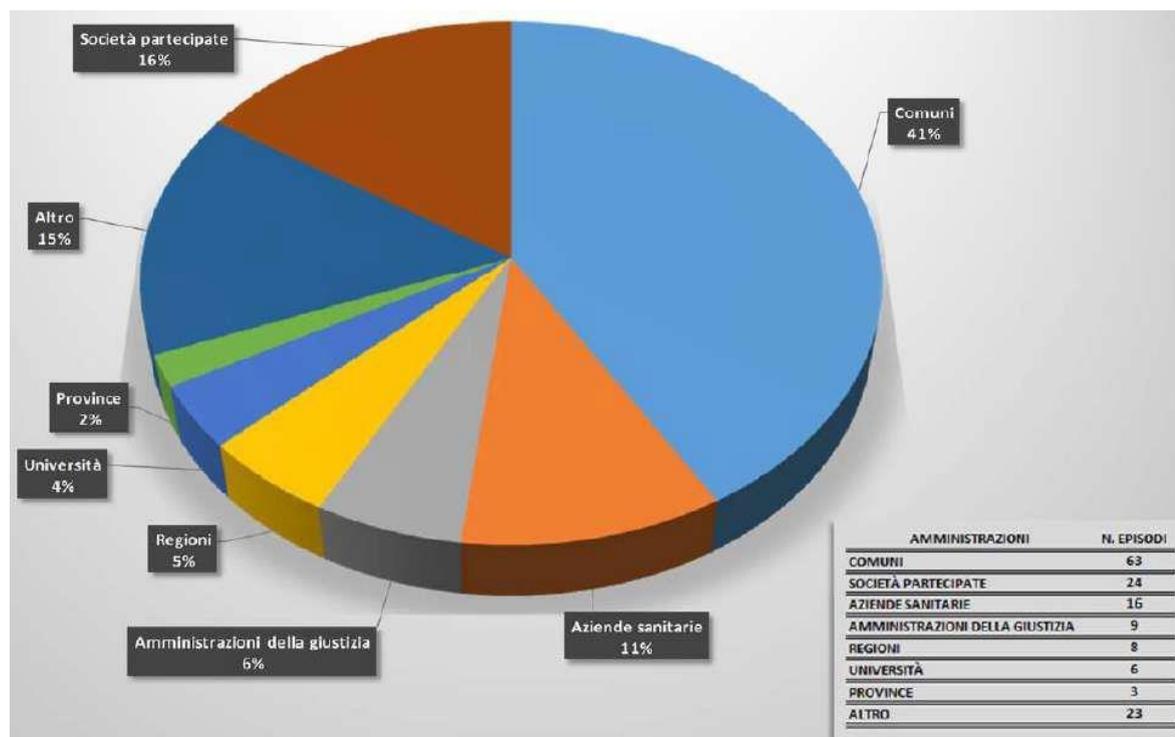
considerare riguarda l'analisi del nostro territorio dal punto di vista del "malaffare" inteso nel senso più ampio ed è evidente che Benevento e provincia, come il resto del sud, sono caratterizzati anche dalla presenza di forme di criminalità organizzata; in generale sul territorio campano agiscono e interagiscono diverse organizzazioni criminali, che si riconoscono e si rispettano, dando così vita ad un perverso scambio di utilità. Dai dati ricavati dalle relazioni periodiche sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica presentate al Parlamento dal Ministero dell'Interno e pubblicate sul sito della Camera dei Deputati, dai rapporti della Guardia di Finanza, dalle indagini ISTAT risulta un quadro generale certo non incoraggiante: il livello di infiltrazione della criminalità organizzata nelle pubbliche Amministrazioni del territorio nazionale è molto alto e quello della Regione Campania è il quarto più alto a livello nazionale con più di 217 mila reati nell'anno 2018. Sicuramente rispetto alle altre province campane Benevento è una realtà abbastanza tranquilla ma purtroppo anch'essa soffre per la presenza di gruppi criminali organizzati.

Nelle tabelle sotto riportate si evidenzia come i reati contro la Pubblica Amministrazione dal 2015 al 2017 hanno registrato una tendenza alla crescita (Fonte ANAC : Indicatori di contesto).



Dal rapporto Anac “La Corruzione in Italia (2016-2019) Numeri, luoghi e contropartite del malaffare)” si legge che “Le forme di condizionamento dell’apparato pubblico più estese e pervasive si registrano prevalentemente a livello locale (specie al Sud), secondo forme di penetrazione capillare nel tessuto sociale, economico-imprenditoriale, politico e istituzionale”. Si riportano a seguire alcune figure del predetto rapporto, rappresentative della incidenza, per settori della PA, dei fenomeni corruttivi indagati e la loro distribuzione territoriale.

Tabella 1: Incidenza fenomeni corruttivi nella PA - Amministrazioni coinvolte.

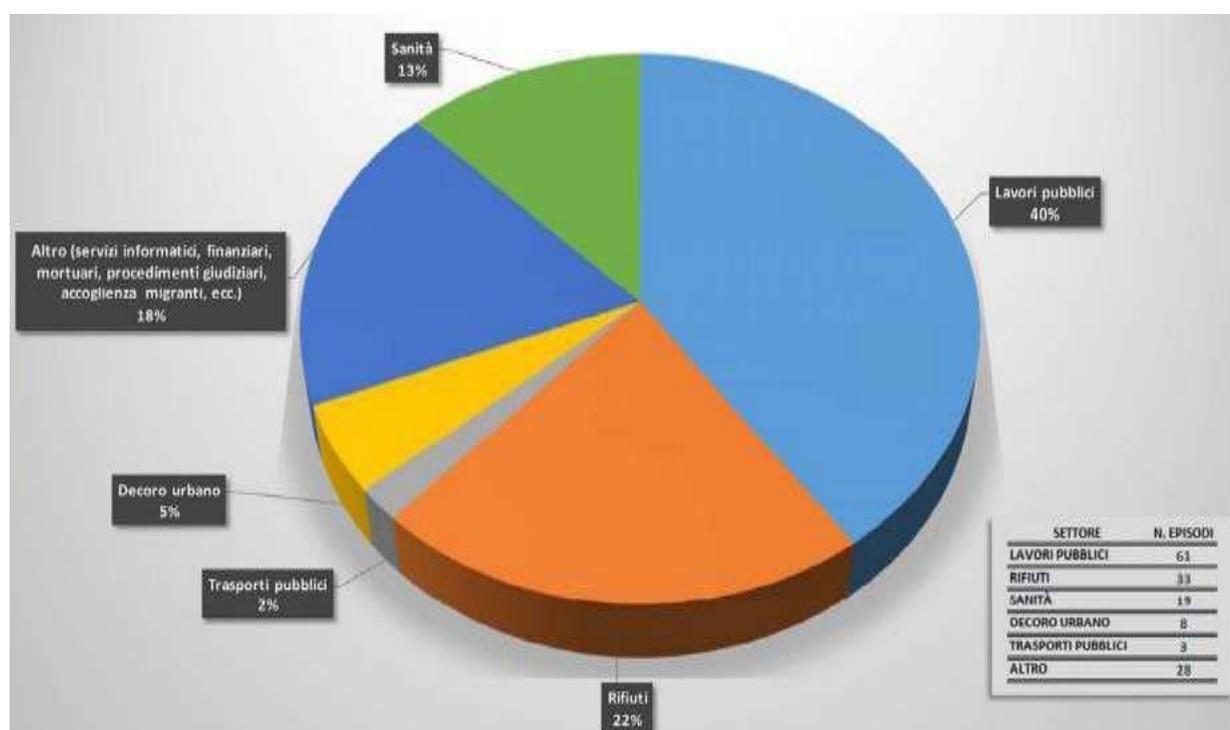


Fonte: ANAC *La Corruzione in Italia (2016-2019) Numeri, luoghi e contropartite del malaffare*. Tabella 2: Distribuzione territoriale degli “Episodi di corruzione 2016-2019” nella PA.

REGIONE	EPISODI	%
SICILIA	28	18,4%
LAZIO	22	14,5%
CAMPANIA	20	13,2%
PUGLIA	16	10,5%
CALABRIA	14	9,2%
LOMBARDIA	11	7,2%
ABRUZZO	6	3,9%
LIGURIA	6	3,9%
TOSCANA	6	3,9%
SARDEGNA	4	2,6%
VENETO	4	2,6%
BASILICATA	3	2%
EMILIA ROMAGNA	2	1,3%
MARCHE	2	1,3%
PIEMONTE	2	1,3%
TRENTINO ALTO ADIGE	2	1,3%
VALLE D'AOSTA	2	1,3%
UMBRIA	1	0,7%
STATO ESTERO	1	0,7%
TOTALE	152	100%

Fonte: ANAC La Corruzione in Italia (2016-2019) Numeri, luoghi e contropartite del malaffare.

Tabella 3: incidenza dei fenomeni corruttivi nella PA – principali settori interessati



Fonte: ANAC La Corruzione in Italia (2016-2019) Numeri, luoghi e contropartite del malaffare.

Secondo gli esperti, la corruzione in sanità provoca perdite pari a circa il 15% dei finanziamenti pubblici; certo è un fenomeno che non riguarda solo il nostro paese ma anche le altre nazioni europee. L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International misura ogni anno la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto

il mondo e lo fa basandosi sull'opinione di esperti, assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli "puliti". L'Italia nel 2022 si è attestata al 41° posto, con un punteggio di 56, guadagnando 14 punti dal 2012, rileva Transparency, *"è il risultato della crescente attenzione dedicata al problema della corruzione nell'ultimo decennio, dall'approvazione della Legge Severino n.190/2012, e fa ben sperare per la ripresa economica del Paese dopo la crisi generata dalla pandemia"*. L'edizione 2023 dell'Indice di Percezione della Corruzione conferma il punteggio di 56 per l'Italia e la colloca al 42° posto nella classifica globale dei 180 Stati oggetto della misurazione e al 17° posto tra i 27 Paesi membri dell'U.E..

Tuttavia, c'è tantissimo ancora da fare considerato che dagli ultimi dati di Transparency International Italia, tra inizio 2020 e aprile 2021 nel nostro paese sono stati riportati dai media 132 casi di corruzione nell'ambito sanitario/farmaceutico, che si pone al secondo posto rispetto al generale settore pubblico. Le aree più colpite sono gli acquisti, la sanità privata (per i mancati controlli), la farmaceutica, la protesica e la questione delle nomine, che sono ancora oggetto di pesanti ingerenze politiche. In passato, gli interessi che generavano corruzione erano legati soprattutto agli appalti: si andava dalla costruzione di opere fino ai servizi ad alta e bassa specializzazione. Le pratiche corruttive erano molto diffuse, soprattutto perché mancava una capacità repressiva e una strategia preventiva. Dal 2012 in poi l'attenzione su questo tema è aumentata e l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) si è ripetutamente occupata di sanità.

Sono state introdotte norme che hanno codificato le procedure, è aumentata la trasparenza e si è pian piano diffusa una cultura dell'etica e dell'integrità nella pubblica Amministrazione. Ma si sono presentati nuovi rischi di corruzione, prima latenti come la privatizzazione del sistema sanitario, aumentando il rischio di corruzione nella fase dell'accreditamento, dei rimborsi e della conferma dei requisiti. Il settore farmaceutico e protesico rimane esposto ai rischi legati alla sperimentazione e all'innovazione, che per loro natura non possono essere vincolate da procedure troppo stringenti. Il tema delle nomine, poi, rimane estremamente fragile. Inoltre ultimamente c'è un settore in grande espansione, in termini di rischio di corruzione, legato alla digitalizzazione della sanità, in tal caso la merce di scambio sono i dati sanitari e clinici, che fanno gola a imprese farmaceutiche, assicurative, di servizi per la cura alla persona e la corruzione può riguardare il pagamento di dipendenti pubblici per fare in modo che condividano dati sanitari o altri flussi informativi. E' evidente a tutti che tale contesto esterno, nazionale e locale, può essere altamente pericoloso per la diffusione della corruzione anche in una piccola azienda pubblica come l'ASL BN, soprattutto in questo contesto storico che vede l'afflusso di ingenti somme di denaro pubblico anche per il settore sanitario in attuazione del PNRR.

2) Analisi del contesto interno

Come indicato dal PNA 2019, e come già detto, nel redigere il PTPCT o sezione "Rischi corruttivi e

trasparenza” del PIAO occorre porre attenzione oltre all’analisi del contesto esterno anche a quella del contesto interno al fine di analizzare la struttura organizzativa dell’ente e pervenire ad una quanto più dettagliata mappatura dei processi che costituisce la base per una corretta valutazione del rischio corruttivo. L’assetto organizzativo attuale dell’ASL BN è quello risultante dall’attuazione dell’Atto Aziendale approvato dalla Regione Campania con il DCA n.69 del 01.08.2018 e modificato successivamente di fatto con le delibere aziendali n.178/2020, n.145/2021, n. 452/2022. Recentemente l’ASL BN ha predisposto un nuovo Atto Aziendale, che modifica in parte l’assetto organizzativo con l’individuazione di ulteriori strutture o la riduzione di altre, in corso di approvazione da parte della Regione Campania. Pertanto, in esito all’approvazione e alla relativa attuazione del nuovo Atto Aziendale si procederà ad aggiornare il presente PIAO nonché la mappatura dei processi.

L’ASL di Benevento è un’azienda sanitaria territoriale che provvede all’erogazione dell’assistenza sanitaria attraverso i dipartimenti ed i distretti sanitari di base, in assenza di Presidi Ospedalieri, come riportato nella prima Sezione del PIAO e poi successivamente nella sezione dell’organizzazione e del capitale umano.

L’ASL ha come scopo la promozione, il mantenimento ed il miglioramento della salute, sia del singolo che collettiva, dell’intera popolazione residente e comunque presente sul territorio di competenza. Al fine di perseguire l’obiettivo del miglioramento della qualità della vita, la salute viene considerata come prescrive la Costituzione Italiana un diritto fondamentale dell’individuo ed interesse della collettività, assicurando l’erogazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA), come definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dal DPCM del 12.01.2017 , in compatibilità con le disponibilità finanziarie.

Caratteristiche demografiche Distretti Sanitari ASL Benevento							
	popolazione residente 2022	superficie in kmq	densità abitanti/Kmq	tasso natalit à	tasso mortalit à	saldo natura le	% popolaz. residente su tot. popolaz.ASL
D.S. di Benevento	72.440	191,18	383,92	7,75	9,18	-203	25,11
D.S. di San Giorgio del Sannio	58.493	411,10	142,56	7,81	9,90	-148	20,56
D.S. di Montesarchio	56.271	244,12	226,06	9,20	9,70	-69	19,42
D.S di Telese Terme	55.200	391,97	139,97	8,83	12,01	-175	19,40
D.S. Alto Sannio Fortore	45.156	832,21	113,61	6,68	13,60	-422	15,52
	288.560	2.070,58	139,51	8,04	10,68	-1.017	100,00

Si stima pertanto una popolazione complessiva da assistere pari a 265.055 unità (popolazione residente più stranieri residenti)

3) Mappatura dei processi

Rientra nell'analisi del contesto interno la mappatura dei processi aziendali (l'ANAC definisce il processo come "*...una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente)... omissis ...il processo è un concetto organizzativo...*") consistente nell'individuazione ed analisi dei processi organizzativi, in modo da poter gradualmente esaminare l'intera attività svolta dall'amministrazione pubblica propedeutica e funzionale all'identificazione, valutazione e trattamento del rischio corruttivo. L'ANAC ha suggerito nel PNA 2019 ma anche negli orientamenti applicativi di procedere comunque ad una mappatura dei processi gradualmente ed eventualmente di prendere come punto di partenza anche una mappatura già esistente per poi sottoporla ad una nuova valutazione ovvero calarla nel contesto esterno ed interno attuale. Per la predisposizione del PTPCT 2022-2024 si è proceduto a coinvolgere, con formale convocazione a firma della RPCT e del Direttore Generale, i Responsabili delle Articolazioni Aziendali a partecipare a degli incontri con la RPCT finalizzati all'individuazione della mappatura dei processi. Per l'aggiornamento della presente sezione per l'anno 2023 si è deciso di desistere ad ampliare la mappatura in vista dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale e quindi della realizzazione del nuovo assetto organizzativo che vedrà la configurazione di nuove strutture.

Aggiornamento per l'anno 2024

Per l'anno 2024, in attesa dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale da parte della Regione Campania, si è proceduto a chiedere ai Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali, con nota prot. n.987 del 03.01.2024, di pronunciarsi sulla necessità o meno di procedere ad una revisione della mappatura realizzata nel 2022, alla luce dei cambiamenti normativi, organizzativi nonché degli eventi registrati nel corso del 2023. Con la stessa nota sono stati invitati i Responsabili delle articolazioni aziendali e uffici che non avevano proceduto alla mappatura in questione nel 2022 a procedervi soprattutto se ricadenti nelle Aree di rischio individuate dall'ANAC. Sulla scorta dei riscontri pervenuti (prot. gen. ASL BN nn.1007, 1121, 1824, 3752, 4395, 4440, 5322, 5386,5604, 5608, 6689, 6760, 7920, 8491, 9865/2024) si è proceduto alla conferma di alcune mappature, alla modifica di altre, all'inserimento di nuove come risultanti dall'allegato n.2) "Tabella processi 2024-2026" al presente documento.

Aggiornamento per l'anno 2025

Con la Delibera di Giunta Regionale n.58 del 08.02.2024 la Regione Campania ha approvato

l'Atto Aziendale dell'ASL BN, adottato con la deliberazione aziendale n. 59 del 05.02.2024, che ha determinato un nuovo assetto organizzativo di cui si darà conto nella sottosezione relativa all'Organizzazione. Nel corso del 2024, pertanto, sono state attuati dalla Direzione Strategica gli atti propedeutici per rendere funzionali gradualmente le Unità Operative di nuova istituzione. Come già detto, con la nota prot. n. 3188/2024 è stato chiesto ai Responsabili delle nuove U.O. di procedere ad un'iniziale mappatura dei processi rientranti nella propria sfera di competenza per individuarne quelli eventualmente a rischio corruzione. Nell'ambito dell'attività di supporto e coordinamento del RPCT, sono state date indicazioni ai suddetti Responsabili per gli adempimenti a farsi.

Con la stessa nota è stato chiesto ai Responsabili delle U.O. già costituite se fosse stato necessario aggiornare le rispettive mappature di cui ai precedenti PIAO. Sulla scorta dei riscontri pervenuti agli atti d'ufficio del RPCT si è proceduto alla conferma di alcune mappature, alla modifica di altre, all'inserimento di nuove come risultanti dall'allegato n.2) "Tabella mappatura processi 2025-2027" al presente documento.

Aree di rischio

L'elenco dei processi, quindi, può essere aggregato nelle cosiddette "aree di rischio", intese come raggruppamenti omogenei di processi. Le aree di rischio individuate dall'ANAC si distinguono in generali e specifiche: quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni, mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte.

Aree generali:

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture);
- Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale);
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenzioso;

Aree generali per il settore sanità:

- Attività libero professionale;
- Liste di attesa;
- Rapporti con soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;

- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero (in ASL BN n.a.).

Pertanto, partendo dall'analisi del contesto esterno ed interno dell'ASL BN, si è proceduto nell'anno 2022 alla mappatura dei processi, anche se parziale, per addivenire all'individuazione dei possibili rischi corruttivi intesi come quei rischi che minano non solo il perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente ma in particolare l'imparzialità ed il buon andamento dell'attività amministrativa.

La valutazione del rischio

1) Identificazione del rischio

In questa fase si individuano gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, da farsi mediante:

- Consultazione e confronto con tutti i soggetti coinvolti;
- Esperienza di precedenti giudiziari o disciplinari;

2) Analisi del rischio

Secondo il PNA 2019 "L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio."

I fattori abilitanti che possono agevolare il verificarsi dei rischi corruttivi e quindi incidere sulla Probabilità che gli stessi si manifestino possono essere così individuati:

	FATTORI ABILITANTI
A	CARENZA DI PERSONALE
B	ELUSIONE DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO
C	ESERCIZIO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO DELLA RESPONSABILITA' DI UN PROCESSO DA PARTE DI POCHI OD UN UNICO SOGGETTO
D	MANCANZA DI CONTROLLI
E	MANCANZA DI MISURE DEL TRATTAMENTO DEL RISCHIO
F	MANCANZA DI TRASPARENZA
G	SCARSA CONOSCENZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO
H	SCARSA PROFESSIONALITA'
I	SCARSA RESPONSABILIZZAZIONE INTERNA
J	USO IMPROPRIO DELLA DISCREZIONALITA'

3) Stima del rischio

Adottando un giusto criterio di prudenza, come suggerito dall'ANAC, si passa alla stima del livello di esposizione dei vari processi aziendali al rischio corruttivo, applicando un sistema di misurazione qualitativo secondo le linee dell'ANAC, sulla base di indicatori di rischio che possono essere individuati nei seguenti:

	INDICATORI DI RISCHIO
1	LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO
2	GRADO DI DISCREZIONALITA' DEL DECISORE
3	OPACITA' DEL PROCESSO DECISIONALE
4	LIVELLO DI COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DEL PROCESSO O DELL'ATTIVITA' NELLA CORRUZIONE
5	GRADO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO
6	MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO
7	SEGNALAZIONE DI ILLECITI
8	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

4) Misurazione del rischio

La misura del livello di esposizione al rischio risulta essere il prodotto di due fattori: la probabilità che l'evento corruttivo si verifichi e l'intensità del relativo impatto sull'organizzazione e sull'immagine della pubblica amministrazione dal punto di vista quindi organizzativo, economico e reputazionale.

Entrambi i fattori (probabilità e impatto) sono stati declinati in una scala secondo tre intensità: *basso, medio, alto*.

MATRICE DI RISCHIO			
	IMPATTO DELL'EVENTO		
PROBABILITA' EVENTO	ALTO	MEDIO	BASSO
ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO
MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO
BASSO	MEDIO	MEDIO	BASSO

5) Ponderazione del rischio

La fase di ponderazione del rischio ha lo scopo di stabilire:

- le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
- le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre alla fase del trattamento il rischio, processi non giudicati particolarmente rischiosi, limitandosi a mantenere attive o migliorare le misure già esistenti.

Il trattamento del rischio

La fase del trattamento del rischio si concretizza nell'azione di definire quali rischi si debbano prioritariamente trattare, in virtù del giudizio che se ne è dato a seguito dell'analisi effettuata (rischio alto, medio, basso), e quindi nell'identificazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre i rischi medesimi.

1) Identificazione delle misure

L'individuazione e la progettazione delle misure deve essere realizzata tenendo conto di alcuni aspetti fondamentali, tra i primi la distinzione tra misure generali e misure specifiche.

Come noto le misure obbligatorie o c.d. generali incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione ed intervengono in senso trasversale sull'intera amministrazione, mentre le misure ulteriori o specifiche sono individuate dall'amministrazione pubblica per incidere su problemi specifici evidenziati a seguito dell'analisi del rischio.

Si riportano di seguito le tipologie di misure come elencate nel PNA 2019:

- misure di trasparenza;
- misure di controllo;
- misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- misure di regolamentazione
- misure di semplificazione
- misure di formazione
- misure di sensibilizzazione e partecipazione
- misure di rotazione
- misure di segnalazione e protezione
- misure di disciplina del conflitto di interessi
- misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari "lobbies".

2) Programmazione delle misure

Negli incontri avuti con i Responsabili delle Articolazioni Aziendali ASL BN nell'anno 2022 per la mappatura dei processi ed analisi dei rischi, di cui si è detto in precedenza, si è convenuto di trattare

i rischi individuati sia mediante l'applicazione delle misure generali, sotto dettagliate, sia mediante alcune misure specifiche che sono state considerate applicabili e monitorabili.

Le misure generali come indicate nel PNA 2019 sono le seguenti:

- 1) codice di comportamento
- 2) conflitto di interesse
- 3) inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi
- 4) formazione di commissioni ed assegnazione agli uffici
- 5) incarichi extraistituzionali
- 6) divieti post-employment (pantouflage)
- 7) formazione in materia di etica, integrità e trasparenza
- 8) patti di integrità
- 9) rotazione ordinaria
- 10) rotazione straordinaria
- 11) tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (wistleblower)
- 12) trasparenza
- 13) Monitoraggio dei termini di conclusione dei procedimenti amministrativi.

Aggiornamento per l'anno 2024

Nell'ambito del monitoraggio effettuato sull'attuazione delle misure anticorruptive sia generali che specifiche, di cui alla nota prot. n.983 del 03.01.2024, è stato chiesto alle articolazioni aziendali di rendicontare sullo stato di attuazione delle stesse con la compilazione di specifici report ad esse inviati e/o con specifiche relazioni. I riscontri pervenuti (prot. gen. ASL BN nn.1306, 1445, 2250, 2789, 4586, 4992, 5252, 5386, 5606, 6238, 6766, 7769, 8144, 8479, 9050, 9856, 10218, sono stati presi in considerazione per l'eventuale revisione delle azioni di applicazione delle misure anticorruptive sia generali che specifiche.

Aggiornamento per l'anno 2025

Con la nota prot. n.3519 del 13.01.2025 è stato chiesto a tutte le Articolazioni aziendali di comunicare lo stato di attuazione delle misure anticorruptive sia generali che specifiche, anche attraverso la compilazione di specifici report ad esse inviati, per poter in sede di predisposizione della presente sezione apportare innovazioni e/o aggiustamenti alla strategia aziendale contro la corruzione. I riscontri pervenuti, pertanto, sono stati presi in considerazione per la revisione delle azioni di applicazione delle misure anticorruptive sia generali che specifiche.

➤ LA PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE RISCHIO CORRUTTIVO PER IL TRIENNIO 2024-2026

Il codice di comportamento

Il codice di comportamento rappresenta una delle misure generali di prevenzione del rischio corruttivo tra le più importanti ed efficaci; il D. Lgs. n.165/2001 all'art.54, modificato dall'art.1 co.44 L.190/2012, ha previsto l'adozione di un Codice di Comportamento nazionale per tutti i Dipendenti Pubblici, avvenuta con l'emanazione del DPR n.62 del 16.04.2013, e l'adozione da parte di ogni singola Amministrazione Pubblica di un Codice di Comportamento interno al fine di integrare e specificare il Codice di Comportamento nazionale.

L'ANAC ha definito le prime linee guida generali con la delibera n.75/2013 e con la determina n.358/2017 ha adottata le linee guida specifiche per la redazione dei Codici di Comportamento da parte delle Aziende del SSN; in entrambi gli atti l'agenzia ha ribadito che il Codice deve connotarsi come uno strumento concreto: ossia deve consentire al Dipendente di conoscere con immediatezza e facilità quali sono i comportamenti eticamente e giuridicamente adeguati ed al contrario quali sono quelli da evitare, ma anche come strumento complementare al PTPCT: ossia far sì che le misure di prevenzione del rischio si possano tradurre in doveri di comportamento dei dipendenti inseriti per l'appunto nel Codice.

L'ASL BN ha approvato il suo Codice di Comportamento con la deliberazione n.80 del 05.02.2018, in aderenza al DPR n.62/2013 ed alle linee guida ANAC ex determina n.358/2017, definendo, ai sensi dell'art. 54 del D.lgs. 165/01, i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'Asl Benevento sono tenuti ad osservare ai fini di garantire il perseguimento del fine primario istituzionale della tutela della salute dei cittadini/utenti.

Il Codice è destinato a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'ASL BN, quindi non solo ai Dipendenti a tempo indeterminato e determinato ma anche Collaboratori e Consulenti, imprese fornitrici di beni, servizi o che realizzano opere in favore dell'ASL BN.

Il Codice di Comportamento è pubblicato sul sito web istituzionale alla sezione "Amministrazione Trasparente", ma per consentire una più facile consultazione da parte di tutti i Dipendenti ASL BN si procederà affinché sia pubblicato nella sezione del sito aziendale dedicata ai Medesimi ovvero: "Comunicazione Interna – Area riservata ai Dipendenti e ai Convenzionati".

Il codice di Comportamento viene altresì portato a conoscenza e ne viene consegnata copia ai neo Dipendenti ASL BN all'atto della sottoscrizione del contratto individuale di lavoro in sede di assunzione, nonché è prevista apposita clausola inerente al rispetto delle norme di cui al Codice di Comportamento anche per i Contratti stipulati con i Collaboratori a vario titolo con l'ASL BN e nei documenti di gara per l'affidamento dei lavori, servizi e forniture.

Ai fini dell'inserimento, previsto dal D.P.R. n. 62 del 2013, di apposite clausole di risoluzione o decadenza del rapporto con soggetti esterni in caso di violazione degli obblighi di condotta di cui ai Codici di comportamento, è possibile graduare, sino alla risoluzione contrattuale, le conseguenze di un comportamento lesivo dei detti obblighi.

Il rispetto dei doveri previsti dal Codice di Comportamento rappresenta un obbligo da parte di tutti i destinatari del Codice stesso e per i Dipendenti la violazione di tali doveri, compresi quelli inerenti all'attuazione del PTPCT, costituisce responsabilità disciplinare.

Il ruolo dei Dirigenti nel promuovere e accertare la conoscenza dei contenuti del codice di comportamento da parte dei dipendenti della struttura di cui sono titolari è oltremodo fondamentale; e gli stessi sono tenuti ad attivare le azioni disciplinari di competenza per le infrazioni di minore gravità, in conformità a quanto previsto all'art. 55-*bis* del d.lgs. 165/2001 e all'art. 13 del d.P.R. 62/2013, dandone comunicazione all'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD). Il responsabile della struttura, inoltre, segnala tempestivamente all'UPD i casi di violazione del codice per i quali è prevista l'irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale. Inoltre, in sede di valutazione individuale del dipendente il Dirigente tiene conto anche delle eventuali violazioni del codice di comportamento emerse in sede di vigilanza. Nell'ASL BN nel corso del 2021 si sono registrati n.9 casi di procedimenti disciplinari per violazione del Codice di Comportamento, il che richiede un'azione più impegnativa per favorire la conoscenza del Codice stesso anche attraverso una specifica formazione di approfondimento sui doveri previsti che si procederà ad avviare nel corso del 2022.

Per l'anno 2022, considerate le ultime Linee guida emanate dall'ANAC con la delibera n.177 del 10.02.2020 e le novità apportate dal legislatore con il D.L. n.36 del 30.04.2022, convertito in Legge n.79 del 29.06.2022, che apportando modifiche all'art.54 del D. Lgs. n.165/2001 e s.m.i., e accogliendo il suggerimento espresso dall'OIV ASL BN con il Verbale n.06-2022 del 13.04.2022, si è proceduto a cura del RPCT ad aggiornare il Codice di Comportamento ASL BN che è in via di approvazione previo parere dell'OIV. Tuttavia, si è anche in attesa dell'emanazione entro giugno 2023 del nuovo Codice di Comportamento generale a modifica del DPR n.62/2013.

L'aggiornamento era stato programmato per il 2022 con la diffusione del nuovo Codice a tutta la platea degli Interessati. Tuttavia, non essendoci stato l'aggiornamento comunque le strutture hanno dichiarato in sede di rendicontazione a fine anno di aver vigilato sul rispetto del Codice di Comportamento vigente.

Pertanto, si rinvia l'adozione del nuovo Codice di Comportamento all'anno 2023, posto che è stato già predisposto dal RPCT ASL BN. Durante il triennio 2023-2025 si porranno in essere tutte le attività necessarie alla massima diffusione del nuovo Codice anche attraverso specifiche giornate formative.

Aggiornamento per l'anno 2024

A seguito dell'emanazione del DPR n.81 del 13.06.2023 che ha modificato e integrato il DPR n. 62/2013, si è proceduto a rivedere la bozza del Codice di Comportamento già predisposta precedentemente in aderenza alle novelle normative, si è dato luogo alla consultazione pubblica del documento dal 04.12.2023 al 15.12.2023 nonché all'invio della bozza a tutte le articolazioni aziendali, all'OIV, all'UPD, con nota prot. n. 115695 del 05.12.2023, come previsto dalle linee guida ANAC, per eventuali proposte ed osservazioni. L'OIV con il verbale n.19 del 14.12.2023, preannunciando il parere favorevole al Codice, parere rilasciato definitivamente a conclusione della fase di consultazione con il verbale n. 20 del 21.12.2023, ha fornito alla RPCT degli utili suggerimenti di cui si è tenuto conto nella redazione finale del documento. Pertanto, il nuovo Codice di Comportamento ASL BN è stato approvato con la deliberazione ASL BN n. 672 del 29.12.2023, entrando immediatamente in vigore, e notificato a tutte le articolazioni aziendali per la più ampia diffusione del Codice stesso tra tutti i dipendenti e operatori dell'ASL BN.

Aggiornamento per l'anno 2025

Il nuovo Codice di Comportamento è stato notificato a tutte le Articolazioni aziendali per la massima diffusione tra i dipendenti, come previsto dall'azione di attuazione della misura medesima. Dai dati pervenuti dall'UPD risultano avviati nell'anno 2024 n.2 procedimenti disciplinari per violazione del Codice di Comportamento.

MISURA GENERALE: CODICE DI COMPORTAMENTO		
AREA DI RISCHIO	PER TUTTE	
TEMPI DI ATTUAZIONE	TRIENNIO 2025-2027	
AZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI
Conoscenza e approfondimento del nuovo codice di comportamento da parte di tutti i dipendenti e collaboratori e consulenti ASLBN da realizzarsi nel triennio	Attivazione e partecipazione a corsi di formazione specifici per la diffusione e approfondimento del nuovo Codice di Comportamento nel corso del triennio	RPCT UOS Formazione Tutte le Articolazioni Aziendali

Rispetto del Codice di Comportamento	Comunicazione al RPCT entro il 30 giugno e il 15 gennaio di ogni anno per l'anno precedente (o su richiesta del RPCT) delle inosservanze verificatesi del Codice di Comportamento che hanno comportato l'avvio del procedimento disciplinare ai sensi dell'art. 55-bis D. Lgs. n.165/2001 e s.m.i.	Direzioni, Articolazioni Aziendali, Uffici
--------------------------------------	--	--

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse e monitoraggio

Le disposizioni che regolano, in via generale, la materia del conflitto di interessi sono:

- l'art. 6 bis della legge 7 agosto 1990, n. 241 (recante "Nuove norme sul procedimento amministrativo"), introdotto dall'art. 1, comma 41, legge n. 190 del 2012 che dispone che il responsabile del procedimento e i titolari delle strutture competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

- gli articoli 6, 7 e 14 del Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e s.m.i.. Specificatamente il secondo comma dell'art. 6 del DPR n. 62/2013 recita "il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziali, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici".

- il successivo art. 7 stabilisce altresì che " il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possono coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debiti significativi, ovvero di soggetti o di organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistono gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".

- l'art.14 specifica ulteriormente casi di conflitto di interessi nella materia dei contratti ed altri atti negoziali, disponendo l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente.

- nella materia dei contratti pubblici disciplinano l'argomento anche l'art. 16 del D. Lgs. n.36/2023 (nuovo Codice degli Appalti), le Linee Guida ANAC 15/2019 , recanti "individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici" di cui alla delibera ANAC n. 494 del 05 giugno 2019, la sezione SANITA' della delibera ANAC n.831/2016 che suggerisce alcune misure per la gestione dei conflitti di interessi negli acquisti in ambito sanitario, il Regolamento aziendale per la nomina delle Commissioni di gara, prot. n.69876 del 02.02.2020, elaborato dall'UOC Provveditorato.

- il Codice di Comportamento ASL BN attualmente vigente, adottato con delibera n.672 del 29.12.2023.

Le situazioni di conflitto non sono individuate in modo tassativo, per cui vanno valutate di volta in volta alla luce dell'art 97 della Costituzione; infatti la gestione del conflitto di interessi è espressione dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa. Secondo l'interpretazione della giurisprudenza amministrativa, la situazione di conflitto di interessi si configura quando le decisioni che richiedono imparzialità di giudizio siano adottate da un pubblico funzionario che abbia, anche solo potenzialmente, interessi privati in contrasto con l'interesse pubblico da perseguire nell'esercizio delle sue funzioni.

L'interesse privato che potrebbe porsi in contrasto con l'interesse pubblico può essere di natura finanziaria, economica o derivante da particolari legami di parentela, affinità, convivenza o frequentazione abituale con i soggetti destinatari dell'azione amministrativa.

La violazione dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio ed è fonte di responsabilità disciplinare, accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, ai sensi dell'art. 16 del D.P.R. n. 62/2013. Sono fatte salve eventuali ulteriori responsabilità civili, penali, contabili o amministrative.

La dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi deve essere rilasciata, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, del D.P.R. n. 62/2013 e s.m.i., da tutti i Dipendenti ASL BN all'atto di assegnazione all'Ufficio, informando per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi due anni (c.d. "dichiarazione sostitutiva sul conflitto di interessi"). La

comunicazione deve riguardare anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, inoltre, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate.

Infine, il dipendente ha l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti e di affini entro il secondo grado.

Il dipendente deve, altresì, tenere aggiornata l'amministrazione sulla sopravvenienza di eventuali situazioni di conflitto di interesse. Laddove il dipendente si trovi in una situazione di conflitto di interessi, deve segnalarlo tempestivamente al dirigente o al superiore gerarchico che, esaminate le circostanze, valuta in contraddittorio col dichiarante, se la situazione rilevata realizzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo; in caso affermativo, ne verrà data comunicazione al dipendente. Contestualmente, dovranno essere comunicate ed attuate le misure idonee a presidiare e ad arginare la situazione di conflitto.

I Direttori delle Articolazioni aziendali ASL BN hanno l'obbligo di ricordare periodicamente al proprio personale gli obblighi in questione, invitando a produrre, ove del caso, le dichiarazioni in caso di mutamento delle condizioni.

Gli stessi, inoltre, ogni anno producono apposita comunicazione al RPCT sul verificarsi o meno di casi di conflitto di interessi nell'anno precedente.

La dichiarazione di insussistenza di cause di conflitto di interessi viene altresì rilasciata dai titolari di incarichi Dirigenziali all'atto di conferimento dell'incarico ed aggiornata annualmente, entro la fine del mese di gennaio, fermo restando l'impegno a segnalare tempestivamente all'azienda eventuali situazioni di conflitto che dovessero verificarsi.

La disciplina di che trattasi è estesa anche a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi di indirizzo nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione. Pertanto la dichiarazione deve essere rilasciata dagli Interessati prima del conferimento degli incarichi di consulenza e collaborazione, ai sensi del combinato disposto degli artt. 15 del d.lgs. 33/2013 e 53, co. 14 del d.lgs. 165/2001. In considerazione della durata dell'incarico di consulenza/collaborazione occorre procedere all'aggiornamento della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, comunicando tempestivamente da parte dell'Interessato l'insorgere di eventuali conflitti. La verifica della dichiarazione rilasciata viene effettuata dall'Ufficio che conferisce l'incarico che provvede a rilasciare la relativa attestazione di

avvenuta verifica ed a pubblicarla unitamente alla dichiarazione in “Amministrazione Trasparente” ai sensi dell’art.53 co.14 del D.Lgs n.165/2001 e s.m.i..

Come ulteriore misura di contrasto al conflitto di interessi, l’ASL BN ha inserito negli schemi di deliberazioni e di determinazioni dirigenziali una clausola di stile sottoscritta dal dirigente che popone l’atto deliberativo o che adotta la determinazione che esprime un richiamo generale all’osservanza di tutte le disposizioni previste dalla L.190/2012 e che richiama il rispetto dell’art.6 bis della L.241/90 e degli artt. 6 e7 del DPR n.62/2013 .

Conflitto di interessi nell’ambito dell’Area di Rischio dei Contratti Pubblici:

L’assenza di conflitto di interesse viene altresì dichiarata in sede di costituzioni di commissioni di gara per l’area di rischio contratti pubblici e per i conflitti di interesse nei processi di procurement in sanità, aumentando il grado di sensibilizzazione di tutti gli operatori che a diverso titolo partecipano alle diverse fasi del processo di approvvigionamento: DEC, RUP e personale tutto assegnato alle strutture competenti. Al riguardo trovano applicazione le Linee Guida ANAC n.15/2019 "Individuazione e Gestione dei conflitti d'interesse nelle procedure d' affidamento dei contratti pubblici" nonché le indicazioni riportate nel PNA 2022 come aggiornato ex delibera ANAC n. 605 del 19.12.2023 e delle misure regolamentari fissate dall’Unione Europea riguardo l’attuazione del PNRR.

L’art. 16 del nuovo codice degli appalti si applica al personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo indeterminato e a tempo determinato; ai soggetti che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l’ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l’attività esterna; ai prestatori di servizi coinvolti nell’affidamento (ad es. progettisti esterni, commissari di gara, collaudatori); ai soggetti coinvolti nella fase di esecuzione dei contratti pubblici (ad es. il Direttore dei lavori, Direttore dell’esecuzione e ove nominati, eventuali loro assistenti, il coordinatore per la sicurezza, l’esperto per accordo bonario, gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni, i collaudatori-soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti); al Presidente e a tutti i componenti, sia di parte pubblica che di parte privata, dei collegi tecnici consultivi (CCT) nominati ai sensi dell’art.215 D. Lgs. n.36/2023; ai professionisti coinvolti per conto della stazione appaltante negli affidamenti legati ai fondi del PNRR.

Tali soggetti, come ribadito nel PNA 2022 al capitolo “Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici” confermato dall’aggiornamento 2023, rendono le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi, ai sensi del DPR 445/2000, al momento dell’assegnazione all’ufficio o dell’attribuzione

dell'incarico. Il Rup e i Commissari di gara sono tenuti a rendere la dichiarazione per ogni singola gara.

Tutte le dichiarazioni devono essere acquisite al protocollo e conservate; le stesse possono essere oggetto di verifiche, anche a campione, in particolare ogni qual volta insorga il dubbio sulla veridicità delle informazioni riportate nelle stesse.

I soggetti coinvolti nelle procedure di gestione del contratto pubblico sono tenuti a comunicare immediatamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP il conflitto di interesse che sia insorto successivamente alla dichiarazione.

L'omissione delle dichiarazioni di cui sopra integra, per i dipendenti pubblici, un comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile ai sensi dell'art. 16 del DPR 16 aprile 2013, n. 62. La sussistenza di un conflitto di interesse relativamente ad una procedura di gestione di un contratto pubblico comporta il dovere di astensione dalla partecipazione alla procedura. La partecipazione alla procedura da parte del soggetto che versi in una situazione di conflitto di interessi comporta l'insorgere di responsabilità, penali, amministrative e disciplinari ai sensi dell'art.16 DPR n.62/2013. Il responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o, nel caso di dirigente, il superiore gerarchico, è chiamato a valutare, in contraddittorio con il dichiarante, se la situazione segnalata o comunque accertata realizzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del DPR n. 62/2013. In particolare, occorre valutare se la causa di astensione sia grave e metta in pericolo l'adempimento dei doveri di integrità, indipendenza e imparzialità del dipendente, considerando, altresì, il pregiudizio che potrebbe derivare al decoro e al prestigio dell'amministrazione di appartenenza. La stazione appaltante deve valutare tutte le circostanze del caso concreto, tenendo conto della propria organizzazione, della specifica procedura espletata nel caso di specie, dei compiti e delle funzioni svolte dal dipendente e degli interessi personali dello stesso.

Per quanto riguarda specificatamente le procedure per l'attuazione del PNRR, il PNA 2022 precisa che l'art. 22, co. 1, del Regolamento UE 241/2021 prevede espressamente che "Nell'attuare il dispositivo gli Stati membri, in qualità di beneficiari o mutuatari di fondi a titolo dello stesso, adottano tutte le opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire che l'utilizzo dei fondi in relazione alle misure sostenute dal dispositivo sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi". Inoltre, il medesimo Regolamento UE, al fine di prevenire il conflitto di interessi, all'art. 22, stabilisce

specifiche misure, imponendo agli Stati membri, fra l'altro, l'obbligo di fornire alla Commissione i dati del titolare effettivo del destinatario dei fondi o dell'appaltatore "in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi". In Italia le misure fissate a livello di regolamentazione UE, sono state recepite con specifici atti normativi, come per es. le Linee Guida del Ministero dell'Economia e Finanze annesse alla circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022, in cui è stata posta grande attenzione alla necessità di garantire la trasparenza dei dati relativi al titolare effettivo dei soggetti partecipanti alle gare per l'affidamento dei contratti pubblici. Tra le numerose indicazioni fornite dal MEF nelle predette Linee Guida è ricompresa anche quella con cui si è previsto non solo l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del Titolare Effettivo (cioè la persona fisica che in ultima istanza possiede o controlla l'impresa, ovvero ne risulta beneficiaria, come recita il D. Lgs n.90 del 25.05.2017 emanato in attuazione della Direttiva UE n.2015/849), ma anche quello, posto in capo al soggetto attuatore-stazione appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo Titolare Effettivo di assenza di conflitto di interessi.

Aggiornamento per l'anno 2024

Si procederà, come già suggerito più volte dall'OIV ASL BN, a redigere uno specifico regolamento o delle linee guida aziendali in materia di conflitto di interesse al fine di una più completa e dettagliata disamina della materia in argomento, per garantire la correttezza e la legittimità dei processi decisionali, per identificare, valutare e gestire ogni conflitto d'interesse effettivo, potenziale o percepito e promuovere i principi di buon andamento dell'azione amministrativa, imparzialità, responsabilità, trasparenza ed integrità, anche alla luce degli approfondimenti introdotti dal PNA 2022 e dal relativo aggiornamento del 2023 inerente l'entrata in vigore del nuovo Codice degli Appalti.

Aggiornamento per l'anno 2025

Dal monitoraggio effettuato, che ha visto il riscontro della gran parte delle Articolazioni aziendali, risulta che non si sono riscontrate situazioni di conflitto di interessi. I dirigenti Responsabili delle stesse hanno inviato, come richiesto, le dichiarazioni di assenza cause di conflitto di interessi come risultanti agli atti di ufficio del RPCT. In Amministrazione Trasparente sono pubblicate le dichiarazioni in questione rilasciate dai Consulenti/Collaboratori che operano all'interno dell'ASL BN; dal monitoraggio si ha contezza che vengono acquisite le dichiarazioni in questione dai partecipanti alle Commissioni di gara e di concorso.

MISURA GENERALE:		
CONFLITTO DI INTERESSI: OBBLIGO DI DICHIARAZIONE E DI ASTENSIONE		
AREA DI RISCHIO	PER TUTTE	
TEMPI DI ATTUAZIONE	TRIENNIO 2025-2027	
AZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI
Aggiornamento annuale della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi	Entro il 31 gennaio di ogni anno aggiornare la dichiarazione di assenza di conflitto di interesse ed inviarla al RPCT	Dirigenti Responsabili di tutte le Articolazioni Aziendali (UOC-UOS-Dipartimenti)
Acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di conflitto di interessi dai componenti di commissioni di gara o di concorso	Acquisizione delle dichiarazioni, nel rispetto dei termini previsti dalle norme in materia: dichiarazioni acquisite/componenti commissioni = 100%	Le UU.OO. competenti per le procedure di gara o di concorso
Acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di conflitto di interessi dal Titolare Effettivo per tutte le procedure di gara nell'ambito dell'attuazione del PNRR	Acquisizione delle dichiarazioni, nel rispetto dei termini previsti dalle norme in materia: dichiarazioni acquisite/titolari effettivi = 100%	Le UU.OO. competenti per le procedure di gara del PNRR
Acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di conflitto di interessi dai collaboratori/consulenti	Acquisizione delle dichiarazioni, nel rispetto dei termini previsti dalle norme in materia, e relativa attestazione di verifica: dichiarazioni acquisite=100%	Le UU.OO. competenti per la formalizzazione degli incarichi di collaborazione/consulenza
Controllo della misura	Comunicazione annuale al RPCT entro il 15 gennaio del verificarsi o meno di situazioni di conflitto di interessi nell'anno precedente	Tutte le Articolazioni aziendali

Inconferibilità / Incompatibilità di incarichi

In attuazione dell'art. 1, commi 49 e 50 della legge n. 190 del 2012, il legislatore ha approvato il D. Lgs. n.39 del 08.04.2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, che prevede e disciplina una serie articolata di cause di inconferibilità ed incompatibilità, con riferimento alle seguenti tipologie di incarichi:

- incarichi amministrativi di vertice;
- incarichi dirigenziali o di responsabilità, interni ed esterni, nelle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico;
- incarichi di amministratore di ente di diritto privato in controllo pubblico.

Si tratta di un insieme di disposizioni che hanno come finalità quella di assicurare l'imparzialità soggettiva dei funzionari pubblici e quindi evitare che si possa determinare un terreno favorevole a illeciti scambi di favori ma anche di garantire il rispetto dei requisiti di onorabilità e moralità richiesti per ricoprire incarichi dirigenziali posto che all'art. 3 del D. Lgs. n.39/2013 viene sancito il divieto di assumere incarichi in caso di sentenza di condanna, anche non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione.

Il D. Lgs.vo n.39/2013 definisce all'art.1 la «**inconferibilità**» come la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal presente decreto a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico; definisce altresì la «**incompatibilità**» come l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La violazione delle disposizioni normative di che trattasi, implica per i casi di inconferibilità, accertata a seguito di verifica della dichiarazione resa, la nullità dell'atto di conferimento e dei relativi contratti e l'avvio di meccanismi sanzionatori anche a carico dei componenti degli organi responsabili della violazione per i quali è previsto il divieto per tre mesi di conferire incarichi (art. 18 D. Lgs. n.39/2013); per i casi di incompatibilità prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto di lavoro decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'Interessato da parte del RPCT dell'insorgere della causa di incompatibilità.

Rilevante, pertanto, nell'ambito del presente quadro normativo è la disposizione che impone al

soggetto cui è conferito l'incarico di rilasciare, all'atto della nomina, una dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità quali individuate dal D. Lgs. n.39/2013 e nel corso dell'incarico di rilasciare annualmente la dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità.

Si tratta di dichiarazioni da rilasciare obbligatoriamente in quanto costituiscono condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico conferito e sono oggetto di apposita pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" dell'Ente che ha conferito l'incarico (art. 20 d.lgs. n. 39/2013).

Per quanto riguarda le Aziende Sanitarie il D. Lgs.vo n.39/2013 disciplina in vari articoli (artt. 3, 5, 8, 10, 14) la materia in relazione ai ruoli ricoperti dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

Ciò ha ingenerato dei dubbi sulla necessità di rilasciare la dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità e/o di incompatibilità da parte degli altri Dirigenti che operano all'interno delle Aziende Sanitarie siano essi Dirigenti sanitari medici e non medici che Dirigenti del ruolo della PTA.

A cercare di dirimere la questione è intervenuta la giurisprudenza con numerose sentenze dei TAR e del Consiglio di Stato nonché l'Anac stessa.

Infatti, con la delibera n.1146 del 25.09.2019 e successiva delibera n. 713 del 04.10.2020 l'ANAC ha precisato, anche in relazione alla sentenza del Consiglio di Stato n. 5583 del 12.11.2014, che la normativa di cui al D. Lgs. n.39/2013 si applica sicuramente al Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario delle Aziende Sanitarie mentre ne sono sottratti i Dirigenti Sanitari medici e non medici. Nonché ha specificato con riguardo ai Dirigenti del ruolo tecnico amministrativo e professionale delle medesime aziende che "Tali soggetti non sono sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medico sanitaria e neppure godono dello speciale regime di autonomia operativa e gestionale. Orbene, rispetto ad essi valgono le ordinarie regole previste dal d.lgs. n. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, co. 1 lett. c), del d.lgs. n. 39/2013. Diversamente argomentando si creerebbe una ingiustificata disparità di trattamento tra dirigenti tecnico- amministrativi che operano nel contesto sanitario e quelli di altre pubbliche amministrazioni."

Tanto premesso, i suddetti soggetti sono tenuti a presentare le dichiarazioni in argomento secondo le seguenti modalità e tempistiche:

1) La dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità previste dal D. Lgs. n.39/2013 va rilasciata, ai sensi del DPR n.445/2000, all'atto del conferimento di nuovo incarico, preferibilmente in tempo congruo per consentire le necessarie verifiche sulla veridicità delle stesse, ai sensi dell'art.71 del medesimo decreto. Infatti, poiché la dichiarazione è condizione di efficacia

dell'incarico, l'ANAC raccomanda (rif. linee guida di cui alla delibera n.833/2016) che prioritariamente venga effettuata la verifica della dichiarazione (tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae e dai fatti notori comunque acquisiti ed allegati alla dichiarazione e mediante la consultazione delle banche dati rese disponibili da parte delle altre Amministrazioni pubbliche, quindi anche a campione) prima del perfezionamento della procedura di conferimento dell'incarico. In particolare detta verifica da effettuarsi secondo tale tempistica è inderogabile per tutte le dichiarazioni quando si tratta di incarichi da conferire ad Esterni.

2) Ogni anno entro il 31 gennaio gli stessi soggetti rilasciano una dichiarazione, ai sensi del DPR n.445/2000, sulla insussistenza di cause incompatibilità.

Ultimamente a gennaio 2023, l'ANAC è intervenuta nuovamente sulla materia di che trattasi elaborando una "Guida all'applicazione della legge nei casi di incompatibilità e inconfiribilità", evidentemente perché trattasi di una materia molto delicata dove sussistono ancora dubbi interpretativi.

Aggiornamento per l'anno 2025

(rif. contributo dell'UOC Gestione Risorse Umane prot. n.11430 del 30.01.2025 in riscontro alla nota aziendale prot. n. 132144 del 30.12.2024)

Dal monitoraggio pervenuto risulta che le dichiarazioni vengono regolarmente rilasciate dai Dirigenti PTA con incarichi di responsabilità di unità operative e acquisite nonché pubblicate dall'UOC Gestione Risorse Umane.

Nel corso dell'anno 2024 è emerso un caso di incompatibilità che ha determinato la revoca dell'incarico a seguito della procedura di contestazione.

Dalla verifica su Amministrazione Trasparente parimenti risultano pubblicate le dichiarazioni in questione riferite al Management.

MISURA GENERALE:		
DICHIARAZIONI DI ASSENZA CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA'		
AREA DI RISCHIO	INCARICHI E NOMINE - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	
TEMPI DI ATTUAZIONE	TRIENNIO 2025-2027	
AZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI
Acquisizione dichiarazione di assenza cause di incompatibilità e pubblicazione	Entro il 31 gennaio di ogni anno	UOCGRU (per i dirigenti PTA) UOC SISeAI (per il Management)
Sollecito rilascio dichiarazione di assenza cause di incompatibilità ai Dirigenti inadempienti	Entro il 15 febbraio di ogni anno	UOCGRU (per i dirigenti PTA) UOC SISeAI (per il Management)
Segnalazione al RPCT dell'inadempimento al rilascio della dichiarazione di incompatibilità	Dopo la scadenza del suddetto termine	UOCGRU (per i dirigenti PTA) UOC SISeAI (per il Management)
Acquisizione dichiarazione di assenza cause di inconferibilità ed incompatibilità prima del conferimento di nuovo incarico e pubblicazione delle dichiarazioni	Prioritariamente rispetto all'atto del conferimento dell'incarico	UOCGRU (per i dirigenti PTA) UOC SISeAI (per il Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo)
Controlli interni relativamente alla veridicità delle dichiarazioni rese, anche attraverso consultazione banche dati	Verifica prima del conferimento dell'incarico per le dichiarazioni di inconferibilità o entro un mese dall'acquisizione per le dichiarazioni annuali di assenza cause di incompatibilità con segnalazione al RPCT in presenza di verificata inconferibilità/incompatibilità per l'attivazione della procedura di contestazione ex art. 15 D. Lgs. n.39/2013	UOCGRU (per i dirigenti PTA) UOC SISeAI (per il Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo)

Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.

Secondo il dettato dell'art.35 bis, del D.Lgs. 165/2001, come introdotto dalla L. 190/2012, "Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

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

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

Inoltre, anche il D. Lgs. n.39/2013 all'art.3, come anzidetto, stabilisce che sono richiesti requisiti di onorabilità e moralità per lo svolgimento di alcune attività (in tal caso ci si riferisce ad incarichi dirigenziali) che di fatto sono esclusi in presenza di precedenti penali, senza che sia consentito alcun margine di apprezzamento all'amministrazione.

Di analogo tenore l'art.93 del nuovo Codice degli Appalti – D. Lgs. n. 36/2023 -che, nel dettare la disciplina delle commissioni giudicatrici, fa espresso riferimento all'art.35 bis in argomento, per cui una eventuale nomina in contrasto determina l'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Per quanto concerne l'assegnazione con funzioni direttive agli uffici indicati alla lett. b) del comma 1 dell'art.35 bis, la dichiarazione, redatta ai sensi del DPR n.445/2000, viene di fatto rilasciata all'atto del conferimento dell'incarico e in sede di dichiarazione annuale.

Le UOC interessate da procedure che implicano la nomina di commissioni (per es. UOC GRU, UOC Provveditorato, UOC Tecnico Manutentiva, etc.), hanno l'obbligo di acquisire le relative dichiarazioni dagli Interessati e di procedere ai relativi controlli anche con procedure a campione o mirate in ogni caso di ragionevole dubbio.

Aggiornamento per l'anno 2025

Dal monitoraggio effettuato e pervenuto da parte dell'UOC GRU, UOC Acquisizione beni e servizi/Economato, nonché dalla verifica su Amministrazione Trasparente, risulta che vengono acquisite

regolarmente le dichiarazioni di cui si tratta dai componenti delle commissioni con la redazione di un modello di dichiarazione che contempla tutte le possibili cause che ai sensi della normativa vigente (oltre quindi all'art. 35 bis del D. Lgs n. 165/2001) ne impedirebbero la partecipazione alle commissioni medesime.

MISURA GENERALE:				
Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.				
AREA DI RISCHIO	INCARICHI E NOMINE - CONTRATTI GESTIONE DEL PERSONALE	PUBBLICI	- ACQUISIZIONE	E
TEMPI DI ATTUAZIONE	TRIENNIO 2025-2027			
AZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI		
Acquisizione delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art.35 bis D. Lgs. n.165/2001	Prioritariamente alla prima seduta della commissione	Tutte le strutture che Si occupano di contratti pubblici con il presupposto della nomina di commissioni di gara e l'UOCGRU per le commissioni di concorso		
Controlli sulle dichiarazioni	Verifica anche a campione delle dichiarazioni in tempi congrui per consentire il regolare funzionamento delle commissioni e adottare le necessarie soluzioni	Tutte le strutture che Si occupano di contratti pubblici con il presupposto della nomina di commissioni di gara e l'UOCGRU per le commissioni di concorso		

Incarichi extraistituzionali

L'art. 53 del D. Lgs. n.165/2001 e s.m.i. disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri di ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni che, in via generale, non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali in ossequio all' art. 98 della Costituzione Italiana e secondo quanto stabilito nel DPR n.3/1957 "Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato".

Tuttavia, in alcuni casi il dipendente pubblico può svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati secondo quanto stabilito dall'art.53 di cui sopra secondo un preciso regime autorizzatorio da parte dell'amministrazione di appartenenza. Lo scopo della norma, come modificata dalla L.190/2012, che ha ravvisato la possibilità che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali possa determinare il verificarsi di rischi corruttivi, è quello di prevenire situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, favorendo interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura di Dirigenti e funzionari. Il rilascio delle autorizzazioni, infatti, comporta anche una preventiva verifica sull'attività che si intende svolgere al fine di verificare l'insussistenza di situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite.

Nell'ASL BN la materia è stata regolamentata con apposito regolamento adottato con la delibera n.122 del 19/03/2003, tutt'ora vigente, che ha previsto la compilazione di un apposito modulo da parte del richiedente, l'istruttoria in capo all'UOC GRU ed il rilascio dell'autorizzazione da parte del Direttore generale.

Tenuto conto delle norme intervenute sulla materia nel corso degli anni dal 2003 ad oggi, compresi i Criteri generali che il Dipartimento della Funzione Pubblica ha emanato, si ritiene che sia necessario un aggiornamento del suddetto regolamento da farsi in tempi ragionevolmente brevi nel triennio.

Aggiornamento per l'anno 2024

Rilevato che per l'anno 2023 è stata predisposta la bozza di regolamento (rif. nota monitoraggio UOC GRU prot. n.6238/24) e che tuttavia non è stata ancora oggetto di approvazione definitiva, l'azione della misura si ripropone per il 2024.

Aggiornamento per l'anno 2025

(rif. contributo dell'UOC Gestione Risorse Umane prot. n.11430 del 30.01.2025 in riscontro alla nota aziendale prot. n. 132144 del 30.12.2024)

L'UOC GRU ha predisposto una bozza di Regolamento che non è stato ancora adottato poiché a seguito di vicende interne all'Azienda e di dubbi sulla possibilità di autorizzare o meno alcuni

incarichi extraistituzionali, nell'anno 2024 si è reso necessario un ulteriore approfondimento legale, allo stato in corso, volto ad individuare i criteri oggettivi e predeterminati, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente. Nelle more dell'approvazione del nuovo Regolamento, l'UOC GRU dà esecuzione al Regolamento vigente.

Per quanto attiene la trasparenza, si dà atto che nel corso del 2024 è stato inserito In Amministrazione Trasparente, nella sottosezione dedicata, il collegamento alla piattaforma PerlaPA del Dipartimento della Funzione Pubblica, che viene alimentata con i suddetti incarichi autorizzati ai dipendenti ASL.

MISURA GENERALE: INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI AI DIPENDENTI			
AREA DI RISCHIO		INCARICHI E NOMINE	
TEMPI DI ATTUAZIONE		TRIENNIO 2025-2027	
AZIONE		INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI
Aggiornamento della regolamentazione interna alle nuove disposizioni normative		Predisposizione del nuovo Regolamento entro l'anno 2025 da applicare nel triennio e anni seguenti	UOC GRU

Attività successive alla cessazione dal servizio: divieto post-employment (pantouflage)

La L. n. 190/2012 e s.m.i. ha introdotto il comma 16 ter all'art. 53 del D.lgs n. 165/2001 che prevede espressamente che: *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, 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. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”*.

Si tratta di una misura volta a contenere il rischio che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato, con cui entra in contatto, dopo la cessazione del rapporto di impiego pubblico.

Come specificato nel PNA 2022 e come ribadito anche dal Consiglio di Stato con la sentenza n. 7411 del 29/10/2019, la norma disciplina una fattispecie qualificabile in termini di *“incompatibilità successiva”* alla cessazione dal servizio del dipendente pubblico. Si tratta di un'ipotesi che si configura quale integrazione dei casi di inconfiribilità e incompatibilità contemplate dal d.lgs. n. 39 del 2013, come si evince dalle disposizioni stesse in materia di pantouflage contenute all'art. 21 del citato decreto. La *ratio* del divieto di pantouflage è volta a garantire l'imparzialità delle decisioni pubbliche e in particolare a scoraggiare comportamenti impropri e non imparziali, fonti di possibili fenomeni corruttivi, da parte del dipendente che, nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali, *“potrebbe precostituirsi situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro”*. In tal senso, il divieto è volto anche a *“ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione l'opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio”*.

Per quanto riguarda l'individuazione di coloro che sono tenuti al rispetto della normativa in questione, l'ANAC ha chiarito nel PNA 2019 e ancora meglio nel PNA 2022 che la norma si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, d.lgs. n. 165/2001 con:

- rapporto di lavoro a tempo indeterminato
- rapporto di lavoro a tempo determinato
- rapporto di lavoro autonomo (come previsto dall'art. 21 del d.lgs. n. 39/2013)

e si applica non solo nei confronti dei soggetti che hanno sottoscritto l'atto, ma anche nei confronti di coloro che hanno partecipato al procedimento collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione.

Presupposto perché vi sia pantouflage è l'esercizio di poteri autoritativi o negoziali da parte del dipendente pubblico, di cui si è detto prima. L'ANAC definisce il potere autoritativo della pubblica amministrazione come quel potere che implica l'adozione di provvedimenti amministrativi atti ad incidere unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Si ritiene, pertanto, che con tale espressione il legislatore abbia voluto considerare tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale. Tra questi, può ricomprendersi anche l'adozione di provvedimenti che producono effetti favorevoli per il destinatario e quindi anche atti di autorizzazione, concessione, sovvenzione, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere. Al fine di valutare l'applicazione del pantouflage agli atti di esercizio di poteri autoritativi o negoziali, occorrerà valutare nel caso concreto l'influenza esercitata sul provvedimento finale.

Anche con riferimento ai soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione, l'ANAC nel PNA 2022 ha rinviato la determinazione dei criteri per l'individuazione degli stessi ad apposite Linee Guida. Tuttavia, ha stabilito che sono esclusi dall'applicazione della norma:

- gli enti in house della pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente pubblico. In tal caso, l'attribuzione dell'incarico di destinazione nell'ambito di una società controllata avviene, infatti, nell'interesse della stessa amministrazione controllante e ciò determina l'assenza del dualismo di interessi pubblici/privati e del conseguente rischio di strumentalizzazione dei pubblici poteri rispetto a finalità privatistiche, che costituisce uno degli elementi essenziali della fattispecie del pantouflage;
- altri enti pubblici per le stesse motivazioni esposte al punto precedente;
- l'ente privato di destinazione costituito successivamente alla cessazione del rapporto di pubblico impiego del dipendente, sempre che l'ente privato di nuova costituzione non presenti profili di continuità con enti già esistenti; in caso contrario di un ente privato solo formalmente nuovo la norma si applica.

Per quanto attiene i poteri di ANAC in materia, il PNA 2022 precisa che alla stessa tocchino poteri consultivi e di vigilanza.

Il Consiglio di Stato, con sentenza n. 7411 del 29/10/2019 ha definitivamente stabilito la competenza dell'ANAC in merito alla vigilanza e all'accertamento delle fattispecie di pantouflage previste dall'art.53, c.16-ter, del d.lgs. 165/2001, assegnandole anche poteri sanzionatori ed in esito all'accertamento di una situazione di pantouflage ad assicurare la nullità dei contratti

sottoscritti dalle parti nonché l'adozione delle conseguenti misure sanzionatorie.

Anche la Corte di Cassazione, chiamata a giudicare su un ricorso, con la sentenza del 25 novembre 2021 ha confermato la sussistenza in capo ad ANAC dei poteri di vigilanza e sanzionatori in materia di pantouflage. In primo luogo, la Corte ha precisato che la circostanza che l'art. 53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001 non individui espressamente l'autorità competente a garantire l'esecuzione delle conseguenze sanzionatorie non può escludere che tale competenza sia ricavata dal giudice in via interpretativa, alla luce della *ratio* del divieto di pantouflage. In più, a fronte dell'accertamento della violazione del divieto previsto dalla norma, l'intervento ripristinatorio degli interessi pubblici violati sembra avere natura vincolata, *"non potendo l'intero impianto normativo del d.lgs. n. 39/2013 tollerare che rimangano inapplicate norme poste a presidio di interessi pubblici, quali la trasparenza amministrativa e la prevenzione dei fenomeni corruttivi, né che rimangano validi incarichi nulli o che i soggetti che hanno attribuito tali incarichi vadano esenti da sanzioni"*. La *ratio* del d.lgs. n. 39/2013 è attribuire all'ANAC un potere di vigilanza sulle modalità di conferimento degli incarichi pubblici, che si estende, sia pure per un limitato lasso di tempo, anche alla fase successiva alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, allo scopo di evitare che il dipendente pubblico si avvantaggi della posizione precedentemente ricoperta. Ne consegue che l'Autorità, anche in materia di pantouflage, non può che avere i medesimi poteri esercitabili nel caso di violazione delle disposizioni del d.lgs. n. 39/2013 (cit. PNA 2022)

L'ASL BN adotta schemi di bandi-tipo per gli affidamenti di lavori, servizi e forniture di beni emanati dall'ANAC in cui è obbligatoria l'inserimento dell'apposita clausola che fa espresso riferimento alla condizione soggettiva (soggetti privati) di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Asl Benevento, per il triennio successivo alla loro cessazione dal rapporto di lavoro.

Attualmente nei contratti individuali di lavoro che vengono stipulati con i dipendenti ASL BN, sia a tempo indeterminato che determinato, è espressamente previsto un articolo in cui si declina la disciplina in argomento.

Per il Personale dell'ASLBN in servizio da molti anni e prossimo al pensionamento, si procederà con l'acquisizione di una dichiarazione con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto del pantouflage; la dichiarazione è stata già predisposta dall'UOC GRU ed è in corso di adozione.

Il RPCT avrà cura di segnalare eventuali violazioni del divieto, in qualunque modo apprese, ai vertici dell'amministrazione ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

Aggiornamento per l'anno 2025

L'ANAC con la delibera n.493 del 25.09.2024 ha adottato le prime Linee Guida sulla materia del

pantouflage al fine di fornire ulteriori indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori attinenti al divieto di pantouflage non esaminati nel PNA 2022 anche per individuare idonee misure di prevenzione di tale rischio corruttivo.

Le Linee guida sono distinte in due parti: la prima è dedicata all'ambito soggettivo e oggettivo di applicazione, l'altra attiene invece ai poteri sanzionatori che l'Anac detiene. Alle stesse si rimanda per quanto attiene l'applicazione della normativa anti-pantouflage nell'ASLBN.

Per quanto attiene alla prima azione sottoindicata in tabella le UU.OO. aziendali che si occupano dell'effettuazione delle gare hanno rappresentato che la clausola di esclusione degli O.E. per aver affidato incarichi in violazione dell'art.53, co.16 ter del D. Lgs. n. 165/2001 è sempre presente nello schema tipo del Patto di Integrità che i partecipanti alle procedure di gara sottoscrivono, pur tuttavia si impegneranno ad inserirla anche nei bandi di gara.

L'UOC GRU nel monitoraggio ha dichiarato che *“L'UOC GRU ha predisposto il modello di dichiarazione, che successivamente è stato trasmesso ai Direttori di UOC e ai dirigenti medici prima della loro cessazione dal servizio.”*

MISURA GENERALE:			
Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro			
AREA DI RISCHIO		TUTTE	
TEMPI	DI	TRIENNIO 2025-2027	
ATTUAZIONE			
AZIONE		INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI
Inserimento nei bandi di gara della clausola di esclusione degli operatori economici che hanno affidato incarichi in violazione dell'art.53, comma 16 ter d. lgs. n.165/2001, in conformità ai bandi tipo adottati dall'Anac		Inserimento in tutti i bandi di gara della clausol	Le UU.OO. competenti per le procedure di gara.
Acquisizione della dichiarazione sul rispetto del divieto di pantouflage ex art.53, comma 16ter, d. lgs. n.165/2001 da parte dei dipendenti interessati che cesseranno il servizio		Sottoscrizione della dichiarazione elaborata dall'UOC GRU	UOC GRU

La Formazione in materia di etica, integrità, trasparenza.

La formazione costituisce una tra le più importanti misure di prevenzione del rischio corruttivo e in generale di comportamenti poco leciti che non si addicono al dipendente pubblico il quale, ai

sensi dell'art.54 della Costituzione Italiana, ha il dovere di adempiere alle funzioni pubbliche che gli vengono affidate con disciplina ed onore.

La formazione deve favorire la crescita di competenze tecniche e comportamentali in materia di prevenzione della corruzione e pertanto è opportuno che la stessa sia strutturata su due livelli, uno generale rivolto a tutti i dipendenti, per un aggiornamento delle competenze in materia di etica e legalità, ed uno specifico rivolto allo stesso RPCT, ai Dirigenti e Funzionari che hanno un ruolo attivo nella definizione delle politiche e nella scelta degli strumenti per la prevenzione della corruzione.

Nell'ASL BN è costante la predisposizione di corsi in materia di anticorruzione indirizzati a tutti i dipendenti; il RPCT in collaborazione con l'UOS Formazione ASL BN anche per l'anno 2022 ha organizzato un corso di formazione sui temi dell'etica, della trasparenza, delle misure preventive della corruzione. Il corso si è svolto su più moduli, differenziati per complessità ed argomenti, rivolti ai Dirigenti e ai Dipendenti individuati quali "Referenti del RPCT". La partecipazione è stata elevata, segno dell'interesse che suscitano i suddetti argomenti ma anche segno della consapevolezza del ruolo fondamentale che ognuno è chiamato a svolgere in Azienda su dette tematiche.

Creare un clima eticamente sano è il primo passo per una vera strategia contro la corruzione.

Aggiornamento per l'anno 2024

Anche nel 2023 è proseguita la formazione di cui sopra prevedendo n.3 giornate di formazione obbligatoria destinate a tutti i dipendenti del Comparto dell'ASL BN.

Aggiornamento per l'anno 2025

Con nota prot. n. 36085 del 02.04.2024 la RPCT ha richiesto all'UOS Formazione di procedere all'attivazione di un corso obbligatorio base sui temi dell'etica, integrità e trasparenza da far seguire ai dipendenti di recente assunzione appartenenti ad ogni ruolo e profilo professionale – dirigenza e comparto. In riscontro alla propria richiesta è stato proposto il corso dal titolo "La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa", composto da 12 moduli e con test finale, da seguire sulla piattaforma Syllabus del DFP, che è stato ritenuto valido per una formazione di base sulla materia.

Per l'anno 2025 si è proposto all'UOS Formazione l'inserimento nel Piano della Formazione ASL BN di due corsi riguardanti uno l'istituto del Whistleblowing e l'altro il Codice di Comportamento, entrambi recentemente innovati dal punto di vista normativo e regolamentati con provvedimenti aziendali.

MISURA GENERALE: FORMAZIONE		
AREA DI RISCHIO	TUTTE	
TEMPI DI ATTUAZIONE	TRIENNIO 2025-2027	
AZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI
Attuare una continua ed efficace formazione in materia di etica, integrità e trasparenza	Predisposizione per ogni anno del triennio di almeno un corso	RPCT in collaborazione con l'UOS Formazione

Patti di integrità negli affidamenti

L'art.1 co. 17 L.190/2012 prevede che le pubbliche amministrazioni e relative stazioni appaltanti predispongano ed utilizzino per l'affidamento di commesse i patti d'integrità o protocolli di legalità; essi rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti. Le pubbliche amministrazioni sono pertanto tenute ad inserire negli avvisi, bandi di gara, lettere di invito la clausola per cui il mancato rispetto del patto di integrità determina l'esclusione dalla gara e la risoluzione del contratto.

Aggiornamento per l'anno 2024

Nell'anno 2023 il Direttore Generale dell'ASL BN ha sottoscritto unitamente al Prefetto di Benevento il "Protocollo d'intesa per la prevenzione ed il contrasto delle infiltrazioni della criminalità organizzata nel settore degli appalti", giusta deliberazione ASL BN n.644 del 14.12.2023, al fine di assicurare la realizzazione del preminente interesse pubblico alla legalità e alla trasparenza nell'economia e in particolare nel delicato settore degli appalti pubblici. Il suddetto protocollo d'intesa disciplina gli adempimenti da porre in essere a carico delle UU.OO. dell'ASL BN che predispongono le procedure di gara e a carico degli Uffici della Prefettura deputati ai controlli e verifiche in materia di antimafia.

Aggiornamento per l'anno 2025

Dal monitoraggio è emerso che tutte le UU.OO. che effettuano procedure di gara utilizzano il Patto di integrità come strumento di prevenzione di condotte corruttive.

MISURA GENERALE: PATTI DI INTEGRITA'		
AREA DI RISCHIO	CONTRATTI PUBBLICI	
TEMPI DI ATTUAZIONE	TRIENNIO 2025-2027	
AZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI
Utilizzo diffuso dei patti di integrità	Applicazione della misura a tutte le procedure di gara che si attiveranno nel triennio.	Tutte le strutture che procedure di gara

La Rotazione ordinaria del personale

Il PNA 2019 definisce la rotazione c.d. ordinaria come *“... misura organizzativa preventiva finalizzata a 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. L’alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l’assunzione di decisioni non imparziali.”*

Si tratta di una misura la cui attuazione presuppone un’adeguata programmazione nel tempo in quanto è necessario prevedere modelli organizzativi che consentano un’adeguata formazione del personale, per l’acquisizione delle competenze professionali e trasversali necessarie, propedeutica alla rotazione medesima, anche mediante un periodo congruo di affiancamento tra i soggetti protagonisti della misura; in mancanza si avrebbero conseguenze di gravi inefficienze e ritardi sulle attività svolte dagli Uffici che hanno visto ruotare il personale.

E’ evidente che non sempre la rotazione è possibile: è il caso delle posizioni infungibili, ovvero di quelle professioni che per le loro caratteristiche altamente tecniche e specializzate rendono di fatto impossibile la sostituzione in determinati settori di attività, in questo caso si tratta di vincoli oggettivi. Parimenti la rotazione è di difficile attuazione nel caso della presenza di vincoli soggettivi, allorquando occorre salvaguardare particolari diritti individuali dei dipendenti interessati come per es. i diritti sindacali, nel caso di fruizione dei permessi retribuiti di cui alla L.104/92 etc..

I questi ed in altri casi in cui non è possibile attuare la rotazione, per es. per carenza di personale, l’amministrazione è tenuta ad adottare misure alternative di prevenzione al fine di evitare che il soggetto che non ha potuto ruotare abbia il controllo assoluto dei processi. L’ANAC suggerisce di

ricorrere per es. a misure di trasparenza ulteriori, alla c.d. segregazione delle funzioni cioè attribuire a più soggetti le varie fasi di cui si compone il processo per incoraggiare il controllo reciproco, alla doppia sottoscrizione degli atti.

Il personale da sottoporre a rotazione è sia quello dell'area dirigenziale che non dirigenziale, partendo dagli uffici con un grado di esposizione al rischio più elevato e gradualmente passando a considerare anche quelli a rischio più basso.

Per quanto attiene l'attuazione della misura della rotazione ordinaria nell'ASL BN si rappresenta che l'Azienda ha risentito per diverse annualità delle restrizioni dovute alla condizione di commissariamento della Regione Campania sottoposta quindi ai vincoli del piano di rientro. Ciò ha avuto l'effetto di determinare una costante riduzione del personale in servizio per via del blocco delle nuove assunzioni ed addirittura del turnover. Il depauperamento delle risorse umane ha di fatto reso impossibile l'attuazione della misura della rotazione se non per poche figure (ad es. la rotazione dei Direttori di Distretto avvenuta nel 2016 e nel 2021).

L'uscita della Regione Campania dal piano di rientro a fine 2019 ha rappresentato la giusta premessa per l'avvio di procedure selettive per il reclutamento del personale mancante, come definito nei piani aziendali del fabbisogno del personale, che costituisce l'azione propedeutica alla realizzazione concreta della misura in argomento.

Da non tralasciare poi l'impatto negativo che la pandemia da covid-19, che ha costretto il paese in uno stato di emergenza ininterrotto dal 2020 al 31.03.2022, ha avuto sull'Azienda distraendola dal perseguimento concreto della misura della rotazione in quanto impegnata a contrastare la pandemia con tutte le sue risorse e al contempo assicurare il perseguimento delle attività istituzionali e dei LEA.

Tanto premesso, si dà atto nel presente piano che l'ASL BN è stata sottoposta al procedimento di vigilanza da parte dell'ANAC, avviato con la nota prot. n.88219/2020, per la scarsa applicazione della misura della rotazione in ambito aziendale. All'azione di vigilanza ha fatto seguito il provvedimento d'ordine reso dall'ANAC, ai sensi dell'art.1, co.3, della L. n.190/2012, nei confronti dell'ASL BN con la delibera n.450 del 09.06.2021, nella quale si è ordinato di procedere ad *"...un'adeguata programmazione della misura, nei tempi e nelle modalità che rendano praticabile la rotazione dei dipendenti nell'organizzazione sanitaria, esplicitando le modalità attuative, come da indicazioni del PNA 2016, nella parte dell'applicazione della misura della rotazione del personale alle aziende sanitarie e agli altri enti assimilati del SSN..."*.

L'ASL BN con nota prot. n.100999 del 30.09.2021 ha riscontrato la richiesta dell'ANAC di conoscere le decisioni assunte sulla problematica de qua, inviando una dettagliata relazione che di fatto si concretizza in una precisa programmazione aziendale di attuazione della misura della rotazione ordinaria, per l'anno 2022 ed a seguire. In pratica si è proceduto ad una valutazione del

rischio corruttivo assegnando a ciascuna figura, in funzione dell'ufficio di assegnazione e quindi dell'attività svolta, un livello di rischio (graduato da 0 (rischio nullo) a 3 (rischio alto)) per procedere poi alle relative rotazioni da realizzarsi.

Già nel 2019 e 2020 si sono registrate diverse rotazioni di personale, come riportato nell'allegato 2 alla relazione sopra citata, sia del comparto che della dirigenza; in particolare nel 2020 c'è stata la rotazione dei Direttori Responsabili, e di alcuni dipendenti del comparto, delle UOC Provveditorato, Tecnico Manutentiva, Gestione Economico Finanziaria e Gestione Risorse Umane, uffici ricompresi in aree considerate a rischio dall'ANAC. Altri dipendenti del comparto sono stati fatti ruotare nel corso del 2022 sia tra articolazioni diverse che all'interno delle stesse tra uffici diversi, anche grazie all'afflusso di nuove risorse a conclusione di diverse procedure di assunzione. La procedura di rotazione dei dipendenti del comparto ha avuto come presupposto l'indizione di un avviso di mobilità interno al fine di coniugare l'esigenza dell'Azienda di procedere alla necessaria rotazione, soprattutto in alcune aree come UOC GRU – UOC Provveditorato – UOC Tecnico Manutentiva, con le richieste spontanee di trasferimenti provenienti dai dipendenti interessati alla rotazione.

L'anno 2023, che ha visto il consolidamento del ritorno alla normalità dopo la fine dell'emergenza da covid-19, ha registrato una rilevante implementazione di tutte le attività istituzionali e l'avvio di nuove forme di assistenza territoriale; ciò è stato possibile anche grazie all'acquisizione di nuove unità di personale sia dirigenziale che del comparto che hanno consentito la sostituzione del personale cessato e reso possibile continuare nella realizzazione della procedura di rotazione ordinaria (circa 30 disposizioni di rotazione ordinaria del personale).

Nell'anno 2021 con delibera ASL BN n.7 del 13.01.2021, rettificata dalla delibera n.12 del 15.01.2021, è stato adottato il "Regolamento in materia di affidamento, verifica, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali e graduazione delle funzioni dirigenziali", atto di regolamentazione indispensabile per una corretta gestione della materia degli incarichi. Infatti, nel corso del 2022 è stata avviata e portata a conclusione la procedura di conferimento ai Dirigenti Sanitari degli incarichi professionali. Oltre al conferimento dell'incarico di Direttore dell'UOC Farmaceutica e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, nel corso dell'anno 2022 sono state concluse anche le procedure di conferimento degli incarichi di responsabilità di diverse UOC che da tempo venivano dirette da Dirigenti Sostituti, con l'affidamento dell'incarico di Direttore Responsabile delle tre UOC Veterinarie del Dipartimento di Prevenzione, di due UOC del Dipartimento di Salute Mentale. Altri Dirigenti sono stati fatti ruotare, con assegnazione a altre Strutture, a seguito di una riconfigurazione organizzativa già contemplata nel nuovo Atto Aziendale in fase di approvazione (vedi delibera aziendale n.452 del 15.12.2022).

Dal monitoraggio effettuato in sede di predisposizione della Relazione sull'attuazione del

PTPCT nel 2022 e nel 2023 è emerso che nelle Articolazioni aziendali dove non è stato possibile attuare la misura della rotazione tra gli uffici, per es. per carenza di personale, sono stati utilizzati strumenti alternativi come la segregazione delle funzioni.

Aggiornamento per l'anno 2024

Rilevato che per l'anno 2023 non si è realizzata l'azione prevista dalla misura in questione e cioè predisporre un documento di regolamentazione della materia (rif. nota monitoraggio UOC GRU prot. n. 6238/24), come suggerito dall'ANAC nell'allegato 2 al PNA 2019, l'azione stessa si ripropone per il 2024. L'ANAC precisa che la regolamentazione deve tener conto di alcuni criteri quali la periodicità con la quale si intende attuare la rotazione, l'individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione, le caratteristiche, funzionali o territoriali, con le quali si intende attuare la misura, nonché individuare un criterio di gradualità di applicazione della misura (con riferimento a quest'ultimo devono essere considerate in via prioritaria le aree a maggior rischio corruttivo per poi considerare progressivamente gli uffici con un livello di esposizione al rischio più basso), l'individuazione delle c.d. professionalità infungibili e in tal caso delle misure organizzative di prevenzione alternative alla rotazione.

Aggiornamento per l'anno 2025

(rif. contributo dell'UOC Gestione Risorse Umane prot. n.11430 del 30.01.2025 in riscontro alla nota aziendale prot. n. 132144 del 30.12.2024)

Risulta che si sono verificate n.23 rotazioni di personale del comparto tra gli uffici aziendali.

MISURA GENERALE: ROTAZIONE ORDINARIA		
AREA DI RISCHIO	TUTTE	
TEMPI DI ATTUAZIONE	TRIENNIO 2025-2027	
AZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI
Regolamentare la materia	Predisposizione di un regolamento o linee guida aziendali sui criteri di applicabilità della misura della rotazione ordinaria.	UOC GRU

Rotazione Straordinaria del personale

La rotazione straordinaria è una misura prevista, nell'ambito delle misure gestionali proprie del dirigente, dall'art. 16, comma 1, lett. l quater, del D. Lgs. n. 165/2001 che prevede che i dirigenti dispongano con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (*rotazione straordinaria*).

Essa quindi è una misura preventiva al rischio corruttivo in quanto interviene in una fase del tutto iniziale del procedimento penale e disciplinare ed inoltre è circoscritta alle sole condotte di natura corruttiva che poiché incidono sull'immagine dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata.

L'ANAC con la Delibera 215/2019 ha redatto le "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, co. 1, lettera l-quarter, del d.lgs n. 165 del 2001", per definire le condotte corruttive che danno luogo a rotazione straordinaria ed il momento del procedimento penale in cui deve essere adottato il provvedimento di valutazione della condotta.

Nel corso dell'anno 2022 si segnala che la misura ha trovato applicazione per alcuni dipendenti a seguito di avvio del procedimento disciplinare a loro carico.

Aggiornamento per l'anno 2024

Anche nell'anno 2023 si sono verificati due casi di rotazione straordinaria (rif. nota monitoraggio UOC GRU prot. n. 6238/24).

Aggiornamento per l'anno 2025

(rif. contributo dell'UOC Gestione Risorse Umane prot. n.11430 del 30.01.2025 in riscontro alla nota aziendale prot. n. 132144 del 30.12.2024)

Per l'anno 2024 non si sono verificati casi di rotazione straordinaria.

MISURA GENERALE: ROTAZIONE STRAORDINARIA		
AREA DI RISCHIO	TUTTE	
TEMPI DI ATTUAZIONE	TRIENNIO 2025-2027	
AZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI
Applicazione della misura quando necessario	Comunicazione annuale al RPCT dei provvedimenti di rotazione straordinaria adottati, per ogni anno del triennio	UOC GRU

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito. – WHISTLEBLOWER

L'art. 54 bis del D. Lgs. n. 165/2001, come modificato dall'art.1 della Legge n. 179/2017 recante *“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”*, introduce nel nostro ordinamento una misura specifica finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come *“whistleblower”* (colui che soffia il fischietto) ovvero colui che attira l'attenzione degli organi legittimati ad intervenire segnalando violazioni, irregolarità, illeciti di interesse generale e non individuali, commessi ai danni dell'interesse pubblico.

La normativa riconosce al segnalante misure di riservatezza e di tutela che lo mettono al riparo da eventuali condotte discriminatorie perpetrate nei suoi confronti a causa della segnalazione effettuata. Le disposizioni di cui all'articolo 54-bis si applicano non solo ai dipendenti ma anche *“... ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica”* come previsto dal comma 2 dello stesso articolo.

Nel corso del 2022, dai dati a disposizione del RPCT, non risultano pervenute segnalazioni.

Aggiornamento per l'anno 2024

Con l'entrata in vigore del D. Lgs. 10 marzo 2023 n. 24, in attuazione della direttive UE 2019/1937 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23.10.2019, è profondamente mutata la disciplina concernente la tutela del c.d. *“whistleblower”*. Anche l'ANAC è intervenuta per disciplinare la materia alla luce della novella normativa con la delibera n. 301 del 12.07.2023, di adozione *“Regolamento per la gestione delle segnalazioni esterne e per l'esercizio del potere sanzionatorio dell'ANAC in attuazione del decreto legislativo 10 marzo 2023, n.24”*, e con la delibera n. 311 del 12.07.2023, con cui ha fornito le linee guida per la protezione delle persone segnalanti violazioni e per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne.

Il d. lgs. n.24/2023 ha previsto all'art.4 che le pubbliche amministrazioni adottino un canale di segnalazione interna che possa garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e relativa documentazione, prevedendo altresì che detto canale interno sia gestito dal RPCT dell'Ente. I successivi artt. 5 e 6 stabiliscono termini e modalità di utilizzo del canale di segnalazione interna.

In applicazione del D. Lgs. n.24/2023, ma come già previsto anche nel PIAO 2023-2025, la RPCT ASL BN ha provveduto a porre in essere gli adempimenti necessari per l'attivazione del canale interno per le segnalazioni ex art. 54 bis D. Lgs. n.165/2001 che, a decorrere dal 04.09.2023, è attivo e raggiungibile dalla homepage del sito on-line dell'ASL BN, cliccando su *“Segnalazione illeciti PA – Whistleblowing”*, al seguente link <https://aslbenevento.whistleblowing.it/#/>

Nel corso del 2024 si procederà alla definizione di linee guida aziendali per l'utilizzo della

piattaforma digitale interna di segnalazione, come previsto dalla normativa vigente e come suggerito dall'ANAC nella delibera n.311/2023, in cui tra l'altro annuncia di rinviare a successivi provvedimenti (ad oggi non ancora disponibili) l'adozione di specifici atti di indirizzo per gli enti pubblici di cui tener conto per la definizione dei modelli organizzativi di segnalazione interna.

Si dà atto che anche per il 2023, dai dati a disposizione del RPCT, non risultano pervenute segnalazioni- whistleblowing.

Aggiornamento per l'anno 2025

L'azione prevista per l'attuazione della misure per l'anno 2024, cioè l'adozione delle Linee Guida aziendali in materia di whistleblowing, è stata realizzata con la deliberazione n. 572 del 13.11.2024 ad oggetto: "Approvazione e adozione delle Linee Guida Aziendali per l'effettuazione e la gestione delle segnalazioni interne – Whistleblowing – ex art. 4 del D. Lgs. n.24/2023" proposta dal RPCT ASL BN. Inoltre, si è provveduto, come consigliato dall'ANAC, a implementare il canale interno rendendo disponibili all'utente, al primo accesso sulla piattaforma, la normativa di riferimento, D. Lgs. n. 24/2023, nonché le Linee Guida aziendali e quelle adottate dall'Anac con la delibera n.311/2023.

Nel corso del 2024 è pervenuta una segnalazione sul canale interno, gestita dalla RPCT in quanto ritenuta accoglibile come segnalazione whistleblowing, il cui procedimento si è concluso prima della fine dell'anno 2024.

MISURA GENERALE:			
Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito - WHISTLEBLOWING			
AREA DI RISCHIO	TUTTE		
TEMPI DI ATTUAZIONE	TRIENNIO 2025-2027		
AZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI	
Implementazione della piattaforma digitale interna di raccolta e gestione delle segnalazioni	Piena implementazione della piattaforma digitale nel triennio	RPCT	
Predisposizione di un corso di formazione in materia	Effettuazione del corso entro il 31.12.2025	RPCT in collaborazione con l'UOS Formazione	

Monitoraggio dei tempi procedurali

L'articolo 2, comma 4 bis, della Legge 241 del 1990 e s.m.i. prevede che: "Le pubbliche amministrazioni misurano e pubblicano nel proprio sito internet istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese, comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa in Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti modalità e criteri di misurazione dei tempi effettivi di conclusione dei procedimenti nonché le ulteriori modalità di pubblicazione di cui al primo periodo". Per ogni procedimento individuato, ciascun Direttore/Responsabile delle Strutture aziendali procede al monitoraggio con cadenza annuale, con report da inoltrare al RPCT entro il 31.12.2023.

Il rispetto dei tempi procedurali costituisce elemento sintomatico della corretta attuazione dei principi in tema di giusto procedimento, correttezza dell'agire amministrativo, e conseguentemente degli obiettivi di prevenzione di cui al presente Piano di prevenzione della corruzione.

Aggiornamento per l'anno 2025

Dal monitoraggio pervenuto dalle varie articolazioni aziendali risulta il rispetto generale dell'azione di controllo dei tempi di conclusione dei procedimenti in quanto le stesse hanno dichiarato che non si sono verificati casi di superamento di detti tempi, se non poche eccezioni.

MISURA GENERALE:			
Monitoraggio tempi procedurali			
AREA DI RISCHIO	TUTTE		
TEMPI DI ATTUAZIONE	TRIENNIO 2025-2027		
AZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTI RESPONSABILI	
Controllo costante dei tempi di conclusione dei procedimenti	Invio comunicazione al RPCT entro il 15 gennaio di ogni anno sul rispetto o meno nell'anno precedente dei termini di conclusione dei procedimenti, motivando in caso di sfioramento dei termini previsti	Tutte le articolazioni aziendali	

La misura generale della trasparenza

Nell'ASL BN il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è anche il Responsabile della Trasparenza.

Come previsto dal D. Lgs. N.97/2016, il Piano triennale della prevenzione della corruzione o Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO comprende anche la sezione dedicata alla Trasparenza, intesa come misura di prevenzione del rischio corruttivo, con l'indicazione delle misure e degli strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione previsti dalla normativa vigente nonché l'individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, informazioni e dati, al fine di assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai sensi del D. Lgs. n.33/2013 come modificato ed integrato dal D. Lgs. n.97/2016.

Nell'individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, informazioni e dati, si è tenuto conto dell'attuale assetto organizzativo dell'ASL BN quale risultante dall'attuazione dell'Atto Aziendale adottato con DCA della Regione Campania n.69/2018 e successive modifiche di cui alle deliberazioni ASL BN n.178/2020, n.145/2021 e n. 452/2022, nelle more dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale da parte della Regione Campania.

A seguito dell'aggiornamento della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale, avvenuto nel corso del 2018, l'ASL BN aveva adottato una procedura che consentiva la pubblicazione autonoma da parte delle articolazioni aziendali dei documenti di rispettiva competenza, attraverso l'accesso al link <http://192.168.9.250/privata/> con apposite credenziali rilasciate dalla ex UOC CED ASL BN, procedura ancora in essere come confermato dalla disposizione aziendale prot. n.29908 del 09.03.2020 a cui si rimanda. Per alcuni documenti (per es. le dichiarazioni rese per l'insussistenza di cause di conflitto interessi, inconferibilità ed incompatibilità provvede l'URP o in assenza (nell'ASL BN attualmente l'Ufficio deve essere ricostituito per quiescenza dei suoi componenti) l'UOC GRU o per i collaboratori/consulenti esterni l'U.O. cui gli stessi afferiscono.

Nell'ambito del rifacimento del sito on-line dell'ASL BN è stata prevista anche la nuova Sezione di Amministrazione Trasparente, di imminente attivazione, che prevede l'alimentazione automatica di diverse sezioni (per es. quella delle Disposizioni Generali, dei Provvedimenti, di Bandi di gara e contratti, Bandi di concorso) attraverso un collegamento ipertestuale all'Albo Pretorio on-line. Tanto per consentire mediante questo automatismo di alimentare costantemente le sezioni di Amministrazione Trasparente riducendo quanto più possibile gli interventi manuali di caricamento dei dati.

In tale contesto il RPCT svolge un ruolo di impulso, coordinamento e monitoraggio sulla pubblicazione dei dati, documenti ed informazioni, ma non sostituisce gli uffici, nell'elaborazione,

nella trasmissione e nella pubblicazione degli stessi, come anzidetto, sono tenuti a garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge. Il mancato rispetto dell'obbligo di pubblicazione costituisce illecito disciplinare, oltre alle conseguenze e sanzioni specificatamente previste dalla normativa.

Nel corso dell'anno 2022, come relazionato anche nella Relazione del RPCT per l'anno 2022 pubblicata nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente, sono emerse numerose criticità riguardo all'uso e alla fruibilità della sezione stessa. La RPCT con numerose note ha segnalato le criticità rilevate sia alla Direzione Strategica che all'UOC di competenza al fine della risoluzione delle stesse; in effetti alcune delle criticità rilevate sono state risolte ed hanno consentito la pubblicazione dei dati con un'alimentazione della sezione abbastanza costante e in crescita rispetto agli anni precedenti. Sono stati fatti attivare nella sottosezione "Disposizioni generali", i collegamenti informatici a "Normattiva" ed al Sito della Regione Campania "Ufficio legislativo del Presidente" per la visualizzazione rispettivamente della normativa nazionale e regionale, come previsto dal D.LGS n.33/13 e s.m.i..

Il Legislatore in più occasioni, per es. con la decretazione d'urgenza durante gli anni della pandemia da covid 19, nonché l'ANAC con il PNA 2022 hanno introdotto modifiche agli obblighi di trasparenza; il PNA 2022 prevede infatti nell'allegato 9 nuovi obblighi di pubblicazione relativi alla sottosezione "Bandi gara e contratti"; tuttavia resta fermo l'Allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 "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". Sono riportati in tabella gli obblighi di pubblicazione, le righe colorate di grigio evidenziano i dati non più oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi del D.lgs 97/2016, nonché per effetto di ulteriori interventi normativi. Per i dati non di pertinenza dell'azienda, in coerenza con gli ambiti soggettivi di applicazione come definiti da ANAC (Delibera CIVIT 50/2013 all. 1 e determina ANAC n. 241/2017), ne è stata data specifica indicazione con l'apposizione di: (n/a).

Per quanto riguarda la tempistica, laddove le linee guida ANAC ne prevedano la tempestività, poiché non è stata data una precisa definizione del concetto di tempestività, al fine di rendere comunque immediatamente fruibile il dato si ritiene che la pubblicazione vada effettuata entro e non oltre 15 gg. dalla disponibilità del dato stesso. Per i dati soggetti all'aggiornamento "trimestrale", "semestrale" o "annuale", la pubblicazione è effettuata entro e non oltre 15 gg. dalla disponibilità dello stesso, allo scadere del trimestre, semestre o anno.

Quando si parla di aggiornamento del dato pubblicato non deve intendersi necessariamente la modifica del dato, in quanto può non essersi modificato, ma in tal caso si tratta solo di attuare un controllo sull'attualità delle informazioni pubblicate.

Trasparenza e nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg. UE 2016/679).

Alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e nel Codice in materia di protezione dei dati personali D. Lgs. n.296/ 2013 e s.m.i. come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, il trattamento dei dati personali è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. Ciò comporta che la pubblicazione dei dati in “Amministrazione trasparente” deve essere preceduta dalla verifica dell’esistenza di uno specifico obbligo di pubblicazione previsto dal d.lgs. n. 33/2013 o da altre fonti normative, ma comunque nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, integrità, adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento. La normativa prevede un bilanciamento tra il diritto alla conoscibilità e quello alla protezione dei dati personali, così, ai sensi dell’art. 25 del RGPD, il titolare del trattamento è tenuto a porre in essere *«misure tecniche e organizzative adeguate per garantire che siano trattati per impostazione predefinita (privacy by default) solo i dati necessari per ogni specifica finalità del trattamento»*; inoltre, lo stesso deve mettere *«in atto misure tecniche e organizzative adeguate, quali la pseudonimizzazione, volta ad attuare in modo efficace i principi di protezione dei dati, quali la minimizzazione [...]»*.

Da verifica effettuata nella sezione “Amministrazione trasparente”, si è potuto constatare la presenza di documenti con dati personali non oscurati (per es. nei curricula sono presenti C.F., indirizzi di residenza, indirizzi di mail etc) ed a tal proposito si ritiene necessario avviare una proficua attività di interlocuzione e di confronto con il DPO dell’ASL BN per verificare che sul sito di “Amministrazione Trasparente” ci sia il compiuto rispetto delle regole imposte dalla legge per tutti i dati pubblicati e ritenuti “sensibili” quindi sul rispetto della normativa in materia di privacy; inoltre si potrebbero eventualmente predisporre delle linee guida che siano consultabili da parte di coloro che si occupano della pubblicazione dei documenti.

Riguardo al rapporto tra trasparenza e privacy è ancora questione aperta quella dell’obbligo di pubblicazione previsto dall’art.14, co.1 lett. f) del D.gs. 33/2013 in materia di situazione reddituale e patrimoniale per quanto attiene l’ambito soggettivo di applicazione della norma relativamente alla Dirigenza delle Aziende Sanitarie. Nello specifico la Corte Costituzionale con la sentenza n. 20 del 23.01.2019 ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art.14, co.1-bis del D. Lgs. n.33/2013 *“nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all’art. 14, comma 1, lettera f), dello stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall’organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, anziché solo per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall’art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche)”*. La Corte Costituzionale ha quindi circoscritto in un ambito molto ristretto l’obbligo di pubblicazione dei dati

patrimoniali, limitandolo ai dirigenti titolari di amplissimi poteri decisori ed organizzativi e di diretta nomina da parte dell'Organo politico.

Alla luce di detta sentenza, l'ANAC è intervenuta nuovamente sulla questione con la delibera n. 586 del 26 giugno 2019, di modifica della precedente delibera n.241/2017, estendendo l'ambito soggettivo di applicazione della comunicazione e pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali (di cui alla lett. f)) ad altre categorie di pubblici dipendenti, non menzionati nella sentenza della Corte costituzionale, e ritenendo che per le Aziende Sanitarie sono individuabili nei *soli* soggetti di vertice del SSN e cioè «*il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non ('dirigenti apicali')*», esonerando i dirigenti di strutture semplici.

Il TAR Lazio, adito più volte sulla materia, con la sentenza n.12288 del 20/11/2020 ha annullato la Delibera n. 586 del 26/06/2019 dell'ANAC stabilendo che sono tenuti alla pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali solo i soggetti che compongono la direzione strategica delle aziende sanitarie (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo) escludendo quindi i Dirigenti Responsabili dei Dipartimenti ed UOC., come confermato anche con la sentenza n.6045 del 24.05.21.

Aggiornamento per l'anno 2025

L'Anac ritornando sulla materia controversa degli obblighi di pubblicazione ex art. 14 e 41 del d. lgs. n.33/2013 (rif. faq del 28.02.2024), anche a seguito dei c.d. decreti mille proroghe 2020 e 2021 che di fatto hanno sospeso le sanzioni per la mancata pubblicazione dei contenuti ex art. 14 del d. Lgs. n.33/2013 in attesa di un Regolamento sulla materia, ha stabilito che occorre sicuramente recuperare il debito informativo pregresso, laddove esistente, insorto a seguito della sospensione di tali obblighi, sebbene il regime sanzionatorio sia al momento sospeso. Inoltre ha ribadito che detto obbligo di pubblicazione riguarda esclusivamente la Direzione Strategica (per quanto previsto dal comma 1 e 1-ter del citato art. 14) e i Direttori dei Dipartimenti, delle Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici di ogni ruolo (per quanto previsto dal comma 1 da lett. a) a lett. e) e comma 1-ter del medesimo art. 14) . Ne sono esclusi tutti gli altri Dirigenti con incarichi diversi da quelli sopra elencati. Ad oggi il richiamato Regolamento non ancora è stato approvato dal Legislatore.

Qualità dei dati pubblicati, decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione

L'ANAC con la delibera n.1310/2016 ha fornito le linee guida circa le indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità e trasparenza di cui al D. Lgs.33/2013 e s.m.i. stabilendo, riguardo alla qualità dei dati pubblicati, decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione, che:

-i dati oggetto di pubblicazione devono essere esposti in tabelle al fine di rendere di più facile

comprensione l'informazione fornita con gli stessi;

- è necessario indicare la data di aggiornamento del dato, documento ed informazione ;

- la qualità della pubblicazione dei dati è garantita da requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto;

-circa la decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione, a norma dell'art. 8 del D.Lgs.33/2013, si ribadisce che i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati tempestivamente sul sito istituzionale dell'Azienda, mentre la durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (co. 3) fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15 co. 4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

-al riguardo l'art. 8, co. 3, dal D.Lgs. 97/2016 prevede che trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno, in quanto dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art. 5 D. Lgs. n.33/2013 e s.m.i..

Accesso civico cd. semplice e accesso civico generalizzato.

Il d. lgs. n.33/2013 come modificato dal D. Lgs. n.97/2016 disciplina all'art. 5 l'istituto dell'ACCESSO CIVICO distinto in accesso civico "semplice", co.1, ed accesso civico "generalizzato", co.2,:

-accesso civico "*semplice*" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria (Articolo 5 comma 1 del D.lgs. 33/2013): l'istituto prevede l'obbligo in capo alle Pubbliche Amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati e il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

- accesso civico "*generalizzato*" concernente dati e documenti ulteriori (Articolo 5 comma 2 del D.Lgs 33/2013): l'istituto riconosce il diritto all'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi dello stesso D.lgs. n. 33/2013.

L'ASL BN con la deliberazione n.178 del 28.03.2018 ha adottato il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, accesso civico semplice ed accesso civico generalizzato dell'ASL Benevento", contenente la disciplina per l'esercizio delle tre tipologie di accesso e la relativa modulistica da utilizzare, consultabile nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione "Accesso civico".

Sempre nella stessa sottosezione è pubblicato il "Registro degli accessi", come disposto dalla delibera ANAC n.1309/2016 e dalla Circolare del Ministro per la semplificazione e la pubblica

amministrazione n.2/2017, che per tutto l'anno 2022 non è stato alimentato in quanto l'URP non risultava costituito con personale specifico dopo il pensionamento delle unità di personale assegnate all'Ufficio medesimo. Nel corso del 2022, in collaborazione con l'URP, ricostituito con l'assegnazione di personale, sono state predisposte delle note indirizzate alle Articolazioni Aziendali per invitarle al rispetto della procedura prevista nel Regolamento aziendale al fine dell'alimentazione del Registro, che deve contenere l'elenco delle richieste di accesso pervenute ai vari uffici dell'ASLBN, riportandone l'oggetto, la data, il riferimento di acquisizione al protocollo, l'esito con la data della decisione. Recentemente sono pervenuti i dati in ordine alle richieste di accesso anno 2022 che hanno consentito di alimentare il Registro e di procedere alla pubblicazione in Amministrazione Trasparente.

Aggiornamento per l'anno 2024

Anche per l'anno 2023 risulta pubblicato semestralmente il registro degli accessi nell'apposita sezione di A.T..

Si rileva dalla nota prot. n. 1337 del 04.01.2024 dell'URP-Comunicazione aziendale che la procedura prevista dal Regolamento aziendale vigente sull'accesso non viene completamente assolta da tutte le articolazioni aziendali. Con riguardo al regolamento aziendale in materia, giusta deliberazione n.178 del 28.03.2018, si ritiene che lo stesso debba essere oggetto di aggiornamento per renderlo adeguato alle intervenute modifiche normative e di tanto se ne darà comunicazione alla Direzione Strategica. Tutta la materia dell'accesso richiede quindi una particolare attenzione al fine di rendere detto istituto giuridico ex L.241/90 ed ex D. Lgs. n.97/2016 perfettamente fruibile da parte degli Interessati.

Aggiornamento per l'anno 2025

Con la deliberazione aziendale n. 353 del 10.07.2024 è stato adottato il nuovo Regolamento aziendale in materia di diritto di accesso agli atti o documentale, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato, che ha disciplinato la materia conformemente alle previsioni di legge e stabilito la procedura aziendale per l'esercizio del diritto nonché la modulistica da adottare.

Individuazione dei dati ulteriori

Nella sottosezione di secondo livello "Altri contenuti-Dati ulteriori" sono ospitati ai sensi degli art. 7 bis, c.3, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 i dati, le informazioni e i documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili a nessuna delle sottosezioni previste dall'Allegato al d.lgs. n. 33/2013.

Possono trattarsi di dati di cui si rende opportuna la pubblicazione su richiesta dei dirigenti responsabili o a seguito di richieste avanzate dagli *stakeholders* nel corso della consultazione (o in

sede di analisi delle richieste di accesso civico pervenute), fermo restando il rispetto di quanto disposto dal terzo comma dell'art. 7 *bis* del d.lgs. n. 33/2013 che prevede esattamente che la pubblicazione debba avvenire nel rispetto dei limiti indicati dall'articolo 5 *bis*, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti. Detta disposizione normativa è integrativa della disciplina in materia di tutela della *privacy* di cui al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «*relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE*» (di seguito RGPD) ed al d.lgs. n. 101/2018, di modifica al Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196). Si valuterà nel corso del triennio, anche attraverso specifica richiesta ai Dirigenti delle Articolazioni Aziendali, la possibilità di individuare categorie di dati/documenti da pubblicare nella sottosezione "Dati ulteriori".

Aggiornamento per l'anno 2024

Gli obblighi di pubblicazione come disciplinati dal D. Lgs. 33/2013, modificato dal D.Lgs. n.97/2016, nonché dalla delibera ANAC n.1310 del 28.12.2016 e dalle ultime previsioni introdotte dal PNA 2022 e dall'aggiornamento dello stesso con la delibera ANAC n.605 del 19.12.2023, con l'indicazione dei Responsabili della pubblicazione e dei termini di scadenza per la pubblicazione sono riportati nell'allegato n.3 al presente PIAO.

Nel corso del 2023, come preannunciato nel PIAO 2023-2025, si è avuto il passaggio dal vecchio sito on-line ASL BN (www.aslbenevento1.it) al nuovo sito <https://www.aslbenevento.it>; ciò ha determinato anche l'abbandono della precedente sezione di Amministrazione Trasparente (in seguito A.T.) con il passaggio alla nuova sezione dal 03.05.2023 raggiungibile al seguente link:

<https://www.aslbenevento.it/amministrazione-trasparente>, lasciando comunque disponibile la precedente sezione con un collegamento ipertestuale.

A partire dal mese di febbraio 2023 si è attivata una collaborazione sinergica con il Responsabile dell'Ufficio Gestione Tecnologie Informatiche (incontri vari anche da remoto con la società proprietaria del sw, cospicua corrispondenza per la segnalazione di problematiche da risolvere) per l'attivazione della nuova sezione di A.T. che ha tenuto conto delle anomalie rilevate sulla vecchia sezione A.T., di complessa fruibilità come più volte rilevato anche in sede di Relazione annuale del RPCT, per addivenire ad una nuova sezione di A.T. facilmente fruibile da parte degli Operatori ASL BN e dei cittadini.

Tutt'ora siamo in una fase di ulteriore implementazione e aggiustamento della nuova sezione al fine di consentire una risposta più corretta ed efficace possibile alle esigenze aziendali e per consentire una maggiore pubblicazione automatica di dati, documenti e informazioni (rif. nota RPCT prot. n.110314 del 21.11.2023). A tal proposito infatti è stato elaborato l'applicativo "Atti di

gara e contratti” di GEDOC per l’alimentazione della sottosezione “Bandi di gara e contratti” di A.T. e per la gestione unitaria dei provvedimenti inerenti le procedure di affidamento beni-servizi-lavori, procedendo preliminarmente alla necessaria formazione degli operatori ASL BN interessati alla pubblicazione in questione. Sono stati previsti diversi automatismi tra il sistema documentale GEDOC e A.T. con il caricamento automatico delle sottosezioni “Provvedimenti”, “Atti amministrativi generali”, “Bandi di concorso”, “Avvisi e bandi”. Dalle verifiche effettuate dall’OIV ASL BN al 30.06 e 30.11.2023, sebbene sono state prese in considerazione solo alcune sottosezioni, è emerso un generale miglioramento dell’alimentazione di A.T. fatta eccezione per la nuova sottosezione “Bandi di gara e contratti” introdotta dal PNA 2022 che comunque è stata alimentata dai soggetti interessati con i documenti a disposizione.

In generale però, anche grazie agli automatismi attivati, si rileva per il 2023 un’implementazione del caricamento dei dati su A.T..

L’aggiornamento al PNA 2022 giusta delibera ANAC n.605/2023 ha di fatto introdotto delle novità anche in termini di trasparenza per quanto attiene specificatamente al settore degli appalti pubblici. Infatti l’entrata in vigore del nuovo Codice degli Appalti - D. Lgs. n.36/2023 dal 01.07.2023, ha reso necessario l’aggiornamento di cui sopra del PNA 2022; in particolare per quanto riguarda la trasparenza dei contratti pubblici, posto che dal 01.01.2024 è entrata in vigore la disciplina della digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici ex art. 19 e segg. del D. Lgs. n.36/23, il legislatore ha previsto anche un nuovo regime di pubblicità legale, ex art. 27 del Codice, e di trasparenza dei contratti pubblici, ex art.28 di cui di seguito si riporta il testo:

“Art. 28. (Trasparenza dei contratti pubblici)

1. Le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ai sensi dell'articolo 35 ovvero secretati ai sensi dell'articolo 139, sono trasmessi tempestivamente alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme digitali di cui all'articolo 25.

2. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurano il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la Banca dati nazionale dei contratti pubblici, secondo le disposizioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. Sono pubblicati nella predetta sezione di cui al primo periodo la composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti, nonché i resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione.

3. Per la trasparenza dei contratti pubblici fanno fede i dati trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC, la quale assicura la tempestiva pubblicazione sul proprio portale dei dati ricevuti, anche attraverso la piattaforma unica della trasparenza, e la periodica pubblicazione degli stessi in formato aperto. In particolare, sono pubblicati la struttura proponente, l'oggetto del bando, l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte, l'aggiudicatario, l'importo di aggiudicazione, i tempi di completamento dei lavori, servizi o forniture e l'importo delle somme liquidate.

4. L'ANAC, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del codice, individua con proprio provvedimento le informazioni, i dati e le relative modalità di trasmissione per l'attuazione del presente articolo.”

In virtù di questa nuova disciplina l'ANAC è intervenuta con vari atti per regolamentare la materia, in particolare qui rilevano le delibere ANAC n. 261/2023, n.264/2023 e successiva modifica, n.582/2023, chiarendo che le stazioni appaltanti adempiono agli obblighi di pubblicazione ai fini della trasparenza mediante la comunicazione tempestiva alla Banca dati Nazionale dei Contratti Pubblici - BDNCP (attraverso l'utilizzo di piattaforme di approvvigionamento digitale certificate) di tutti i dati e le informazioni individuati dalla delibera ANAC n. 261/2023. Nella sezione A.T. dell'Ente va inserito pertanto un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita dei contratti contenuti nella BNDPCP. Permane l'obbligo di pubblicazione in A.T., sottosezione "Bandi di gara e contratti", dei dati non inviati alla BDNCP e precisati nell'allegato 1) della delibera ANAC n. 264/2023 come modificata dalla delibera ANAC n.601 del 19.12.2023 che si riporta nell'allegato n.3 al presente PIAO.

Pertanto, come chiarito dall'ANAC nella delibera n.605/2023 si verifica quanto segue:

- 1) per le procedure di affidamento avviate prima o dopo l'entrata in vigore del nuovo Codice degli appalti e concluse al 31.12.2023 la pubblicazione di dati e informazioni su A.T. avviene secondo l'allegato n.9 al PNA 2022, inserito nell'allegato n.2 al PIAO 2023-2025, che resta in vigore fino al 31.12.2023 giusta delibera ANAC n.605/23;
- 2) per le procedure di affidamento avviate prima o dopo l'entrata in vigore del nuovo Codice degli appalti e non concluse al 31.12.2023, si rimanda alla delibera ANAC n.582/2023 e agli adempimenti in essa stabiliti;
- 3) per le procedure avviate dopo il 01.01.2024 si rimanda a quanto detto sopra circa l'invio dei dati alla BNDPCP e alla pubblicazione di tutti gli altri dati secondo l'allegato n.1 della delibera ANAC n.264/2023.

Aggiornamento per l'anno 2025

Nel corso del 2024 è stata confermata la tendenza al miglioramento del caricamento dei dati/informazioni su Amministrazione Trasparente, sia in termini quantitativi che qualitativi, grazie anche al continuo processo di miglioramento della piattaforma in collaborazione con gli uffici aziendali che si occupano dei sistemi informatici e all'attività svolta di sollecitazione nei confronti delle articolazioni aziendali con specifiche note e con incontri mirati a seguito di un monitoraggio costante della sezione. Permangono ancora dei gap informativi a volte dovuti alla resistenza di alcuni uffici ad adempiere costantemente agli obblighi di pubblicazione altre volte a causa della mancanza dei documenti oggetto di pubblicazione.

La sezione "Dati Ulteriori" è stata alimentata con documenti/informazioni relativi alla Privacy e al Rischio Clinico.

Monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”

Il monitoraggio sull’attuazione della Sezione de qua, come dispone la normativa in materia, è sostanzialmente di due livelli:

- Il primo livello è rappresentato dal monitoraggio esercitato dai Dirigenti Responsabili delle Articolazioni Aziendali che costantemente devono verificare sul campo la funzionalità delle misure di prevenzione dei rischi corruttivi e devono garantire la continua e corretta alimentazione della sezione Amministrazione Trasparente;
- Il secondo livello appartiene al RPCT che è tenuto a svolgere una costante attività di controllo sul funzionamento complessivo del sistema adottato nel PTPCT per fronteggiare il malaffare, consentendo in tal modo un miglioramento progressivo e costante del sistema nel suo complesso; il monitoraggio deve riguardare anche la pubblicazione degli atti e informazioni ai fini di verificarne la completezza, la chiarezza e l’aggiornamento.

Riguardo lo stato di attuazione del PTPCT 2022-2024, sono stati effettuati almeno tre monitoraggi nel corso dell’anno 2022: a gennaio in occasione della redazione della Relazione per l'anno 2021, nonché a maggio e ottobre per la relazione sulla trasparenza all'OIV, a dicembre ai fini della redazione della Relazione per l'anno 2022, nonché tutte le volte che è stato necessario dare risposte ai quesiti posti da vari Soggetti aziendali per specifiche sottosezioni.

Già prima dell'adozione del nuovo PTPCT 2022-2024 con nota a firma congiunta della RPCT e della Direzione strategica prot. n.30672 del 22.03.22 e successivamente dopo l'adozione del Piano, giusta delibera ASL BN n.141 del 29.04.22, con note prot. n.49566/22, n.95406/22, le Articolazioni aziendali sono state invitate e compulsate alla puntuale attuazione di quanto previsto nel Piano medesimo sia in termini di misure di prevenzione della corruzione che in termini di adempimenti per la trasparenza. A tal riguardo, in occasione delle verifiche da parte dell'OIV sulla sezione Amministrazione Trasparente a maggio e ottobre 2022, con varie note specifiche oltre quelle sopra indicate (prot. n.53924/22, n.53926/22, pec del 10.10.22, pec del 22.10.22, pec del 24.10.22, pec del 28.10.22) si è proceduto a richiedere l'intervento risolutivo finalizzato alla pubblicazione dei dati mancanti. Infatti nell'anno 2022 la RPCT è stata chiamata in più occasioni a prestare collaborazione e supporto a diversi Soggetti aziendali in merito a chiarimenti ed indicazioni su come procedere all'attuazione del PTPCT.

Per quanto attiene il monitoraggio generale sullo stato di attuazione del Piano nella sua completezza, considerata anche l'adozione del PTPCT 2022-2024 in data 29.04.22 e del successivo PIAO in data 29.07.22, si è proceduto ad effettuare un solo monitoraggio a fine anno con nota prot. n.122730 del 20.12.2022, richiedendo alle Articolazioni aziendali una puntuale relazione su quanto posto in essere, senza inviare specifici report.

Per l’anno 2023 si cercherà di intensificare le attività di monitoraggio del RPCT, almeno con due

verifiche semestrali della sezione Amministrazione Trasparente e con richieste specifiche sullo stato di attuazione delle misure preventive generali, sopra illustrate, e su quelle specifiche di cui all'allegato riportante le tabelle redatte per l'anno 2022 in sede di mappatura dei processi aziendali per diverse le Articolazioni Aziendali, come sopra esplicitato.

Aggiornamento per l'anno 2024

Anche nell'anno 2023 si è proceduto a richiamare l'attenzione di tutti i dipendenti dell'ASL BN e in particolare dei Dirigenti Responsabili, sulla necessità di prendere visione del PIAO 2023-2025 in toto e in particolare delle prescrizioni contenute nella sezione "Rischi corruttivi e trasparenza". Costante, compatibilmente con le ulteriori attività assegnate, è stata l'attività di controllo, verifica della RPCT che ha comportato la predisposizione di numerose note interlocutorie con le varie articolazioni aziendali in tema di prevenzione della corruzione, di trasparenza, di accesso civico e documentale.

In particolare, le verifiche su A.T. sono state continue al fine dell'attivazione e implementazione della nuova sezione di A.T., come anzidetto, oltre che in sede di verifiche semestrali da parte dell'OIV.

In sede di monitoraggio sull'attuazione delle misure preventive sono stati predisposti specifici report per consentire una risposta sintetica ma parimenti efficace da parte delle articolazioni aziendali su quanto richiesto dal RPCT.

Aggiornamento per l'anno 2025

L'attività di monitoraggio svolta dal RPCT è stata costante in materia di trasparenza, accedendo frequentemente sulla sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale, esitando in richiami alla corretta e costante pubblicazione di quanto richiesto dalla normativa vigente in materia anche con riguardo ad aspetti inerenti alla privacy. Costante è stata anche la verifica di A.T. per quanto attiene la funzionalità della piattaforma informatica in sinergia con l'UOC Ingegneria clinica HTA ed evoluzione digitale. Come previsto dalla normativa, è stato dato all'OIV ASL BN il dovuto supporto in occasione della verifica ex delibera Anac n. 213/2024 al 31.05.2024. La successiva verifica al 30.11.2024 è stata effettuata dal RPCT in carenza dell'OIV per scadenza ad ottobre 2024 del relativo incarico. Pertanto, come previsto dall'Anac, si è proceduto giusta autorizzazione del Direttore Generale ASL BN del 30.12.2024 a profilarsi in Anac come OIV e a compilare la griglia predisposta all'uso, pubblicata anche in A.T. del sito ASL BN.

Il monitoraggio sulle misure generali e specifiche individuate nel PIAO per far fronte ai rischi corruttivi è stato effettuato con l'ausilio di specifici report inviati alle articolazioni aziendali con la nota prot. n.3519 del 13.01.2025 a cui le articolazioni aziendali hanno dato riscontro, come risulta dagli atti dell'ufficio del RPCT.

➤ SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Sottosezione Struttura Organizzativa (a cura della RPCT ASL BN)

Aggiornamento per l'anno 2025

La presente sezione è completamente sostituita rispetto al PIAO 2023- 2025 per rispettare la nuova struttura organizzativa che l'ASL di Benevento sta assumendo a seguito dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale da parte della Regione Campania con la Delibera di Giunta Regionale n.58 del 08.02.2024. Al riguardo, pertanto, di seguito si riporta un estratto del vigente Atto Aziendale a cui si rimanda per i dettagli specificando che lo stesso è rinvenibile sul sito aziendale www.aslbenevento.it in Amministrazione Trasparente nella sezione "disposizioni generali – atti generali – documenti di programmazione strategica e gestionale".

La strutturazione di base

Nel contesto socio-economico di riferimento, l'ASLBN ispira la propria attività ad una politica aziendale orientata alla programmazione concertata, al raggiungimento di standard di attività, alla verifica trasparente dei risultati, al principio economico della razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

L'assetto organizzativo-funzionale delineato dal vigente Atto Aziendale è finalizzato a garantire:

- a) flessibilità organizzativa e procedurale;
- b) dipartimentalizzazione;
- c) adeguati livelli di qualificazione ed economicità dell'attività;
- d) promozione delle attività valutative e di miglioramento della qualità;
- e) umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
- f) integrazione trasversale delle competenze e dei servizi;
- g) legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa;
- h) decentramento dei poteri gestionali, attraverso un organico sistema di deleghe a dirigenti preposti alle strutture organizzative, individuate come centri di responsabilità;
- i) accentramento dei poteri di programmazione, organizzazione ed indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo aziendale in rapporto fiduciario.

Organizzazione dell'Azienda

La configurazione organizzativa dell'Azienda, come prevista dall'Atto aziendale vigente, è la seguente:

A) Strutture di staff e di supporto alla Direzione Strategica aziendale:

- tecnostrutture direzionali
- strutture di base

- strutture centrali sanitarie
 - strutture centrali tecnico amministrative
- B) Dipartimenti, Distretti, Articolazioni Aziendali sanitarie
- Dipartimento di Prevenzione
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Distretti Sanitari (Benevento, San Giorgio del Sannio, Montesarchio, Telesse, Alto Sannio Fortore)
 - Farmaceutica territoriale
 - Emergenza territoriale 118.

L'organizzazione aziendale tiene conto dell'articolazione in tre livelli assistenziali:

1. Assistenza Ospedaliera (garantita dalle strutture private del territorio in quanto l'ASL BN non possiede Presidi Ospedalieri)
2. Assistenza Sanitaria Collettiva
3. Assistenza Distrettuale.

Organi e organismi dell'azienda

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 502/92, è titolare della rappresentanza legale. Egli esercita i poteri esclusivi di gestione dell'ASL mediante l'adozione di atti aventi natura provvedimento. Ha le responsabilità connesse alle funzioni di indirizzo politico-amministrativo e strategico dell'Azienda, che esercita attraverso la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

Il Direttore Generale, in particolare, provvede:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- alla nomina dei Collegi Tecnici, del Comitato Unico di Garanzia di cui all'art. 57 del D.Lgs.n.165/01 e di ogni altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale;
- all'adozione dell'atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- all'adozione degli atti di organizzazione interna delle articolazioni aziendali, nonché alla

nomina e alla revoca dei responsabili delle stesse ed al conferimento degli incarichi professionali;

- alla adozione del documento per la valutazione dei rischi ed alla nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, da individuare in figura diversa dal Responsabile di Area Tecnica preposto alla manutenzione;
- alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse, nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria;
- all'adozione del piano attuativo locale, del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'ASL e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- alla determinazione della dotazione organica aziendale;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
- all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalla normativa vigente.

Le funzioni relative agli atti di governo dell'ASL BN sono riservate in via esclusiva al Direttore Generale. Sono delegabili ai Dirigenti dell'Azienda, le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni aziendali, tra cui:

- l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
- l'esercizio dei poteri di spesa nell'ambito degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;
- l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;
- la stipula dei contratti;
- la delega delle funzioni di datore di lavoro ai sensi del D.Lgs 81/2008.

Per le complesse funzioni di liquidazione della situazione debitoria delle ex UUSSLL della Provincia di Benevento, spettano al Direttore Generale le competenze della Gestione Liquidatoria delle ex UUSSLL afferenti alla ASL Benevento. In particolare:

- ricognizione analitica delle singole partite debitorie e creditorie riconducibili alle USL confluite alla costituzione della ASL di Benevento;
- gestione del contenzioso per eventi verificatisi entro il 31 dicembre 1994;
- procedure di svincolo di pignoramenti accessi presso le tesorerie delle disciolte USL;
- attivazione di procedure di recupero crediti fino al 31 dicembre 1994;

- predisposizione degli atti di riconoscimento di debiti pregressi al 31 dicembre 1994 finalizzati al pagamento degli stessi da parte di Regione Campania;
- gli adempimenti previsti nella LR 11/84.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario Aziendale, con il Direttore Amministrativo, concorre al governo dell'azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti. Dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dal D. Lgs. n.502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Leggi Regionali fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dal D. Lgs. n.165/2001 e s.m.i..

Il Direttore Sanitario, in particolare:

- esprime parere sugli atti del Direttore Generale, per quanto di propria competenza ed a richiesta del medesimo;
- svolge le funzioni e adotta gli atti ad esso delegati e attribuiti dal Direttore Generale;
- formula, per le materie di competenza, proposte al Direttore Generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari;
- cura, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- determina, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore Generale;
- verifica e controlla l'attività dei dirigenti dei servizi sanitari e adotta i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al Direttore Generale, anche ai fini delle valutazioni di performance;
- presiede il Consiglio dei Sanitari;
- svolge ogni altra funzione attribuitagli dalle leggi e dai regolamenti, compresa la funzione di sostituzione in caso di inadempimento dei provvedimenti ritenuti strategici ai sensi dei commi 4 bis, 9 e 9 bis, art. 2, Legge 7 agosto 1990 n. 241 e comma 7, art. 3, D. Lgs. 502/92.

Il Direttore Sanitario, di propria iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, può, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

È responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico dell'azienda, intesi come insieme organizzato di attività, avvalendosi delle funzioni afferenti al Risk Management e dei comitati, delle Commissioni e dei Gruppi di Lavoro previsti dalla normativa vigente o ritenuti opportuni nell'ambito dell'Azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina

e nella complessiva erogazione della assistenza.

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Strategica, il Direttore Sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti professionali, di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Il Direttore Sanitario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- sistemi informativi sanitari
- formazione
- analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei Distretti;
- accreditamento;
- coordinamento e pianificazione delle attività in RSA, Ospedali di Comunità, Hospice, SIR e SUAP);
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie.

Il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale dei comitati, delle commissioni e dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina, nell'assistenza e nella prevenzione, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico.

Alla Direzione Sanitaria, afferiscono le seguenti linee di attività:

- Valutazione delle attività delle strutture di ricovero presenti sul territorio Aziendale anche tramite la verifica delle SDO;
- Pianificazione attività di screening, a cui è attribuita la supervisione sull'attivazione e sul governo degli screening previsti dalle disposizioni regionali e nazionali;
- Valutazione sottoinsieme indicatori core del sistema NSG;
- Pianificazione di attività inerenti il CUP, le liste di attesa e l'ALPI;
- Attivazione ed integrazione con le altre Aziende insistenti sul territorio per la tutela dei percorsi di garanzia;
- Pianificazione delle attività di assistenza all'estero dei cittadini emigrati, dei lavoratori

stranieri, degli STP, e dei cittadini italiani che si ricoverano all'estero per cure sanitarie;

- Coordinamento attività di donazione e trapianti di organo;
- Pianificazione delle attività relative alle malattie rare;
- Supporto al Comitato Etico Campania Nord cui si afferisce;

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo, con il Direttore Sanitario, concorre al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti.

Il Direttore Amministrativo, in particolare:

- esprime parere sugli atti del Direttore Generale per quanto di propria competenza ed a richiesta del medesimo;
- svolge le funzioni e adotta gli atti delegati dal Direttore Generale;
- formula, per le materie di competenza, proposte al Direttore Generale, ai fini dell'elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- cura, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso i servizi diretti;
- dirige i servizi amministrativi dell'azienda ai sensi di quanto disposto dal D.Lgs. n. 502/92, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti;
- assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico;
- definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico-finanziario aziendale e garantisce lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presidono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale;
- promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo;
- determina, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore Generale;
- verifica e controlla l'attività dei dirigenti dei servizi amministrativi e adotta i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al Direttore Generale, anche ai fini delle valutazioni di performance;
- svolge ogni altra funzione attribuitagli dalla normativa vigente, compresa la funzione di sostituzione in caso di inadempimento dei provvedimenti ritenuti strategici ai sensi dei commi 4 bis, 9 e 9 bis, art. 2, Legge 7 agosto 1990 n. 241 e comma 7, art. 3, D. Lgs. 502/92.

Il Direttore Amministrativo, per le funzioni operative di supporto all'attività dell'azienda, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- gestione giuridico-economica delle Risorse Umane;
- gestione e sviluppo dell'ICT e digitalizzazione;
- gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
- gestione degli affari e delle consulenze legali;
- progettazione, esecuzione e gestione di interventi strutturali;
- acquisizione, manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;
- acquisizione, manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;
- acquisizione beni e servizi.

Il Direttore Amministrativo, di propria iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, può, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione di procedimenti che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale ed è composto da tre membri, ai sensi dell'art.3 ter del D.Lgs. n. 502/92, del D.Lgs 123/2011 e della L.R. n. 20/2015.

Il Collegio Sindacale, nella prima seduta convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente secondo le modalità previste dalle norme.

Detto organo, pur non entrando nella gestione e nella amministrazione attiva dell'ASL, come riportato nel comma 5 dell'articolo 20, del citato D.Lgs 123/2011 provvede:

- a) alla verifica dell'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- b) alla vigilanza sull'osservanza delle disposizioni di legge;
- c) all'accertamento della regolare tenuta della contabilità e della conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) all'elaborazione della relazione al Direttore Generale in merito alle indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- e) a riferire almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- f) alla trasmissione periodica, e comunque con cadenza almeno semestrale, di una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'ASL alla Conferenza dei Sindaci.

Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è costituito dal Direttore Generale, che ne disciplina anche le modalità di funzionamento mediante l'adozione di uno specifico regolamento.

Il Collegio di Direzione è composto dalle figure indicate dall'art. 3 comma 5 del L.R. 20/2015 e svolge le seguenti funzioni:

- a) concorre al governo delle attività cliniche;
- b) partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione, le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e le modalità di pubblicità e divulgazione delle stesse;
- c) concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni;
- d) partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Ai componenti del Collegio non è corrisposto alcun emolumento quale compenso, indennità o rimborso spese.

Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria.

A richiesta, fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico- sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria.

I pareri del Consiglio dei Sanitari si intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario. La rappresentanza è composta da:

- a) n. 6 dirigenti, di cui 2 medici territoriali, 2 medici veterinari e 2 medici convenzionati con il SSN, di cui uno proveniente dall'area dell'assistenza primaria ed uno da quella della specialistica ambulatoriale;
- b) n. 2 dirigenti sanitari laureati non medici;
- c) n. 2 unità del personale infermieristico;
- d) n. 1 unità del personale tecnico sanitario.

Le modalità ed i termini di elezione del Consiglio dei Sanitari, nonché le funzioni ad esso attribuite e le modalità di funzionamento sono disciplinate con regolamento adottato dal

Direttore Generale nel rispetto dell'art. 25 della L.R. n. 32/94.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Ai sensi del D. Lgs 150/2009 l'Azienda costituisce l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), organismo indipendente che sostituisce i servizi di controllo di cui al D.Lgs 286/1999. Esso riferisce direttamente alla Direzione Strategica ed è nominato dal Direttore Generale per un periodo di tre anni. È un organismo collegiale composto da tre componenti dotati dei requisiti previsti dalla normativa e dalle circolari applicative della CIVIT. L'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta. L'OIV svolge i compiti di cui all'art. 14 del D. Lgs 150/2009, dalla legge 190/2012 e dal D.Lgs. 33/2013.

Al fine di fornire adeguato supporto amministrativo e tecnico istruttorio alla struttura è prevista la definizione di una Struttura Tecnica Permanente la cui responsabilità è affidata ad un dirigente incardinato in struttura afferente alla Direzione Generale ed individuato nel Dirigente Responsabile della UOC Sistema Informativo Statistico e Affari Interni.

La Direzione Strategica

Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione Strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, che sintetizza in maniera integrata le valutazioni e gli apporti specifici necessari a definire, in base alle indicazioni della programmazione regionale, le strategie ed i programmi aziendali, di cui controlla l'attuazione.

Afferiscono ordinariamente alla Direzione Strategica le attività di individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali, di organizzazione aziendale e programmazione dei livelli di produttività e qualità delle prestazioni, di pianificazione delle risorse e degli investimenti, di programmazione e coordinamento delle linee progettuali, di relazioni interne ed esterne, di garanzia della sicurezza e della prevenzione, di controllo di gestione, di vigilanza e di controllo esterno sull'assistenza erogata dalle strutture sanitarie.

Servizi Strategici Direzione Generale

Afferiscono alla Direzione Strategica le seguenti articolazioni (si rimanda all'Atto Aziendale per il dettaglio delle funzioni svolte):

- l'UOC Servizio Informativo-Statistico e Affari Interni;
- l'UOC Prevenzione e Protezione e Risk Management.

La strutturazione organizzativa amministrativa e sanitaria

La strutturazione organizzativa amministrativa e sanitaria dell'ASL, dirette rispettivamente dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario secondo le previsioni dell'art. 3, comma 7, del D.Lgs. 502/1992, è definita nel presente Atto Aziendale con l'individuazione dei distretti, dei dipartimenti, delle unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici, con indicazione, per ognuna delle articolazioni aziendali, delle principali caratteristiche e competenze.

L'assetto di base ricomprende strutture di produzione di servizi a livello dipartimentale e distrettuale, funzioni di assistenza rientranti nei livelli essenziali e strutture dipartimentali, complesse e semplici relative ad attività gestionali centralizzate e di supporto al sistema erogativo.

Servizi centrali amministrativi

Le linee di attività afferenti alla Direzione Amministrativa Aziendale sono organizzate secondo un modello articolato di servizi ed uffici, con configurazione strutturale diversificata, allo scopo di garantire la corretta integrazione ed omogenea esecuzione delle attività amministrative e tecniche dell'Azienda.

Tale modello ricomprende le Strutture di seguito elencate (si rimanda all'Atto Aziendale per il dettaglio delle funzioni svolte):

- UOC Affari Legali, che comprende l'UOS Contenzioso;
- UOC Gestione Risorse Umane che comprende tre UU.OO.SS. "Gestione Giuridica del Personale", "Gestione trattamento economico del personale", "Formazione";
- UOC Gestione Economico-Finanziaria che comprende l'UOS Gestione di crediti e debiti;
- UOC Acquisizione Beni e Servizi / Economato;
- UOC Tecnico-Manutentiva;
- UOC Ingegneria Clinica, HTA, Telemedicina ed Evoluzione Digitale.

STRUTTURE E SERVIZI TERRITORIALI

I Distretti Sanitari

I Distretti rappresentano il baricentro delle attività territoriali aziendali. Rientra tra le strategie aziendali il loro potenziamento in relazione ai fondi del PNRR, secondo quanto previsto dal DM 77/2022. L'Azienda assegna ai Distretti la prioritaria funzione di integrazione con le altre strutture dell'Azienda nonché con le Istituzioni Locali che condividono responsabilità di tutela della salute. Ad essi è attribuito il mandato di garanzia dei LEA distrettuali.

I Distretti agiscono con percorsi strutturati nelle fasi di accoglienza, valutazione e presa in carico multidimensionale e multiprofessionale e di valutazione degli esiti, privilegiando il lavoro in team/equipe.

Ogni distretto è sede di gestione ed erogazione delle prestazioni sanitarie assistenziali proprie delle cure primarie (Primary Health Care) e delle attività di educazione alla salute.

Al Distretto competono l'analisi del bisogno di salute, la promozione di corretti stili di vita della popolazione e l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e di integrazione sociosanitaria, secondo quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza.

Il Distretto è strutturato sul modello della "presa in carico". Con tale termine si intende l'operatività

attraverso la quale si instaura un rapporto continuo con la Medicina Generale e i Pediatri di Libera

S

Scelta che presidia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA), nonché la valutazione funzionale Multidimensionale e la definizione di Progetti Assistenziali Individuali, configurandosi, pertanto, quale unico punto d'accesso (PUA) alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari. Tra i principali adempimenti richiesti al Distretto si individuano:

- a) contributo alla elaborazione del Piano delle Attività Territoriali (PAT), avendo attenzione al sistema delle compatibilità in termini di risorse e di bisogni;
- b) garanzia del presidio permanente delle attività assistenziali;
- c) produzione di servizi adeguati per profilo quali-quantitativo ai bisogni della popolazione e all'andamento delle risorse disponibili;
- d) garanzia, in collaborazione con le funzioni di programmazione e controllo, del buon funzionamento del sistema informativo, e puntuale ed esaustivo assolvimento dei debiti informativi e, attraverso il controllo di budget, dell'efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse;
- e) redazione della relazione annuale del Distretto;
- f) monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini quantitativi e qualitativi;
- g) partecipazione al processo di budget presidiando gli obiettivi di competenza;
- h) committenza, secondo quanto indicato dalla normativa regionale, verso le strutture accreditate.

Il Distretto si identifica con l'area territoriale dove sono presenti tutti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie, sia pubbliche che private accreditate.

Il territorio dell'ASL Benevento è suddiviso in cinque Distretti Sanitari:

1. Distretto Sanitario di Benevento, con sede a Benevento (codice regionale 07);
2. Distretto Sanitario di San Giorgio del Sannio, con sede a San Giorgio del Sannio (codice regionale 08);
3. Distretto Sanitario di Montesarchio, con sede a Montesarchio (codice regionale 09);
4. Distretto Sanitario di Telesse Terme, con sede a Telesse Terme (codice regionale 10);
5. Distretto Sanitario Alto Sannio Fortore, con sede a San Bartolomeo in (codice regionale 11).

La Direzione dei Distretti Sanitari è configurata quale incarico di struttura complessa; per ogni Distretto sono previste 2 Unità Operative Semplici: l'UOS Assistenza Sanitaria e l'UOS Fasce Deboli.

Presso ogni distretto sono operanti 2 AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) di Medici di Medicina Generale e 1 AFT di Pediatria di Libera Scelta.

Presso il Distretto di Telesse Terme è operativo il presidio territoriale di Cerreto Sannita, configurato quale Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS), con le seguenti attività specialistiche:

- Centro Assistenza Diabetologica (CAD);

- Centro aziendale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva;
- Hospice con 7 posti letto;
- Servizio aziendale di Anestesiologia - Cure palliative e Terapia del dolore;
- Centro aziendale di Nutrizione Clinica e Nutrizione Artificiale domiciliare (NAD);
- Continuità Assistenziale;
- Diagnostica per Immagini.

Presso il Distretto di Montesarchio è operativo un Centro Assistenza Diabetologica (CAD), con sede in Airola.

Presso il Distretto Alto Sannio Fortore è operativo il presidio territoriale di San Bartolomeo in Galdo, configurato quale Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS), con le seguenti attività specialistiche:

- Centro Assistenza Diabetologica (CAD);
- Diagnostica per Immagini;
- Laboratorio Analisi.

Inoltre, sono attivi presso il Distretto Sanitario Alto Sannio Fortore una Residenza Sanitaria Assistita (RSA) a Molinara e un Ospedale di Comunità a San Bartolomeo in Galdo.

I Dipartimenti

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto, costituito in base alla tipologia, con le funzioni e l'assetto organizzativo di cui al punto 16.5 del DCA 18/13. È costituito da strutture organizzative, che possono essere configurate come semplici, semplici dipartimentali e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità. Le strutture complesse aggregate nel Dipartimento devono essere ricomprese tra un minimo di tre ed un massimo di quindici.

Le strutture afferenti al Dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il Dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda gli aspetti clinico-assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari.

Il Dipartimento Strutturale si caratterizza quale aggregazione organizzativa e funzionale di strutture; assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri Dipartimenti o macrostrutture organizzative secondo i regolamenti aziendali. È dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica.

Il Dipartimento Funzionale si caratterizza quale aggregazione di strutture con il compito della integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti, che pur nella indispensabile autonomia funzionale, concorrono al raggiungimento di specifici obiettivi condivisi.

Il Dipartimento di Medicina Territoriale

L'ASL Benevento adotta come soluzione organizzativa per le proprie necessità operative il modello distrettuale e di medicina territoriale, al fine di creare condizioni di maggiore efficienza ed economicità, promuovendo modelli di prevenzione ed assistenza innovativi come gli ospedali di comunità e le nuove aggregazioni della medicina generale da attuarsi sul territorio.

In tale contesto è istituito il Dipartimento di Medicina Territoriale, configurato quale dipartimento funzionale ed articolato nelle seguenti Strutture, in cui confluiscono anche le preesistenti Unità Operative ricomprese nel soppresso Dipartimento sanitario.

Il Dipartimento comprende le seguenti Unità Operative (si rimanda all'Atto Aziendale per il dettaglio delle funzioni svolte):

- UOC Cure Primarie;
- UOC Farmaceutica;
- UOC Laboratorio Analisi, cui afferisce l'UOS Laboratorio Analisi del Distretto Alto Sannio-Fortore;
- UOC Assistenza Domiciliare e Coordinamento Socio-sanitario;
- UOC 118 ed Emergenza;
- UOSD Medicina Penitenziaria;
- UOSD Riabilitazione;
- UOSD Coordinamento Screening Oncologici e Monitoraggio LEA/NSG;
- UOSD Qualità e Umanizzazione/Assistenza all'estero e Coordinamento Malattie Rare;
- UOSD Coordinamento CUP, Liste di Attesa e ALPI;
- UOSD Materno Infantile.

Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione, quale dipartimento strutturale, è una macrostruttura operativa dell'ASL che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute pubblica, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, attraverso il recepimento e l'attuazione degli indirizzi contenuti nel Piano Sanitario Regionale e nel Piano Sanitario di Prevenzione.

È dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità e come tale è dotato di una organizzazione flessibile, dovendosi adattare alle diverse esigenze territoriali. Nelle finalità del Dipartimento di Prevenzione rientrano la promozione di azioni volte a sorvegliare lo stato di salute della popolazione e i suoi determinanti, la individuazione e prevenzione delle cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con altre ASL ed AO, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Partecipa alla stesura del programma di attività, formulando proposte d'intervento nelle materie di

competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Il Dipartimento di Prevenzione deve inoltre:

- a) assicurare il complesso sistema della Sanità Pubblica, nel territorio di competenza dell'Azienda, che coincide con l'intera Provincia di Benevento, garantendo le funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute e sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione;
- b) ricercare in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti;
- c) l'organizzazione, il funzionamento e le competenze del Dipartimento di Prevenzione sono disciplinati con apposito regolamento, nel rispetto degli artt. 7 bis e seguenti del D.Lgs. n.502/92, del punto 16.8 del DCA 18/13 e della specifica normativa di settore.

Afferiscono al Dipartimento di Prevenzione della ASL Benevento le seguenti articolazioni (si rimanda all'Atto Aziendale per il dettaglio delle funzioni svolte):

- UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica/SEP;
- UOC Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione;
- UOC Servizio Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro e Igiene e Medicina del Lavoro;
- UOC Sanità Animale;
- UOC Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale;
- UOC Igiene degli Allevamenti e della Produzione Zootecniche;
- UOC Tecnico-Amministrativa Dipartimentale;
- UU.OO.SS.DD. di Prevenzione Collettiva: ambito Benevento – S. Giorgio d/S – Montesarchio e ambito Alto Sannio Fortore – Telesse;
- UOSD Medicina Legale.

Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale, quale dipartimento strutturale, è la struttura operativa dell'ASL preposta alla promozione ed alla tutela della salute mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, delle disabilità psicofisiche. Esso è dotato di autonomia tecnico gestionale, organizzativa e contabile ed è articolato in centri di costo e di responsabilità.

Nel Dipartimento di Salute Mentale è altresì espletata la funzione di psicologia clinica. La specifica assistenza di Salute Mentale Penitenziaria è collocata nell'ambito dell'assetto organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale. Esso comprenderà anche un Coordinamento di Psicologia per l'organizzazione ed il coordinamento di tutte le attività degli psicologi in un'unica funzione aziendale: servizi territoriali, ospedalieri e domiciliari; dipendenze patologiche, disturbi mentali, disturbi del

neurosviluppo dell'infanzia, gravi patologie fisiche e croniche, disabilità, cure palliative, consultori familiari. Sono identificati, tra questi compiti, anche l'intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico, rivolte alla persona e al gruppo, agli organismi sociali.

Il modello organizzativo/gestionale ricomprende le seguenti strutture (si rimanda all'Atto Aziendale per il dettaglio delle funzioni svolte):

- UOC Salute Mentale ambito A/C: ambito territoriale DS Benevento, DS San Giorgio del Sannio, DS Alto Sannio Fortore;
- UOC Salute Mentale ambito B: ambito DS Telesse Terme e DS Montesarchio;
- UOC SERD, cui afferiscono 2 UOS Dipendenze Patologiche, una con sede presso il Distretto di Montesarchio, l'altra con sede presso il Distretto di Telesse Terme;
- UOC Neuropsichiatria Infantile;
- UOSD SPDC che rappresenta la sede ospedaliera in cui viene gestita, in regime di ricovero, la fase acuta, per tutta l'area del Dipartimento di Salute Mentale ed è allocata presso la AORN San Pio di Benevento.

Le UOC di Salute Mentale dispongono di Centri di Salute Mentale (CSM) il cui coordinamento è affidato ad un Dirigente con incarico di altissima professionalità.

3.2 Sottosezione Organizzazione Lavoro Agile (a cura dell'UOC Gestione Risorse Umane)

Nella presente Sezione del PIAO viene riportato il nuovo Regolamento per lo svolgimento del lavoro agile da parte dei Dipendenti dell'ASL BN appartenenti all'Area del Comparto e che rispettano determinati requisiti, predisposto in conformità alle ultime novità normative in materia e che va a sostituire le linee guida elaborate sull'argomento inserite nel PIAO 2022-2024.

REGOLAMENTO LAVORO AGILE PER I DIPENDENTI DELL'ASL BENEVENTO

Articolo 1

Definizione e finalità

Con delibera del DG dell'Asl Benevento n. 280 del 29/07/2022 è stato approvato il Regolamento del lavoro agile, con durata temporanea e avente efficacia *"in fase sperimentale, fino al 31 dicembre 2022, salvo eventuale proroga dell'efficacia in virtù degli esiti del monitoraggio dell'andamento della pandemia Covid 19 e sulla base delle decisioni aziendali volte alla riorganizzazione delle attività lavorative in modalità e forme alternative"*.

Di seguito, è entrato in vigore il CCNL del personale del Comparto Sanità che ha disciplinato il lavoro a distanza.

Il presente Regolamento ha l'obiettivo di fornire le linee guida nonché le procedure di accesso allo svolgimento dell'attività lavorativa in regime di lavoro agile relative al periodo dal 1/04/2023 in poi, in accordo con il proprio direttore/responsabile e nel rispetto dei principi generali secondo quanto dettagliato nel successivo articolo 3, fermo quanto si preciserà su recesso e revoca nell'ambito dell'accordo individuale.

Ai sensi dell'art. 19 Legge 22 maggio 2017, n. 81, l'accordo relativo alla modalità di lavoro agile può essere a termine o a tempo indeterminato; in tale ultimo caso, il recesso può avvenire con un preavviso non inferiore a trenta giorni. Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a novanta giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del lavoratore.

In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine nel caso di accordo a tempo determinato, o senza preavviso nel caso di accordo a tempo indeterminato.

Articolo 2

Realizzazione del lavoro agile – Requisiti

Il Regolamento è applicabile esclusivamente al personale del Comparto afferente alle strutture dell'Azienda aventi Funzioni Amministrative e di Staff nonché ad eventuali altre unità operative individuate dalla Direzione aziendale.

Il dipendente può eseguire la prestazione in modalità di lavoro agile qualora le attività assegnate allo stesso rientrino in quelle definite “remotizzabili” dai Responsabili di ciascuna Struttura e comunicate all’UOC Gestione Risorse Umane;

I Direttori delle articolazioni aziendale individuano le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l’utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili. Inoltre, sono escluse dallo svolgimento in modalità di lavoro agile le attività assistenziali e di cura richiedenti contatto diretto con i pazienti.

I requisiti per la realizzazione del lavoro agile sono i seguenti:

1. È possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento delle specifiche prestazioni lavorative oggetto dell’accordo al di fuori della sede di lavoro.
2. È possibile organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi programmati nel Piano della Performance ed in piena autonomia.
3. Il dipendente svolge, in tutto o in parte, attività che non richiedono uno specifico controllo sulla corretta modalità di esecuzione, bensì una verifica dell’andamento sul rispetto dei tempi e dei risultati attesi e lo stesso deve lavorare su obiettivi preventivamente definiti.
4. Sia compatibile con le esigenze di servizio della propria struttura, nonché con il ruolo organizzativo ricoperto dal dipendente.
5. Il dipendente deve avere capacità organizzative e propensione all’assunzione di responsabilità.
6. Sia compatibile con le esigenze di servizio della propria struttura, nonché con il ruolo organizzativo ricoperto dal dipendente.

Può presentare richiesta di adesione al lavoro agile il personale assunto con contratto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato, in servizio presso l’Asl Benevento.

Tenendo conto della natura flessibile del lavoro agile, del principio di rotazione del personale, fermo restando il possesso dei requisiti di cui sopra, avranno priorità le richieste di adesione da parte del personale con contratto di lavoro a tempo pieno, rispetto al personale in part time.

Da ultimo, per effetto dell’art. 9, comma 4-ter. del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito in legge 24 febbraio 2023, n. 14 “Fino al 30 giugno 2023, per i lavoratori dipendenti pubblici e privati affetti dalle patologie e condizioni individuate dal decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 17, comma2, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito, conmodificazioni, dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11, il datore di lavoro assicura lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile anche attraverso l’adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, senza alcuna decurtazione della retribuzione in godimento. Resta ferma l'applicazione delle disposizioni dei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro, ove più favorevoli.”

Articolo3

Principi generali

1. Per accedere al lavoro agile i dipendenti si impegnano a partecipare alle iniziative formative che verranno promosse in materia di lavoro agile. La mancata partecipazione comporta la decadenza automatica dallo stesso.
2. La strumentazione utile al dipendente in modalità agile per lo svolgimento dell'attività lavorativa (pc, connessione, telefono, etc.) è di norma a carico dello stesso. Solo in situazioni identificate e autorizzate dall'Amministrazione le attività potranno essere svolte con l'utilizzo degli strumenti di lavoro assegnati agli interessati dall'Ente.
3. Ogni eventuale importo economico collegato direttamente e/o indirettamente allo svolgimento della prestazione lavorativa con modalità agile (ad esempio elettricità, riscaldamento, ADSL, fibra, etc.) non viene rimborsato dall'Amministrazione e sarà a carico del lavoratore.
4. In presenza di problematiche tecniche o di sicurezza informatica che impediscano o ritardino sensibilmente lo svolgimento dell'attività lavorativa in smart working, il dipendente sarà tenuto a dare tempestiva informazione al proprio responsabile e, qualora le suddette problematiche dovessero rendere impossibile la prestazione lavorativa, il dipendente potrà essere richiamato in sede.
5. Per sopravvenute e documentate esigenze di servizio il dipendente in modalità agile potrà essere richiamato in sede.
6. Fermo restando che la sede di lavoro resta invariata ad ogni effetto di legge e di contratto, in occasione della prestazione lavorativa effettuata in modalità agile, il dipendente potrà effettuare la prestazione presso il proprio domicilio o in altro luogo purché rispetti le indicazioni date in materia per la protezione dei dati e la sicurezza degli ambienti di lavoro. Il lavoratore è tenuto alla più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni dell'Amministrazione in suo possesso e/o disponibili sul sistema informatico dell'Asl, ed è altresì tenuto ad adottare tutte le precauzioni necessarie a garantire la salvaguardia e lo svolgimento delle attività in condizioni di sicurezza e dovrà usare e custodire con la massima cura e diligenza tutte le informazioni.
7. Il lavoro agile dovrà consentire il mantenimento del medesimo livello quali-quantitativo di prestazione e di risultati che si sarebbe conseguito presso la sede dell'Amministrazione.
8. I Direttori/Responsabili sono chiamati ad operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex post, verificando il raggiungimento degli obiettivi fissati e l'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

Articolo 4

Adesione al lavoro agile e accordo individuale di lavoro

Per poter avviare il lavoro agile devono essere necessariamente seguite le seguenti fasi:

1. Il dipendente deve presentare istanza di partecipazione a mezzo gedoc o email istituzionale per lo

svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile;

2. Acquisizione dell'approvazione della richiesta da parte del proprio Direttore Responsabile;
3. Sottoscrizione dell'accordo individuale di lavoro agile. Tale accordo sarà sottoscritto dal Direttore Generale dell'Asl Benevento quale datore di lavoro o da suo delegato e dal lavoratore. Laddove l'accordo riguardi personale assegnato a Strutture Complesse e/o Dipartimentali lo stesso dovrà essere vistato dal Direttore di afferenza.
4. I contenuti essenziali dell'accordo individuale, stipulato per iscritto secondo il format allegato al presente regolamento, e relativo alle modalità di lavoro agile sono:
 - a. la disciplina dell'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno della sede di lavoro;
 - b. la durata dell'accordo;
 - c. luogo della prestazione;
 - d. sicurezza sul lavoro;
 - e. strumentazione di lavoro e sicurezza
 - f. contenuto della prestazione lavorativa
 - g. verifica della prestazione;
 - h. potere direttivo e di controllo
 - i. orario di lavoro e fascia di contattabilità;
 - j. diritto/dovere alla disconnessione
 - k. rientri in sede
 - l. trattamento giuridico ed economico
 - m. permessi
 - n. formazione
 - o. recesso e revoca
 - p. obblighi di comportamento
 - q. istruzioni per il trattamento dei dati personali
 - r. informativa privacy
 - s. Disposizioni di rinvio
 - t. Disposizioni finali
5. Con particolare riferimento al punto r, si evidenzia che le linee guida in materia di privacy di cui all'addendum allegato vengono consegnate al dipendente all'atto della sottoscrizione del citato accordo, formandone parte integrante e sostanziale.
6. L'accordo una volta sottoscritto deve essere custodito dalla Struttura di appartenenza del dipendente.

ART. 5

Destinatari e criteri di priorità

Il Direttore e/o Dirigente della Struttura di appartenenza che riceve l'istanza da parte del

dipendente, tiene conto, ai fini dell'autorizzazione, in ordine di priorità, delle seguenti condizioni, che devono sussistere al momento della presentazione dell'istanza di lavoro agile, con l'impegno del dipendente di comunicare il venir meno dei requisiti alla base dell'istanza:

- a) condizioni di salute del lavoratore, con priorità per i dipendenti disabili nelle condizioni di cui all'art. 3, comma 3, Legge 104/1992;
- b) condizioni di salute del lavoratore, con priorità per i dipendenti in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita;
- c) lavoratrici madri in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.Lgs. 151/2001, da comprovare a mezzo di autocertificazione ovvero dei lavoratori con figli in condizioni di disabilità ex art. 3, comma 3, L.104/1992;
- d) lavoratori che assistono un parente disabile ex art. 3, comma 3, L.104/1992 o in condizioni di immunodepressione, purché certificate;
- e) maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del lavoratore alla sede di lavoro;
- f) particolari necessità non rientranti nelle ipotesi sopra elencate, da individuarsi anche in trattativa sindacale.

Si specifica inoltre che è possibile richiedere l'adibizione al lavoro agile da parte di dipendenti che non rientrano in alcune delle condizioni sopra elencate.

Art. 6

Mappatura delle posizioni di lavoro agile

L'Amministrazione ha individuato tutte le attività che possono essere svolte in regime di lavoro agile dandone atto con relativo provvedimento.

All'interno della Struttura di competenza, il Direttore e/o Dirigente della Struttura di appartenenza autorizza le richieste di accesso al lavoro agile, rispettando le seguenti condizioni:

- ☐ contemperare le esigenze del richiedente ed il regolare funzionamento della propria Struttura, valutando che lo svolgimento da remoto della prestazione lavorativa in modalità agile risulti coerente con le complessive esigenze organizzative e funzionali della Struttura;
- ☐ verificare che l'attività svolta in modalità agile sia efficacemente espletata; verificare che non sussistano situazioni di lavoro arretrato ovvero, se le stesse sono presenti, adottare un piano di smaltimento dello stesso;
- ☐ verificare che lo svolgimento dell'attività da remoto non pregiudichi né riduca la fruizione dei servizi a favore degli utenti e delle altre Strutture aziendali;
- ☐ garantire adeguate forme di rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo comunque essere prevalente, all'interno di ciascuna Struttura, l'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza, almeno su base mensile, salvo eventuali eccezioni previste dalla normativa;

necessità di garantire i livelli essenziali di assistenza e il diritto alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione e disciplinato nelle forme sancite dalla Legge n. 833/1978 e dal D.Lgs.502/1992 e s.m.i.

Art. 7

Modalità del lavoro agile

Per il personale autorizzato ai sensi dell'art. 4 del presente regolamento, lo svolgimento della prestazione in modalità agile dovrà sempre fare riferimento ad una preventiva pianificazione, e in accordo con il proprio responsabile (onde accertarne la compatibilità con le esigenze di servizio, dinamiche organizzative della struttura e/o con caratteristiche anche temporanee di ruolo/mansione/contratto di assunzione).

In sede di presentazione della domanda da inoltrare a mezzo gedoc o email istituzionale, ferma restando la necessità della prevalenza del lavoro in presenza, il Direttore di afferenza autorizza il lavoro agile purché tale modalità sia compatibile con l'attività e l'organizzazione dell'Ufficio e comunque nella misura massima del 40% delle giornate lavorative su base mensile;

In ragione delle esigenze di servizio, il responsabile valuta di volta in volta l'approvazione della richiesta di smart working in modo da garantire una adeguata presenza di personale presso la sede abituale di lavoro (almeno il 60 % dello stesso).

A tal riguardo l'utilizzo del lavoro agile deve avvenire tramite turnazione delle richieste tra i colleghi della struttura interessata, in relazione alle dimensioni della struttura stessa. Inoltre per sopravvenute e documentate esigenze di servizio l'approvazione può essere revocata da parte del responsabile.

In caso di richieste di accesso al lavoro agile in numero superiore rispetto a quelle possibili (più del 60 % del personale in servizio in quella Struttura che ne faccia richiesta per la stessa giornata), va riconosciuta priorità alle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità ovvero ai lavoratori con figli in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 co.3 della L. 104/1992.

Verrà, inoltre, riconosciuta la preferenza a chi già non beneficia di altre forme di lavoro flessibile. Fatte salve le predette priorità, ed eventuali situazioni di emergenza sanitaria o ambientale che giustificerebbero una pianificazione dello smart plurisettimanale o mensile, verranno utilizzati i seguenti criteri di scelta:

situazioni di disabilità psico-fisiche del lavoratore tali da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro;

condizioni di salute del lavoratore;

esigenze di cura di figli minori in relazione al numero ed all'età;

esigenze di cura nei confronti dei familiari e dei conviventi;

maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del dipendente alla sede di lavoro.

Art. 8

Trattamento giuridico ed economico

Il dipendente che presta la sua attività lavorativa in modalità agile conserva il medesimo stato giuridico del lavoratore in modalità ordinaria e le medesime prospettive di sviluppo professionale e formativo, come disciplinate dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

Al dipendente che presta la sua attività lavorativa in modalità agile è garantito lo stesso trattamento economico fondamentale previsto per il dipendente in modalità ordinaria. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio e attività progettuali. Può essere riconosciuto, ricorrendone le condizioni, lo stesso trattamento accessorio previsto dai vigenti CC.CC.NN.L. ad eccezione degli istituti non compatibili, tra cui a titolo esemplificativo: il buono pasto; il lavoro straordinario; il lavoro notturno, festivo e notturno-festivo; la turnazione; l'indennità per particolari condizioni di lavoro.

Art. 9

Luogo della prestazione in modalità agile

È prevista un'alternanza tra lavoro a distanza e lavoro in ufficio, per le verifiche ed i contatti necessari al corretto svolgimento delle mansioni del lavoratore, in modo variabile in base al tipo di attività, secondo le modalità previste da ciascuna Struttura.

L'attività lavorativa, nei giorni di svolgimento in modalità "lavoro agile", potrà essere svolta:

- ☐ presso il domicilio del lavoratore e/o presso altro luogo, idoneo a garantire la salute e sicurezza del dipendente e la custodia delle informazioni e dei dati personali di altri soggetti di cui lo stesso venga a conoscenza nello svolgimento della propria attività lavorativa, entrambe indicate nell'accordo individuale sottoscritto.

In ogni caso il dipendente è tenuto ad accertare che il luogo ove svolgerà la propria prestazione lavorativa rispetti le condizioni minime idonee a garantire la sua salute e sicurezza in conformità alle indicazioni fornite dal servizio di prevenzione e protezione dell'Asl Benevento.

Il dipendente s'impegna, altresì, a comunicare tempestivamente e preventivamente al Datore di lavoro, anche per le finalità assicurative, ogni variazione circa il luogo di svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile.

Art. 10

Modalità di svolgimento del lavoro agile ed orario di svolgimento delle prestazioni

Per il personale autorizzato allo svolgimento della prestazione in modalità agile dovrà sempre fare riferimento ad una preventiva pianificazione ed in accordo con il proprio responsabile (onde accertarne la compatibilità con le esigenze di servizio, dinamiche organizzative di ufficio e/o con caratteristiche anche temporanee di ruolo/mansione/contratto di assunzione).

Per sopravvenute e documentate esigenze di servizio può essere revocata da parte del responsabile l'approvazione della giornata di lavoro agile mediante comunicazione scritta (nota o mail) almeno il giorno antecedente sia al dipendente che all'UOC GRU.

La durata della prestazione lavorativa a domicilio o presso sedi diverse da quella di assegnazione tiene conto delle esigenze organizzative del servizio a cui è assegnato il dipendente (ad esempio, il contatto diretto con l'utenza). Il lavoro agile dovrà essere gestito per giornate intere. Tutti i giustificativi di assenza dovranno essere inseriti a giornate dal dipendente nella relativa procedura di rilevazione delle presenze.

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dai CCNL. Il lavoratore è tenuto rispettare le norme sui riposi e sulle pause previste per legge e dalla contrattazione nazionale ed integrativa in materia di salute e sicurezza.

Il lavoratore del Comparto in "modalità agile" può decidere di rispettare la fascia oraria utilizzata durante l'attività prestata in presenza o può organizzare la propria giornata lavorativa nell'ambito della fascia oraria 8:00/20:00.

Il lavoratore dovrà essere contattabile per comunicazioni di servizio a mezzo mail e telefono negli orari definiti nell'accordo individuale.

Art. 11

Verifica e Controllo della prestazione lavorativa

La prestazione svolta in modalità agile è valutata e misurata in sede di verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati nel Piano della performance. Inoltre, il dirigente provvederà alla verifica delle attività eseguite secondo le modalità concordate.

L'esecuzione della prestazione in lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del dirigente della Struttura di assegnazione, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa in presenza. Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori della sede ordinaria dovrà comunque avvenire nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge n. 300/1970 e successive modificazioni.

Articolo 12

Obblighi di custodia, di riservatezza e di comportamento

Il dipendente è tenuto alla massima riservatezza nel trattamento e nella custodia dei dati personali che gestisce per lo svolgimento dell'attività lavorativa ed al rispetto delle istruzioni per il trattamento dei dati personali impartite dal "dirigente delegato al trattamento".

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. vigenti e di quanto indicato nel Codice di

comportamento aziendale.

Art. 13

Salute e sicurezza sul lavoro

Il lavoratore che svolge la propria prestazione lavorativa in modalità agile, nel rispetto dei requisiti di cui al presente regolamento, delle previsioni di cui all'informativa sulla sicurezza ed a quella sulla privacy e delle procedure amministrative, dovrà rispettare ed applicare correttamente le direttive dell'Amministrazione e in particolare dovrà prendersi cura della propria salute e sicurezza, in linea con le disposizioni dell'art. 20 del D.Lgs 81/08, comma 1.

Nell'eventualità di un infortunio durante la prestazione in modalità agile, il lavoratore dovrà fornire tempestiva e dettagliata informazione all'Amministrazione. L'Amministrazione è sollevata da qualsiasi responsabilità per eventuali infortuni in cui il/la lavoratore/lavoratrice o terzi dovessero incorrere a causa di uso improprio delle apparecchiature in uso del/la dipendente, dalla scelta di luoghi ove espletare la prestazione lavorativa non rispondenti ai requisiti minimi indicati nell'informativa di cui al comma 1 o da qualsiasi altro comportamento imprudente o negligente nell'espletamento dell'attività lavorativa.

Art.14

Assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali

Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, nei limiti e alle condizioni di cui all'art. 2 co. 3 del DPR n. 1124 del 1965, quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza. L'Amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi in luoghi non compatibili con quanto indicato nell'accordo individuale o concordato con l'Amministrazione.

Ogni singolo dipendente collabora proficuamente e diligentemente con l'Amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.

L'Asl sarà comunque esonerata da qualsiasi responsabilità in merito ad eventuali danni a cose e/o persone procurati da un uso improprio delle apparecchiature assegnate.

Art. 15

Entrata in vigore

Il presente regolamento entra in vigore dalla data di approvazione del provvedimento deliberativo ed abroga il precedente regolamento approvato con delibera n 280 del 29/08/2022.

In considerazione del fatto che il Regolamento sul lavoro agile, approvato con la delibera del DG

dell'Asl Benevento n. 280 del 29/08/2022 ha durata temporanea, con efficacia *“in fase sperimentale, fino al 31 dicembre 2022, salvo eventuale proroga dell'efficacia in virtù degli esiti del monitoraggio dell'andamento della pandemia Covid 19 e sulla base delle decisioni aziendali volte alla riorganizzazione delle attività lavorative in modalità e forme alternative”*, in considerazione altresì del fatto che in data successiva alla delibera n. 280/2022 è entrato in vigore il nuovo CCNL del personale del Comparto Sanità che ha disciplinato il lavoro a distanza, si precisa che l'efficacia di tutti gli accordi di lavoro agile sottoscritti nel periodo dal 1/01/2023 al 31/03/2023 sulla base dell'abrogato regolamento aziendale in materia di lavoro agile si intende cessata a decorrere dall'entrata in vigore della delibera di approvazione del presente regolamento.

ADDENDUM PRIVACY

PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI LAVORO AGILE

In occasione della sua partecipazione alla modalità di erogazione della prestazione lavorativa denominata “Lavoro Agile” disciplinata dalla Legge n. 81/2017 – Capo II¹, Le ricordiamo che è necessario prestare costante attenzione alla protezione dei dati personali e adottare, in qualsiasi occasione, lavorativa e privata, un comportamento improntato alla difesa della privacy degli interessati che si relazionano con l'Ente.

A tal fine si richiamano i contenuti delle informazioni fornite ex artt. 13 e 14 Regolamento Unione Europea 679/2016 del 27 aprile 2016 e norme di armonizzazione per il trattamento dei dati personali e categorie di dati personali dei dipendenti, nonché della normativa interna dell'Ente in materia, con le obbligazioni ivi riportate a carico dei singoli dipendenti in relazione al ruolo ricoperto nel sistema privacy aziendale e in ottemperanza al principio dell'accountability (responsabilizzazione) previsto dal sopraccitato Regolamento.

Inoltre si riportano due documenti: “Cinque Comportamenti Fondamentali” e “Decalogo Privacy “Lavoro Agile”, che hanno la finalità di ulteriormente orientare gli atteggiamenti e i comportamenti dei Lavoratori che aderiscono al “Lavoro Agile”.

“Cinque comportamenti fondamentali”

Riservatezza: proteggi le informazioni riguardanti il tuo lavoro e la tua società. Non condividere con terzi dati, idee, soluzioni, opinioni che riguardano la tua attività lavorativa, potresti danneggiare il tuo lavoro e anche il tuo interlocutore; **Attenzione:** resta concentrato sull'attività lavorativa ovunque tu sia: sui documenti, sui file, sugli strumenti di lavoro; la distrazione può facilmente provocare smarrimenti, diffusione di informazione a soggetti non autorizzati, errori operativi che possono danneggiare i dati personali, i loro interessati e le società titolari dei dati stessi;

Precisione: l'accuratezza nel fare le cose ti consente di lavorare in modo efficace ed efficiente anche al di fuori del contesto lavorativo. Cura con scrupolosità le conversazioni, l'invio della mail, il salvataggio dei dati nel repository aziendali, il ricovero temporaneo di documenti in archivi estranei

al perimetro aziendale abituale;

Ordine: la sistematica e schematica organizzazione delle risorse e degli strumenti di lavoro previene disguidi difficili da risolvere quando sei fuori dalla tradizionale sede di lavoro. Ogni cosa, ogni file, ogni mezzo devono avere collocazioni e utilizzi abituali e sperimentati;

Separatezza: tieni separata la tua vita lavorativa dalla tua sfera privata, familiare e sociale. In questo modo proteggi anche i tuoi familiari e i tuoi amici. Infatti, ogni interferenza può provocare irregolarità o comportamenti non corretti, che dovranno essere oggetto di riparazione, con dispersione di energie e risorse da parte Tua, della Società e dei terzi coinvolti.

“Decalogo Privacy Lavoro Agile”

Il “Lavoro Agile” impone la massima attenzione sui temi della riservatezza e presuppone che il/la dipendente rimanga sempre concentrato sulle modalità di lavoro, al fine di svolgere la propria attività (in parte all’interno dei locali aziendali e in parte all’esterno senza una postazione fissa) in modo corretto ed idoneo per proteggere l’operatività e la reputazione dell’Ente.

In particolare il “Lavoro Agile” non dovrà essere effettuato, a tal fine, al di fuori di ambienti privati protetti, che garantiscano la necessaria riservatezza della prestazione e/o connettendosi con collegamenti WI FI a reti aperte.

1) Le conversazioni tra il/la dipendente e gli altri interessati non devono essere oggetto di ascolto da parte di soggetti non autorizzati, i quali devono essere mantenuti ad una distanza che consenta di proteggere la confidenzialità; pertanto è obbligo del/della dipendente:

- ✓ Evitare di effettuare colloqui ad alta voce, di persona o per telefono, in presenza di soggetti non autorizzati a conoscere il contenuto della conversazione;
- ✓ Accertarsi che il coniuge o eventuali parenti e conoscenti non siano portati, anche involontariamente, a conoscenza di informazioni e processi attinenti l’attività lavorativa;
- ✓ Non utilizzare familiari o terzi per veicolare informazioni, anche se ritenute “banali”, afferenti l’attività lavorativa;
- ✓ Nel caso di conversazioni telefoniche instaurate in seguito di chiamate inoltrate o ricevute, accertare, con cura, che l’interlocutore sia effettivamente un collega/cliente/fornitore legittimato e autorizzato a conoscere le informazioni oggetto della comunicazione.

2) L’Ente, in qualità di Titolare, stabilisce che, ai sensi dell’art. 24 comma 1 del Regolamento U.E. 2016/679, la documentazione inerente all’attività lavorativa dovrà risiedere esclusivamente sulle cartelle di rete, poiché tale modalità operativa è ritenuta adeguata a garantire che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento.

3) Il/La dipendente deve prestare particolare attenzione quando si trasportano da un locale all’altro, da uno stabile all’altro, da un luogo ad un altro (mediante mezzi pubblici o privati o anche a piedi) documenti contenenti dati personali.

4) Per quanto riguarda la generica conservazione dei dati personali utilizzati dal/dalla dipendente in “Lavoro Agile” il Responsabile dell’unità organizzativa deve adottare soluzioni organizzative idonee a ridurre il più possibile i rischi di distruzione, perdita e accessi non consentiti ai dati anche in ambiente privato eletto dal/dalla dipendente. Il “Lavoro Agile” non dovrà essere effettuato, a tal fine al di fuori di ambienti privati protetti, che garantiscano la necessaria riservatezza della prestazione.

5) Più in dettaglio per quanto concerne l’utilizzo di documenti cartacei contenenti dati personali e prelevati dagli archivi dell’Ente, si sottolinea che il trasferimento di dati personali all’esterno deve essere giustificato da necessità strettamente correlate all’esercizio dell’attività lavorativa, agli obblighi di legge o alla difesa degli interessi della società. La circolazione dei dati personali cartacei, in situazione di mobilità deve essere ridotta al minimo indispensabile; i dati devono essere raccolti in porta documenti riportanti l’identificazione del/della dipendente utilizzatore e il suo recapito telefonico.

In particolare i documenti cartacei:

- ✓ devono essere utilizzati solo per il tempo necessari allo svolgimento dei compiti assegnati e poi ripartiti negli archivi aziendali dedicati alla loro conservazione;
- ✓ non devono essere lasciati incustoditi; pertanto, nel caso di assenza, anche momentanea, dal luogo in cui si svolge “Lavoro Agile” è necessario chiudere a chiave i locali che ospitano i dati ovvero riporli dentro un armadio/cassetto chiuso a chiave; non devono restare, senza ragione, applicati su supporti (lavagne o simili) che possono essere visionati da persone non autorizzate;
- ✓ devono essere resi illeggibili prima di essere cestinati, qualora siano destinati a divenire rifiuti (ad es. strappando più volte la carta in modo che i contenuti diventino non decifrabili/non ricostruibili).

6) Per quanto riguarda il trattamento di dati personali mediante l’ausilio di strumenti elettronici, si richiamano le indicazioni fornite sul punto all’atto dell’autorizzazione al trattamento dati dall’Ente e si ribadisce quanto segue:

- ✓ ☒ La password di accesso deve essere conservata con diligenza in modo che resti riservata, evitando sotto la responsabilità del/della dipendente, che altri ne vengano a conoscenza;
- ✓ ☒ Il computer ed altri eventuali strumenti in dotazione e/o utilizzati per l’espletamento delle prestazioni di “Lavoro Agile” (P.C., smartphone, personali e/o aziendali ecc.), non devono essere lasciati incustoditi ed accessibili a persone non autorizzate. In caso di allontanamento anche temporaneo dalla postazione di lavoro il/la dipendente è tenuto a disconnettere la sessione di lavoro bloccando l’operatività del computer (“ctrl-alt-

canc") e/o l'accesso allo smartphone (password di blocco schermo).

- ✓ ☒ Non devono essere utilizzati dispositivi di memorizzazione esterna: come sopra riportato la documentazione inerente all'attività lavorativa dovrà risiedere esclusivamente sulle cartelle di rete, poiché tale modalità operativa è ritenuta adeguata a garantire che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento.

7) I trattamenti effettuati dal/dalla dipendente devono rispettare il principio di necessità, pertinenza e non eccedenza rispetto alle finalità degli stessi, avere scopi espliciti, determinati e leciti, come da istruzioni fornite in punto all'atto dell'autorizzazione al trattamento dati dell'Ente.

8) Nell'ambito delle proprie attività e in osservanza alle misure derivanti dal sistema procedurale, gestionale e tecnico instaurato dall'Ente per garantire la sicurezza dei dati personali, il dipendente tratta dati:

- ✓ Esatti e, se necessario, aggiornati;
- ✓ Archiviati in una forma che consenta l'esercizio dei diritti da parte dell'interessato di cui al Capo III del Regolamento Europeo;
- ✓ Conservati in modo tale da consentire l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti e successivamente trattati;
- ✓ Ove necessario e compatibile, anonimizzati, pseudonimizzati o cifrati.

Il dipendente dovrà, altresì, adottare le cautele previste per legge (diritto all'oscuramento e anonimato) nell'eventuale trattamento dei dati soggetti a maggior tutela ovvero dati particolarmente sensibili per i diritti e le libertà degli interessati (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Legge n. 66/1996 Norme contro la violenza sessuale; Legge n. 269/1998 Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori quali nuove forme di riduzione in schiavitù; Legge n. 38/2006 Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet; Legge n. 135/1990 Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS; D.P.R. n. 309/1990 Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza; Legge n. 194/1978 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza; D.M. n. 349/2001 Regolamento recante: "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni"; Legge n. 405/1975 Istituzione dei consultori familiari);

9) E' fondamentale sottolineare che è severamente sanzionata dal Regolamento (UE) 2016/679 la violazione dei dati personali, cioè la violazione di sicurezza che comporta accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati

personali trasmessi, conservati o comunque trattati.

Tale violazione può afferire a una "violazione della riservatezza", in caso di divulgazione o accesso accidentale ai dati personali, alla "perdita della disponibilità"(comprese le ipotesi di sottrazione e/o furto), in caso di perdita o distruzione dei dati personali (accidentale o non autorizzata) e alla "violazione dell'integrità", in caso di alterazione non autorizzata o accidentale dei dati personali.

La violazione, in rapporto alla sua gravità, può comportare per l'Ente la Notifica del Data Breach, cioè la comunicazione della violazione dei dati personali all'Autorità di Controllo (Garante per la protezione dei dati personali), nonché, qualora ne abbiano un danno, ai soggetti i cui dati sono stati violati.

A tal fine si ribadisce l'obbligo del/della dipendente di segnalare qualunque ipotesi di violazione dei dati personali al responsabile della struttura preposto e al Responsabile della Protezione dei Dati, tempestivamente e, comunque, nei termini previsti dalla normativa interna aziendale in materia, anche al fine di consentire il rispetto dei ristretti termini di notifica all'Autorità di Controllo previsti dal Regolamento (UE) 2016/679, ove atto dovuto.

10) Il/La dipendente sarà specificatamente autorizzato al trattamento, informato/a e formato/a dal Datore di Lavoro (Titolare) in merito alle peculiarità del trattamento dei dati personali conseguenti alla modalità "Lavoro agile" della Sua prestazione lavorativa ed ai conseguenti rischi e misure di sicurezza adottate e da adottarsi, che integrano quelle fornite all'atto dell'autorizzazione ai trattamenti di competenza, in relazione al ruolo ricoperto nell'Ente.

E' obbligazione contrattuale del/della dipendente rispettare dette istruzioni e partecipare alle attività formative previste dell'Ente in punto.

11) Il/La dipendente è consapevole ed accetta che l'Asl Benevento verifichi il rispetto delle misure di sicurezza informatiche ed operative che Gli/Le sono state indicate all'atto dell'autorizzazione alla modalità operativa del "Lavoro Agile", nel rispetto delle previsioni della normativa vigente in materia e dell'art.4 della L.300/70 e s.m.i..

Per ricevuta e accettazione

Data

Il Dipendente

Numero progressivo accordi individuali per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile

ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA' "LAVORO AGILE"

TRA

L'Azienda Sanitaria Locale di Benevento, con sede in Benevento, via Oderisio, n 1, Partita Iva 01009680628, in persona del Direttore Generale Dott. Gennaro Volpe, dotato dei poteri di rappresentanza giusta DGRC n 325 del 21/06/2022, nonché del DPGRC n. 112 del 4/08/2022 o suo delegato

E

Il dr/la dr.ssa il Sig./La Sig.ra _____, matr. _____, dipendente a tempo indeterminato/determinato (tempo pieno/tempo parziale con prestazione lavorativa resa al ____ di quella a tempo pieno) dell'Asl Benevento, assegnato/a alla Struttura _____, in prosieguo denominato "il/la dipendente"

PREMESSO

- che il/la dipendente ha presentato istanza a mezzo gedoc/email istituzionali per lo svolgimento della prestazione in modalità agile;
- che è stato previsto dalla suddetta struttura un piano di smaltimento del lavoro arretrato/ che presso la suddetta struttura non si è accumulato lavoro arretrato;
- che la prestazione lavorativa in modalità agile non pregiudica o riduce la fruizione dei servizi da parte degli utenti;
- che la prestazione lavorativa può essere espletata in modalità agile in quanto la stessa rientra tra quelle comunicate con nota prot..... del.... ...all'UOC Gestione Risorse Umane;
- che ai sensi del D.M. 8 ottobre 2021 l'Amministrazione deve "garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza" (art. 1, comma 3, lett. b) e prevedere, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza, nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 1 del citato decreto;
- che la richiamata Circolare del Ministro per la pubblica amministrazione ha specificato che, fermi restando i servizi resi all'utenza, ogni amministrazione può programmare il lavoro agile con una rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile con ampia flessibilità, anche modulandolo sulla base dell'andamento dei contagi, tenuto conto che la prevalenza del lavoro in presenza potrà

essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile;

- che l'Amministrazione, in ordine all'accesso, garantisce i diritti di priorità sanciti dalle normative vigenti, il principio di rotazione dei lavoratori al lavoro agile, prestazioni adeguate nonché facilita l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure;

- che la prestazione oggetto del presente accordo rientra tra le attività che possono essere svolte in modalità agile;

VISTA la nota prot..... mappatura attività remotizzabili afferenti all'UOC.....

Tutto ciò premesso i costituiti convengono quanto segue:

Art. 1 - La narrativa che precede costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.

Art. 2 – Durata dell'accordo

Il presente accordo ha la durata massima di _____ mesi, decorrenti dalla data di stipula dello stesso.

L'accordo è rinnovabile con espressa manifestazione di volontà di entrambe le parti.

L'accordo si risolve automaticamente, prima della scadenza, nel caso di sopravvenute disposizioni normative incompatibili con il contenuto dello stesso, nell'ipotesi di approvazione della disciplina del lavoro agile da parte della contrattazione collettiva o dell'adozione del PIAO da parte dell'Amministrazione.

Nell'ipotesi di trasferimento del lavoratore presso altra Struttura il presente accordo decade automaticamente.

Art. 3 – Luogo della prestazione

L'attività lavorativa, nei giorni di svolgimento in modalità "lavoro agile", potrà essere svolta:

-presso il domicilio del/la lavoratore/lavoratrice, che viene dallo/a stesso/a individuato in _____ alla Via _____;

- presso altro luogo idoneo a garantire la salute e sicurezza del/la dipendente e la custodia delle informazioni e dei dati personali di altri soggetti di cui lo/a stesso/a venga a conoscenza nello svolgimento della propria attività lavorativa, come di seguito indicato _____.

In ogni caso il/la dipendente è tenuto/a ad accertare che il luogo ove svolgerà la propria prestazione lavorativa rispetti le condizioni minime idonee a garantire la sua salute e sicurezza in conformità alle indicazioni fornite dal Servizio di Prevenzione e Protezione.

Il/La dipendente s'impegna, altresì, a comunicare tempestivamente e preventivamente al Datore di lavoro, anche per le finalità assicurative, ogni variazione circa il luogo di svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile.

Art. 4 - Sicurezza sul lavoro

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei/delle

lavoratori/lavoratrici di cui al D. Lgs. 81/2008.

A tal fine, si rinvia all'indicazione dei rischi generali e specifici forniti dal Servizio di Prevenzione e Protezione connessi alle peculiarità dell'attività lavorativa prestata in modalità "lavoro agile" e dei requisiti minimi di sicurezza del luogo ove l'attività lavorativa dovrà essere svolta di cui all'informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile.

L'Amministrazione è sollevata da qualsiasi responsabilità per eventuali infortuni in cui il/la lavoratore/lavoratrice o terzi dovessero incorrere a causa di uso improprio delle apparecchiature in uso del/la dipendente, dalla scelta di luoghi ove espletare la prestazione lavorativa non rispondenti ai requisiti minimi indicati nell'informativa di cui al precedente comma o da qualsiasi altro comportamento imprudente o negligente nell'espletamento dell'attività lavorativa.

Art. 5 - Strumentazione di lavoro e sicurezza

Ai fini dello svolgimento dell'attività lavorativa in "modalità agile", si prevede l'utilizzo della seguente dotazione tecnologica _____ fornita dall'Amministrazione o resa disponibile dal/la dipendente.

In tale ultimo caso, il lavoratore dichiara che la propria dotazione tecnologica è compatibile con le seguenti caratteristiche tecniche:

Le caratteristiche del PC sono le seguenti:

- Tipo di PC in uso: PORTATILE FISSO
- Sistema operativo presente sul PC in uso:
.....
- Antivirus installato sul PC in uso:
.....
- Tipo di rete presente nell'ambiente di lavoro agile:
.....

Per lo svolgimento delle attività sotto descritte è necessario l'utilizzo dei seguenti programmi informatici aziendali che è possibile utilizzare da remoto:

-
-
-
-
-

- Connettività:
 - accesso ad Internet in banda larga

Il dipendente deve attenersi alle istruzioni - anche in ordine alle tecnologie da utilizzare per l'accesso alle risorse digitali ed alle applicazioni dell'amministrazione raggiungibili tramite la rete internet-

relative ai processi digitali e all'utilizzo degli strumenti informatici, e alle prescrizioni relative all'uso delle risorse ICT da parte del personale dipendente per prevenire e contrastare le conseguenze derivanti da incidenti informatici.

Il/La dipendente si impegna ad aver cura ed a custodire con diligenza la strumentazione di lavoro affidatagli/le dall'Amministrazione

Art. 6 – Contenuto della prestazione lavorativa

Dal.....al.....il dipendente lavorerà in modalità lavoro agile nelle seguenti giornate:

..... (con prevalente lavoro in presenza).

Le restanti giornate saranno svolte in presenza.

Durante le giornate di lavoro agile il dipendente è tenuto a svolgere le seguenti attività:

-
-
-
-
-

Tali attività risultano funzionali al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Smaltimento dell'arretrato come da pianificazione allegata (qualora sia presente arretrato)
-
-
-
-

Le giornate indicate potranno essere modificate in funzione di eventuali necessità di servizio e dell'esigenza di assicurare un ottimale svolgimento delle attività lavorative. La modifica o la non fruizione saranno comunicate dal responsabile di struttura all'UOC GRU e per conoscenza al dipendente interessato, richiamando il numero di protocollo del presente Accordo.

E' consentito il recesso dal presente Accordo entro 30 gg, da comunicarsi tramite l'invio da parte del recedente dell'avviso di recesso tramite PEC o lettera Raccomandata A/R., salvo giustificati motivi di cui all' art. 19 della L. 81/2017 (lavoratori disabili ai sensi della L. 68/1999 e giustificati motivi).

I giustificati motivi sono i seguenti: mancato svolgimento da parte del lavoratore dell'attività assegnata nei tempi richiesti; malfunzionamento della strumentazione in uso; impossibilità a continuare l'attività presso la sede individuata quale sede per lo svolgimento dell'attività in lavoro agile e indisponibilità di sede alternativa; cambio di attività del lavoratore; sopravvenute esigenze di servizio.

L'attività connessa allo svolgimento del lavoro agile sarà svolta dal dipendente presso il seguente indirizzo:

.....
.....

(indicare anche se trattasi di residenza, domicilio o altra sede).

Non sono previsti vincoli di orario dell'attività lavorativa prestata in modalità agile. Tuttavia, per comodità di ambo le Parti e al fine di poter esercitare da parte del datore di lavoro le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo sulla prestazione erogata dal lavoratore, con il presente Accordo si stabilisce che il dipendente sarà reperibile e contattabile, anche dall'utenza, nelle seguenti fasce orarie:

.....
.....

Il recapito telefonico presso cui il dipendente è reperibile è il seguente:

.....

Le Parti concordano che non potranno essere svolte attività in lavoro agile al di fuori del territorio nazionale.

Art. 7 - Verifica della prestazione

Al fine della verifica delle attività svolte in modalità agile, inoltre, il/la dirigente specificherà, con cadenza settimanale/quindicinale/mensile, le attività da svolgere ed il/la dipendente sarà tenuto/a, altresì, a rendicontare, secondo le indicazioni fornite dal dirigente, sui risultati conseguiti e sulle attività svolte.

Inoltre, la prestazione svolta in modalità agile è valutata e misurata in sede di verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati nel Piano della performance.

Art. 8 - Potere direttivo e di controllo

L'esecuzione della prestazione in lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del dirigente della Struttura di assegnazione, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa in presenza. Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori della sede ordinaria dovrà comunque avvenire nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge n. 300/1970 e successive modificazioni.

Art. 9 – Orario di lavoro e fascia di contattabilità

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dai CCNL. Il/la lavoratore/lavoratrice è tenuto/a rispettare le norme sui riposi e sulle pause previste per legge e dalla contrattazione nazionale ed integrativa in materia di salute e sicurezza.

Il/la lavoratore/trice in "modalità agile" è libero/a di organizzare la propria giornata lavorativa nell'ambito della fascia oraria 8:00/20:00 o di rispettare la fascia oraria utilizzata durante l'attività

prestata in presenza.

Durante la fascia oraria 8:00/20:00, nei giorni in cui il/la dipendente presta attività lavorativa in modalità agile dovrà essere contattabile dalle ore ____ alle ore ____ per comunicazioni di servizio a mezzo mail e telefono .

Art. 10 – Diritto/dovere alla disconnessione

La prestazione lavorativa in modalità agile può essere articolata nelle seguenti fasce temporali: a) fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità similari. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro;

b) fascia di inoperabilità - nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari, i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi per assemblea e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti dal comma 1 per la fascia di contattabilità.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente o responsabile. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

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

Il lavoratore ha diritto alla disconnessione. A tal fine, fermo restando quanto previsto dalla lett. b), negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di cui alla lett. a) non sono richiesti contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle *email*, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda o

Ente.

Il diritto alla disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche si applica nella fascia oraria 20:00 – 8:00, oltre che nella giornata del sabato, della domenica e dei giorni festivi.

Art. 11 – Rientri in sede

Nel rispetto della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, le giornate in cui il dipendente presterà la sua attività lavorativa in modalità agile saranno di norma n. _____ su base settimanale/mensile/plurimensile e sono concordate con il dirigente, tenuto conto delle esigenze organizzative, dell'andamento epidemiologico nel breve e nel medio periodo, e delle contingenze che possono riguardare i propri dipendenti.

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

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il/la dipendente è tenuto/a a darne tempestiva informazione al/la proprio/a dirigente. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il/la dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il/la lavoratore/lavoratrice è tenuto/a a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

Art. 12 – Trattamento giuridico ed economico

Il/La dipendente che presta la sua attività lavorativa in modalità agile conserva il medesimo stato giuridico del/la lavoratore/lavoratrice in modalità ordinaria e le medesime prospettive di sviluppo professionale e formativo, come disciplinate dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

Al/la dipendente che presta la sua attività lavorativa in modalità agile è garantito lo stesso trattamento economico fondamentale previsto per il/la dipendente in modalità ordinaria. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio e attività progettuali.

Può essere riconosciuto, ricorrendone le condizioni, lo stesso trattamento accessorio previsto dai vigenti CC.CC.NN.L. ad eccezione degli istituti non compatibili, tra cui a titolo esemplificativo:

il buono pasto;

il lavoro straordinario;

il lavoro notturno, festivo e notturno-festivo;

la turnazione;

l'indennità per particolari condizioni di lavoro.

Art. 13 –Permessi

Il/La lavoratore/trice può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per particolari motivi personali o familiari, i permessi sindacali e i permessi per assemblea di cui alle vigenti previsioni contrattuali, i permessi di cui all'art. 33 della legge 104/1992.

Art. 14 – Formazione

Il dipendente si impegna alle specifiche iniziative formative che verranno promosse in materia di lavoro agile. La mancata partecipazione comporta la decadenza automatica dall'accordo.

Art. 15 – Recesso e revoca

Le parti possono recedere dal presente accordo con un preavviso di trenta giorni. Nel caso di lavoratori/lavoratrici disabili ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso del recesso da parte dell'Ente è di novanta giorni.

In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso.

E' possibile l'immediato recesso, da parte dell'Azienda, per gravi inadempimenti del lavoratore, per reiterato mancato rispetto dell'obbligo di contattabilità di cui al precedente art. 9 ; prolungati fermi macchina per ragioni di sistema che non consentano il collegamento telematico del/la dipendente alle utenze ed applicativi regionali nonché problemi di sicurezza informatica; impossibilità di svolgimento in piena autonomia dell'attività assegnata; mancato raggiungimento degli obiettivi concordati; motivate esigenze organizzative sopravvenute: in questa ipotesi, il dipendente è tenuto a rientrare presso la sede lavorativa aziendale, nella giornata lavorativa immediatamente successiva.

Costituiscono, altresì, giustificato motivo di recesso, comportando conseguentemente il recesso immediato dal lavoro agile, le seguenti fattispecie:

- l'assegnazione del lavoratore a diversa unità organizzativa;
- la variazione delle mansioni assegnate al lavoratore;
- sopravvenute ed oggettive esigenze organizzative e produttive;
- esigenze personali del lavoratore;
- l'accertamento di un rilevante calo della produttività;
- problemi di sicurezza informatica.

Il lavoratore deve immediatamente comunicare all'Azienda il venir meno delle condizioni soggettive che hanno giustificato l'attivazione della prestazione lavorativa in modalità agile.

L'accordo individuale sottoscritto ha una durata non superiore a tre mesi, eventualmente rinnovabile con la stipula di un nuovo accordo.

Ai sensi dell'art. 19 Legge 22 maggio 2017, n. 81, durante il periodo di svolgimento del lavoro agile, sia l'Azienda che il dipendente possono recedere da detta modalità di lavoro, al cessare dei

presupposti che hanno determinato la sottoscrizione dell'accordo.

Art. 16 - Obblighi di comportamento

Il Direttore della Struttura, con la sottoscrizione del presente Accordo, dichiara di aver rispettato le condizioni previste dal regolamento aziendale in materia.

In caso di malattia o infortunio il dipendente deve tempestivamente avvisare il responsabile della struttura di assegnazione con le medesime modalità in vigore per le giornate di lavoro in sede.

Durante le giornate di lavoro agile, le ordinarie funzioni gerarchiche naturalmente inerenti il rapporto di lavoro subordinato sono espletate per via telematica o telefonica.

Il raggiungimento degli obiettivi dovrà essere verificato dal responsabile, sulla base di report prodotti e sottoscritti dal dipendente e tenuti agli atti della struttura a cura del responsabile stesso. Il responsabile potrà, altresì, richiedere al dipendente feedback permanente o colloqui periodici con il dipendente.

La sottoscrizione del presente Accordo da parte del Direttore di Struttura equivale all'autorizzazione al lavoro agile nei confronti del dipendente richiedente.

Il dipendente, con la sottoscrizione del presente Accordo, dichiara:

- di aver preso visione ed attenersi scrupolosamente a quanto definito nei seguenti Allegati:
- ✓ A "Informativa su salute e sicurezza in materia di smart working"
- ✓ B "Addendum Privacy - Protezione dei dati personali lavoro agile"

che, debitamente datati e firmati per accettazione, devono essere inviati, come parte integrante del presente accordo, all'UOC GRU a mezzo pec all'indirizzo: area.personale@pec.aslbenevento.it ;

- di manlevare l'Asl Benevento da ogni responsabilità correlata all'utilizzo delle dotazioni informatiche, alla sicurezza e al rispetto della Privacy;
- di aver presentato, se del caso, al proprio responsabile la certificazione con la quale viene riconosciuto "lavoratore fragile";
- di essere consapevole ed accettare la natura temporanea del presente accordo e che lo stesso non determina alcun obbligo per l'Azienda di aderire ad una stipula di Accordo individuale per prestazione lavorativa in modalità agile, alla scadenza del presente Accordo;
- di essere consapevole ed accettare che non potranno essere svolte attività in lavoro agile al di fuori del territorio nazionale;
- di essere consapevole ed accettare che il presente Accordo si risolva espressamente in caso di approvazione, prima della scadenza dello stesso, dei CCNLL che disciplineranno a regime la materia in argomento e/o di diverse indicazioni normative, ministeriali e/o aziendali.

Il Direttore della Struttura, con la sottoscrizione del presente Accordo, dichiara di aver rispettato le condizioni previste dal regolamento aziendale in materia.

In caso di malattia o infortunio il dipendente deve tempestivamente avvisare il responsabile della

struttura di assegnazione con le medesime modalità in vigore per le giornate di lavoro in sede.

Durante le giornate di lavoro agile, le ordinarie funzioni gerarchiche naturalmente inerenti il rapporto di lavoro subordinato sono espletate per via telematica o telefonica.

La sottoscrizione del presente Accordo da parte del Direttore di Struttura equivale all'autorizzazione al lavoro agile nei confronti del dipendente richiedente.

Art. 17 - Istruzioni per il trattamento dei dati personali

Il/La dipendente è tenuto/a alla massima riservatezza nel trattamento e nella custodia dei dati personali che gestisce per lo svolgimento dell'attività lavorativa ed al rispetto delle istruzioni per il trattamento dei dati personali impartite dal "dirigente delegato al trattamento" e al rispetto delle linee guida sulla protezione dei dati personali in materia di lavoro agile, approvate con addendum al presente contratto, che formano parte integrante e sostanziale del presente accordo.

Art. 18 – Informativa privacy

Il/La dipendente dichiara di aver preso visione dell'informativa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento n. 2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Asl.

Art. 19 – Disposizioni di rinvio

Per quanto non espressamente disciplinato tra le parti, lo svolgimento dell'attività lavorativa in "modalità agile" è regolato dal CCNL ove applicabile nonché dalla disciplina legislativa vigente.

Art. 20 - Disposizioni finali

Le parti sottoscrivono il presente contratto in segno di accettazione.

Il presente accordo si compone di n. ____facciate e viene redatto in duplice originale, uno ciascuno per le parti contraenti.

Il/La Dipendente

Il Direttore Generale o delegato

VISTO

Il Direttore del Dipartimento e/o Direttore di Struttura Complessa

(1) Art. 18, comma 3-bis, della legge 81/2017: "...3-bis. I datori di lavoro pubblici e privati che

stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalita' agile sono tenuti in ogni caso a riconoscere prioritari alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalita' agile formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli fino a dodici anni di eta' o senza alcun limite di eta' nel caso di figli in condizioni di disabilita' ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104. La stessa prioritari e' riconosciuta da parte del datore di lavoro alle richieste dei lavoratori con disabilita' in situazione di gravita' accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 o che siano caregivers ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205. ..."

(2) L'individuazione della fascia di contattabilita' è demandata al dirigente della struttura di assegnazione, tenuto conto delle esigenze organizzative dell'ufficio.

(3) Secondo la Circolare del Ministro per la P.A. del 05/01/2022 "Ogni amministrazione, pertanto, può programmare il lavoro agile con una rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile con ampia flessibilita', anche modulandolo, come necessario in questo particolare momento, sulla base dell'andamento dei contagi, tenuto conto che la prevalenza del lavoro in presenza indicata nelle linee guida potrà essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile. In sintesi, ciascuna amministrazione può equilibrare il rapporto lavoro in presenza/lavoro agile secondo le modalita' organizzative più congeniali alla propria situazione, tenendo conto dell'andamento epidemiologico nel breve e nel medio periodo, e delle contingenze che possono riguardare i propri dipendenti (come nel caso di quarantene brevi da contatti con soggetti positivi al coronavirus)".

Aggiornamento per l'anno 2024

(Rif. contributo dell'UOC GRU prot. n. 8574 del 22.01.2024 in riscontro alla nota RPCT prot. n.123679 del 29.12.2023)

A seguito della richiesta prot. n. 123679/2023 di invio di eventuali contributi per l'aggiornamento delle sezioni del PIAO 2023-2025, l'UOC GRU con nota prot. n. 8574 del 22.01.2024 ha comunicato che è in fase di elaborazione il nuovo regolamento sul lavoro agile che "...tiene conto della Direttiva sul Lavoro Agile del 29.12.2023 a firma del Ministro della Pubblica Amministrazione, con la quale si evidenzia la necessita' di garantire ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalita' agile...". Nelle more dell'adozione del regolamento de qua si rileva dal riscontro che è stata emanata una "... Direttiva ASL BN con la quale è stata disposta la proroga del lavoro agile per i lavoratori fragili sino al 31 marzo 2024."

Aggiornamento per l'anno 2025

(Rif. contributo dell'UOC GRU prot. n. 9747 del 28.01.2025 in riscontro alla nota aziendale prot. n.132144 del 30.12.2024)

La sottosezione di cui sopra resta invariata in quanto il Direttore UOC Gestione Risorse Umane ha comunicato con nota prot. n. 9747 del 28.01.2025 che ha proceduto ad elaborare la bozza di un nuovo regolamento sul lavoro agile che nel mese di dicembre 2024 ha inviato alle strutture competenti per i necessari pareri sugli aspetti della sicurezza informatica. In esito procederà per gli adempimenti conseguenziali finalizzati all'approvazione del documento finale.

➤ **SOTTOSEZIONE PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE** (a cura dell'UOC Gestione Risorse Umane)

Consistenza risorse umane al 31.12.2022

Nella sottostante tabella è rappresentata la distribuzione del personale, dipendente e non, secondo le aree ed i ruoli di appartenenza alla data del 31.12.2022

PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO		
AREA DIRIGENZA		
Dirigenza medica e veterinaria (Area Sanità)	Medici n. 145; Veterinari n. 44	n. 189
Dirigenza sanitaria non medica (Area Sanità)	N 37	n. 37
Dirigenza PTA	Ruolo amministrativo n 8 Ruolo tecnico n 5 Ruolo professionale n 10	n. 23
TOTALE AREA DIRIGENZA		n. 249
AREA COMPARTO		
RUOLO AMMINISTRATIVO	Varie qualifiche professionali	n. 207
RUOLO SANITARIO	Infermieri n 339 altro comparto sanitario n. 69	n. 408
RUOLO TECNICO	o.s.s. n 35	n. 86
	altro comparto ruolo tecnico n. 51	

TOTALE COMPARTO		n. 707
PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO		
AREA DIRIGENZA	RUOLO SANITARIO	n. 2
AREA COMPARTO	n. 6 assistenti sociali (ruolo tecnico); n 3 tecnici riabilitazione psichiatrica e n. 7 tecnici prevenzione ambienti e luoghi di lavoro (ruolo sanitario).	n. 16
AREA COMPARTO	assegnazione provvisoria art 42 bis d.lgs. 151/2001	n. 8
AREA COMPARTO	Personale in comando (ruolo sanitario)	n. 2
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE A T.I. E A T.D. AL 31.12.2022 n. 978		
PERSONALE ASSUNTO CON CONTRATTO DI INCARICO DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE EX ART.7 COMMA 6 D.LVO 165/2001 ED ART.2 BIS COMMA 1 LETT.A) L.27/2020 , PRESENTE AL 31/12/2022, PROROGATO		
AREA COMPARTO	Ruolo sanitario (infermieri)	n. 6
AREA COMPARTO	Ruolo tecnico (o.s.s.)	n. 33
TOTALE CONSISTENZA AL 31.12.2022 n. 1017		

Personale cessato e proiezione delle cessazioni per quiescenza nel triennio

Cessati anno 2022: n. 60 dipendenti di cui 25 dell'Area Dirigenza e 35 dell'Area Comparto;

Cessati e cessandi anno 2023: n.42 dipendenti di cui 16 dell'Area Dirigenza e 26 dell'Area Comparto;

Cessandi anno 2024: n.45 dipendenti di cui 28 dell'Area Dirigenza e 17 dell'Area Comparto;

Cessandi anno 2025: n.69 dipendenti di cui 40 dell'Area Dirigenza e 29 dell'Area Comparto.

Piano Triennale del Fabbisogno 2021-2023

Il reclutamento delle risorse umane tiene conto anzitutto del limite di spesa previsto dalla Legge n. 191 del 2009 (- 1,4% della spesa del personale del 2004) così come modificato dall'art. 11, comma 1, del decreto-legge n. 35 del 2019, convertito con modificazioni in legge n. 60 del 2019 e da ultimo modificato dal comma 269 della legge n. 234 del 2021.

In secondo luogo, tiene conto degli standard del fabbisogno di personale definiti dalla D.G.R.C. 593/2020.

In terzo luogo, tiene conto dei pensionamenti già avvenuti e di quelli che si perfezioneranno nel corso dell'anno e dell'anno successivo.

Di seguito si passa in rassegna il piano triennale del fabbisogno di personale dell'Asl Benevento 2021-2023 in via provvisoria, già trasmesso alla Regione Campania che dovrà approvarlo con Delibera della Giunta Regionale onerando l'Asl Benevento di adottare il PTFP 2021-2023 in via definitiva.

ASL di Benevento	Personale in servizio al 31.12.2020	Standard aziendali	Fabbisogno azienda 2021/2023	Fabbisogno nel rispetto del tetto di spesa	di cui sanità penitenziaria	PTF P 2021	PTF P 2022	PTF P 2023
RUOLO SANITARIO	632	825	193	193	63	4	116	73
Dirigenti Medici	225	286	61	61	11	2	16	43
Dirigenti Sanitari	40	53	13	13		1	6	6
Personale del comparto area sanitaria	367	486	119	119	52	1	94	24
RUOLO TECNICO	84	141	57	57	8	8	22	27

Dirigenti	9	12	3	3		1	-	2
Personale del comparto area tecnica	75	129	54	54	8	7	22	25
RUOLO PROFESSIONALE	7	10	3	3	-	-	3	-
Dirigenti	7	10	3	3		-	3	-
Personale del comparto area professionale	-	-	-	-		-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	217	277	60	60	-	1	26	33
Dirigenti	6	12	6	6		-	1	5
Personale del comparto area amministrativo	211	265	54	54		1	25	28
TOTALE	940	1.253	313	313	71	13	167	133

Programmazione strategica delle risorse umane

-Con delibera n 392 del 4/11/2022 si è proceduto a indire un avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 13 **borse di studio** per diversi profili professionali, per l'attuazione del programma di azione biennale di contrasto alle dipendenze patologiche dell'Asl Benevento – Azione 1 Tossicodipendenze; Azione 2 Gioco D'azzardo.

-Con delibera n 294 del 29/08/2022 è stata disposta, ai sensi dell'art 6 della legge 29/03/1985 n. 113, l'avviamento al lavoro di due unità di personale iscritte al collocamento mirato della Provincia di Benevento ai sensi **dell'art. 6 della legge 113/85** e ss.mm.ii., nella posizione funzionale di Operatore Tecnico Centralinista non vedente cat. "B" presso l'Asl Benevento.

-In relazione alle "stabilizzazioni", l'Asl Benevento con delibera n. 219 del 24/06/2022 ha approvato gli atti del concorso pubblico per titoli ed esami riservato ai soggetti in possesso dei requisiti per la stabilizzazione del personale precario previsti dall'art 20 comma 2 del D.Lgs. 25-5-2017 n. 75 per la copertura di n.5 CPS Infermieri e di n. 1 CPS fisioterapista.

In secondo luogo, con delibera n 451 del 9/12/2022 si è proceduto a prendere atto delle risultanze della procedura selettiva riservata al personale ammesso alla stabilizzazione di cui all'art. 1, comma 268, della legge 30-12-2021 n. 234, dichiarando vincitori della procedura selettiva riservata, con conseguente immissione in servizio, n. 19 infermieri, dei quali uno si è dimessa poco dopo, n. 18 operatori socio sanitari, n. 5 tecnici della prevenzione ed infine n. 2 dirigenti farmacisti. Tale stabilizzazione tiene conto : a) della circolare regionale prot. 364421 del 13/07/2022 contenente prime indicazioni in merito all'applicazione dell'art 1, comma 268, lett. b) legge 234/2021; b) del limite di spesa previsto dalla Legge n. 191 del 2009 (- 1,4% della spesa del personale del 2004); c) del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) dell'ASL Benevento relativo al triennio 2020/2022, approvato con la Delibera della Giunta Regionale n. 32 del 25/01/2022 pubblicata sul Burc n. 12 del 31 Gennaio 2022.

Nell'anno 2022 si è proceduto ad assumere n. 16 collaboratori amministrativi a seguito dell'utilizzo delle graduatorie dei concorsi espletati dall'Asl Caserta e dall'A.O. dei Colli. E' intenzione della Direzione Strategica reclutare anche assistenti amministrativi. Inoltre, è stata espletata procedura per l'acquisizione della disponibilità al passaggio orizzontale dei dipendenti all'interno della medesima categoria tra profili diversi, a domanda degli interessati che siano in possesso dei requisiti culturali e professionali previsti per l'accesso al profilo, nello specifico per il passaggio orizzontale all'interno della cat. B, livello economico super, ruolo tecnico, alla cat. B, livello economico super, ruolo amministrativo (coadiutore amministrativo esperto), reclutando n. 2 unità di coadiutore amministrativo esperto.

-In relazione ai meccanismi di progressione di carriera interni attuati nel 2022 si espone:

Con delibera n 520 del 30/12/2021 si è proceduto ad indire, fatta salva una quota di almeno il 50 per cento delle posizioni disponibili destinata all'accesso dall'esterno, come determinata nel piano del fabbisogno di personale approvato con la delibera del DG dell'Asl Benevento n. 456 del 29/11/2021, una procedura comparativa per la progressione tra le categorie del sistema di classificazione di cui al vigente Ccnl del Comparto Sanita' ("progressioni verticali"), in applicazione dell'art. 52, comma 1-bis, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dall'art. 3, comma 1, d.l. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla l. 6 agosto 2021, n. 113.

La procedura comparativa per la progressione tra le categorie sopra illustrata è riservata ai dipendenti di ruolo appartenenti all'area comparto, ruolo tecnico e ruolo amministrativo, in servizio presso l'Asl Benevento con contratto di lavoro a tempo indeterminato, che abbiano maturato un'anzianità minima di 36 mesi in una pubblica amministrazione con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato nello stesso ruolo e nella categoria immediatamente inferiore a quella correlata al posto oggetto di selezione, o in categoria equivalente in una pubblica amministrazione; il bando prevede il possesso dei seguenti ulteriori requisiti: assenza di provvedimenti disciplinari nell'ultimo biennio dal termine di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione alla presente procedura comparativa; essere in possesso della valutazione della performance degli ultimi tre anni (2018-2019-2020); essere in possesso del titolo di studio di accesso alla categoria dall'esterno. Con la delibera del DG n 138 del 29/04/2022 si è proceduto ad approvare gli atti delle Commissioni Esaminatrici delle procedure in questione, nonché le relative graduatorie di merito e ad immettere in servizio i vincitori a tempo pieno ed indeterminato nel corrispondente profilo della superiore categoria acquisita a decorrere dal 1/05/2022, previa sottoscrizione del contratto individuale.

-Per quanto riguarda le procedure di mobilità, l'Asl Benevento ha avviato nell'anno 2022 procedure di mobilità regionale ed interregionale in entrata per le seguenti figure professionali: personale amministrativo del comparto, dirigente amministrativo, dirigente psichiatra, dirigente farmacista, dirigente veterinario Area "A", tecnico della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro.

-In relazione alle convenzioni con altri Enti del SSR, si premette che la Regione Campania, attraverso numerose note, Circolari e Direttive impartite sia dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute che dal Commissario ad Acta (cfr. prott. n. 83762 del 07/02/2017, n. 1322 del 15/03/2017, n. 26573 del 10/04/2017, n. 2082 del 28/04/2017, n. 2198 del 09/05/2017, n. 231 del 11/05/2017) ha invitato i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere Campane a disporre, per i profili professionali per i quali sussistano graduatorie ancora vigenti, nella propria ovvero in altre Aziende o Enti della Regione Campania, l'utilizzo delle medesime per tutti i profili che necessitano alle Aziende/Enti medesimi; con nota prot 4321 del 19/02/2019 indirizzata ai Direttori Generali di tutte le aziende sanitarie campane, il Presidente della Giunta Regionale della

Campania ha disposto di valutare in via prioritaria l'utilizzo di graduatorie vigenti, anche di altre Amministrazioni, nei casi e secondo le modalità consentite dalla legge per evidenti motivi di speditezza ed economicità dei processi assunzionali; la Circolare Regionale prot 680474 del 11/11/2019 "Utilizzo delle graduatorie" ha rinnovato l'invito a tutti i DD.GG. delle Aziende Sanitarie della Regione Campania a valutare prioritariamente la necessità di utilizzazione delle graduatorie concorsuali vigenti; la Circolare Regionale prot. 583550 del 7/12/2020 "Utilizzazione delle graduatorie vigenti" ha ribadito la richiesta del puntuale assolvimento delle circolari regionali in merito all'utilizzazione delle graduatorie vigenti; la Circolare Regionale prot 526341 del 25/10/2021 a firma del Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il coordinamento del SSR ha ribadito che l'utilizzo delle graduatorie vigenti è lo strumento preferibile al fine del reclutamento del personale.

Pertanto, in coerenza con quanto stabilito nelle circolari sopra indicate, il DG dell'Asl Benevento ha sottoscritto diverse convenzioni con altri Enti del SSR per il reclutamento di diverse figure professionali per le quali risultano attive graduatorie (assistenti amministrativi, dirigenti veterinari Area "B", dirigente medico, collaboratori ruolo tecnico, dirigenti avvocati, dirigenti biologi, personale della riabilitazione, tra i quali terapisti occupazionali, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti).

-In relazione all'indizione di nuovi concorsi a tempo indeterminato, l'Asl Benevento ha indetto concorsi a tempo indeterminato per 3 dirigenti sociologi (di cui 1 riservato al personale interno).

-Ancora, ha espletato vari avvisi pubblici per il conferimento dell'incarico quinquennale di Direttore di varie Strutture Complesse (UUOCC Aree Veterinarie A, B e C, UUOCC Salute Mentale Ambiti A e B), Direzioni di 2 Distretti Sanitari.

Aggiornamento per l'anno 2024

(Rif. contributo dell'UOC GRU prot. n. 8574 del 22.01.2024 in riscontro alla nota RPCT prot. n.123679 del 29.12.2023)

Consistenza risorse umane al 31.12.2023

Nella sottostante tabella è rappresentata la distribuzione del personale, dipendente e non, secondo le aree ed i ruoli di appartenenza alla data del 31.12.2023

PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO		
AREA DIRIGENZA		
Dirigenza medica e veterinaria (Area Sanità)		Medici n. 119; Veterinari n. 42 n. 161
Dirigenza sanitaria non medica (Area Sanità)	N 36	n. 36
Dirigenza PTA		Ruolo amministrativo n. 26 9; Ruolo tecnico n. 8; Ruolo professionale n. 9
TOTALE AREA DIRIGENZA		n. 223
AREA COMPARTO		
RUOLO AMMINISTRATIVO		N 212
RUOLO SANITARIO		Infermieri n. 336; altro comparto sanitario n. 106 n. 442
RUOLO TECNICO		o.s.s. n. 51 ; altro comparto ruolo tecnico n. 43 n. 94
TOTALE COMPARTO		n. 971
PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO		
AREA DIRIGENZA	RUOLO SANITARIO	0
AREA COMPARTO	n. 6	assistenti sociali (ruolo tecnico); n. 6
AREA COMPARTO		assegnazione provvisoria art 42 bis d.lgs. 151/2001 n. 9
AREA COMPARTO	Personale in comando (ruolo sanitario)	n. 3
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE A T.I. E A T.D. AL 31.12.2023 : n. 989		
PERSONALE ASSUNTO CON CONTRATTO DI INCARICO DI COLLABORAZIONE		
PROFESSIONALE EX ART.7 COMMA 6 D.LVO 165/2001 ED ART.2BIS COMMA 1 LETT.A) L.27/2020 , PRESENTE AL 31/12/2023		
AREA COMPARTO	Ruolo tecnico (o.s.s.)	n. 24
TOTALE CONSISTENZA AL 31.12.2023		n. 1013

Programmazione strategica delle risorse umane

ANNO 2023

Numero totale concorsi espletati nell'anno 2023: n.7

Numero totale mobilità espletate nell'anno 2023: n. 6

Numero totale assunzioni effettuate nell'anno 2023: 103

Numero totale assunzioni anno 2023 suddivise per profilo: n. 2 dirigenti amministrativi, n. 1 dirigente biologo, 1 dirigente psicologo, 3 dirigenti sociologi, 1 dirigente biologo, 2 dirigenti medici a tempo determinato, n. 14 collaboratori amministrativi, n. 18 assistenti amministrativi, n. 7 assistenti sociali a tempo determinato, n. 7 tecnici prevenzione, n. 6 tecnici riabilitazione psichiatrica, n. 2 educatori professionali, n. 10 infermieri, n. 4 logopedisti, n. 15 operatori sociosanitari, n. 7 terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva a tempo indeterminato, n. 3 terapisti occupazionali

Numero assunzioni a tempo indeterminato: n. 96

Numero assunzioni a tempo determinato: n. 7 assistenti sociali

Numero 20 stabilizzazioni anno 2023 per effetto della procedura selettiva, per titoli e colloquio, per la stabilizzazione a tempo indeterminato di personale dirigenziale e non dirigenziale sanitario, socio-sanitario e amministrativo reclutato dall'ASL Benevento anche con contratti di lavoro flessibile, anche qualora non più in servizio, che ha maturato, al 31/03/2023, i requisiti previsti dall'art. 1, comma 268, lett. b) legge 234/2021 (dei quali n. 1 dirigente biologo, n. 1 dirigente psicologo, n. 6 infermieri, n. 3 operatori sociosanitari, n. 6 tecnici della prevenzione, n. 3 tecnici della riabilitazione psichiatrica).

ANNO 2024

Per l'anno 2024 sono in corso le assunzioni delle seguenti figure professionali: dirigenti medici disciplina igiene, disciplina psichiatria, disciplina medicina d'emergenza-urgenza, dirigenti farmacisti, dirigenti veterinari, tecnici della prevenzione, o.s.s., a seguito dei concorsi e delle mobilità espletate nell'anno 2023. Inoltre, l'Asl sta utilizzando la graduatoria di concorso espletato dall'AOU Ruggi al fine di reclutare infermieri.

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO

E' in corso la predisposizione del PTFP 2022/2024 in conformità a quanto prevede la Delibera della Giunta Regionale n. 190 del 19/04/2023 ad oggetto "METODOLOGIA PER LA

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DELLA CAMPANIA.”.

Aggiornamento per l'anno 2025

(Rif. contributo dell'UOC GRU prot. n. 9747 del 28.01.2025 in riscontro alla nota aziendale prot. n.132144 del 30.12.2024)

Programmazione strategica delle risorse umane

Nell'anno 2024 sono state assunte tutte le figure professionali previste nel Piano Triennale del Fabbisogno per l'anno 2024.

Nell'anno 2024, in particolare, sono stati reclutati 195 nuovi dipendenti (22 assistenti amministrativi, 7 assistenti sociali (di cui 5 per stabilizzazione), 3 coadiutori, 1 tecnico riabilitazione psichiatrica, 8 collaboratori amministrativi, 4 collaboratori tecnici ingegneri, 4 dietiste, 30 dirigenti medici (discipline igiene, psichiatria e emergenza), 1 dirigente amministrativo, 1 dirigente biologo, 4 dirigenti farmacisti, 7 dirigenti veterinari, 4 dirigenti sociologi, 29 infermieri, 1 logopedista, 56 operatori socio sanitari (di cui n 24 a seguito di stabilizzazione) , 1 operatore tecnico autista (stabilizzazione) , 4 tecnici della prevenzione, 6 tecnici di radiologia (anche per gli screening), 1 dirigente medico radiologo, 1 terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva.

Nell'anno 2024 sono stati stabilizzati n. 24 operatori socio sanitari, n. 1 autista e n. 5 assistenti sociali.

Per l'anno 2025 sono programmate le seguenti assunzioni: dirigenti medici di varie discipline, dirigenti veterinari, dirigenti psicologi, autisti, ostetriche, assistenti sociali, collaboratori tecnici, infermieri, infine n. 20 collaboratori amministrativi (concorso indetto con delibera del D.G. n. 650 del 30/12/2024).

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO

Con la Delibera del D.G. dell'Asl Benevento n. 59 del 5 febbraio 2024 è stato adottato il nuovo ATTO AZIENDALE dell'ASL di Benevento, poi sottoposto al vaglio e all'approvazione dell'Organismo Regionale con la contestuale dichiarazione di cessazione della vigenza dell'Atto Aziendale precedente, nonché di tutte le variazioni succedutesi, a far data da tale approvazione;

-con la Delibera della Giunta Regionale n. 58 del 08/02/2024 pubblicata sul BURC n. 16 del 12/02/2024 è stato approvato l'Atto Aziendale dell'ASL di Benevento adottato con la Delibera del DG dell'Asl Benevento n. 59 del 5/02/2024;

- successivamente è stata adottata la Delibera del DG dell'Asl Benevento n. 100 del 22/02/2024 ad oggetto "Presenza d'atto della DGRC n. 58 dell'8/2/2024- Atto aziendale ASL di Benevento. Approvazione";

-con la Delibera della Giunta Regionale della Regione Campania n. 547 del 24/10/2024, pubblicata sul BURC n. 73 del 28/10/2024, è stato approvato il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) dell'ASL Benevento 2023-2025, adottato in via provvisoria con la delibera del DG dell'Asl Benevento n. 446 del 26/09/2024;

-allo stato, è in corso di predisposizione il Piano Triennale di Fabbisogno del Personale (P.T.F.P.) 2024/2026, in ottemperanza agli standard stabiliti dalla DGRC 190/2023 e nel rispetto del nuovo tetto di spesa del personale delle Aziende Sanitarie della Campania di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 148 del 03/04/2024.

In allegato al presente PIAO i provvedimenti inerenti il PTFP 2023-2025 sopra citati: deliberazione ASL BN n. 446 del 26.09.2024 e Delibera della GRC n. 547 del 24/10/2024.

Di seguito la Tabella riepilogativa del PTFP 2023-2025 allegata alla citata DGRC:

TABELLA A - FABBISOGNO DI PERSONALE NEL RISPETTO DELLA DGRC 190/2023, DM 08.05.18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09, DGRC 148/2024

ASL BENEVENTO	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2022	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2023	PTFP 2024	PTFP 2025	TOTALE STANDARD DM 77
RUOLO SANITARIO	639	1.053	63	414	235	44	83	108	208
Dirigenti Medici	192	371	11	179	77	-	31	46	10
Dirigenti Sanitari non medici	37	69	-	32	29	1	2	26	
di cui dirigenti professioni sanitarie	-				2	-	-	2	
di cui farmacisti	10			32	2	-	2	-	
di cui altri sanitari non medici	27	69			25	1	-	24	-
Personale del comparto area sanitaria	410	613	52	203	129	43	50	36	198
di cui infermieri	346	433	47	87	51	15	25	11	100
di cui infermieri di famiglia									88
di cui ostetriche	13	19	-	6	5	-	5	-	
di cui tecnici sanitari	51	161	5	110	73	28	20	25	
di cui altro comparto sanitario	-	-	-	-	-	-	-	-	10
RUOLO SOCIO SANITARIO	55	154	8	99	76	15	60	1	85
Personale del comparto area socio-sanitaria	55	154	8	99	76	15	60	1	85
di cui OSS	35	128	8	93	70	15	55	-	74
di cui assistenti sociali	20	26	-	6	6	-	5	1	11
RUOLO TECNICO	35	61	-	26	26	4	12	10	-
Dirigenti	5	9		4	4	3	1	-	-
Personale del comparto area tecnica	30	52	-	22	22	1	11	10	-
RUOLO PROFESSIONALE	10	12	-	2	2	2	-	-	-
Dirigenti	10	12	-	2	2	2	-	-	-
Personale del comparto area professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	210	276	-	66	45	41	3	1	50
Dirigenti	6	13	-	7	5	3	1	1	
Personale del comparto area amministrativo	204	263	-	59	40	38	2	-	50
TOTALE	949	1.556	71	607	384	106	158	120	343

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

SOTTOSEZIONE FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione è una delle leve che l'azienda utilizza per sviluppare le competenze e le abilità del personale, promuovere il coinvolgimento e la crescita professionale, introdurre strumenti di miglioramento organizzativo e, più in generale, per supportare i processi di cambiamento garantendo un'offerta sanitaria centrata sulla continuità assistenziale, la presa in carico e l'empowerment dei pazienti-utenti, l'integrazione delle risorse umane e strumentali.

Il fabbisogno formativo e la relativa soddisfazione dello stesso all'interno dell'ASL BN è disciplinato da un apposito Regolamento approvato con la Delibera del Direttore Generale n.130 del 27/4/22.

Ogni anno entro il 31 dicembre viene predisposto il Piano Formativo aziendale previa richiesta, inoltrata a tutti i Responsabili delle Articolazioni aziendali, di formulare apposite proposte rispetto alle necessità formative della propria U.O. che, passate al vaglio della competente UOS Formazione, vengono inserite nel Piano medesimo.

Il Piano della Formazione Aziendale per l'anno 2023 rappresenta il documento programmatico della formazione rivolta al personale dipendente e convenzionato della ASL BN relativamente all'anno in corso, con il quale l'azienda si propone lo scopo di favorire la crescita professionale e culturale delle risorse umane operanti all'interno delle strutture aziendali e di sostenere i processi di miglioramento complessivo del sistema aziendale di offerta dei servizi, in coerenza con i programmi nazionali, regionali e aziendali.

La programmazione riportata nel Piano 2023 si compone di 12 eventi formativi residenziali e/o da realizzare in modalità Formazione a Distanza (FAD). L'erogazione dei corsi in modalità FAD, nelle tipologie sincrone e/o asincrone, avverrà tramite apposite piattaforme attraverso le quali il personale dipendente potrà aderire e partecipare ai percorsi formativi. La modalità di erogazione prevalente resta quella residenziale ma in caso di necessità dovute ad una eventuale recrudescenza della pandemia da SARS COVID 19 o da un numero elevato di potenziali destinatari dei percorsi formativi di cui al Piano in oggetto, è prevista la possibilità di ricorrere alla modalità FAD. Tale modalità di erogazione di formazione risulta particolarmente utile in occasione della realizzazione degli interventi di formazione obbligatoria previsti dal D.Lgs. 81/08 e dalla normativa nazionale anticorruzione che, essendo destinati ad un elevato numero di dipendenti, possono essere erogati attraverso la FAD. La ASL BN favorirà la più ampia partecipazione del personale dipendente ai corsi erogati, a prescindere dalla struttura aziendale proponente e con la sola limitazione della corrispondente o similare attività lavorativa svolta dai dipendenti stessi.

Il Piano della Formazione Aziendale (PFA) 2023 della ASL BN si propone i seguenti obiettivi generali:

- Sviluppare le competenze specifiche degli operatori sulle più recenti acquisizioni/innovazionitecniche, diagnostico terapeutiche, assistenziali
- Diffondere la condivisione degli obiettivi di razionalizzazione, monitoraggio e riduzione della spesa fissati dai procedimenti regionali ed aziendali
- Diffondere la conoscenza delle normative nazionali e regionali
- Arricchire le conoscenze comunicative e relazionali del personale operante nelle strutture aziendali
- Sostenere la conoscenza e l'utilizzo dei nuovi sistemi informatici introdotti in Azienda a supporto dell'operatività
- Diffondere la conoscenza dei modelli organizzativi dell'ASL Benevento
- Favorire lo sviluppo di percorsi clinico - assistenziali, diagnostici - riabilitativi
- L'ASL Benevento contribuirà al sistema di accreditamento della Formazione destinata a tutti gli operatori sanitari.

Il Piano della Formazione Aziendale (PFA) 2023 della ASL BN si propone i seguenti obiettivi specifici ed immediati:

- Umanizzazione delle cure;
- Transizione digitale
- Preparazione specifica in tema di Finanziamenti del PNRR
- Gestione della contabilità economica dell'azienda
- Aggiornamento conoscenza dei sistemi SIAC e SAP
- Potenziamento dell'assistenza nell'ambito della salute mentale ,delle dipendenze e dell'assistenza farmaceutica;
- Potenziamento dell'attività di assistenza erogata dai Distretti e dai Dipartimenti
- Potenziamento dell'assistenza riabilitativa alle fasce deboli
- Aggiornamento in materia di medicina veterinaria

Il PFA 2023 è stato redatto ai sensi del Regolamento aziendale in materia adottato con Delibera n.130 del 27/4/22.

La ASL BN mette a disposizione della realizzazione dei Corsi di Formazione inseriti nel PFA 2023 un importo pari ad € 250.000,00, oltre ad eventuali altre risorse espressamente destinate alla formazione e provenienti da ulteriori forme di finanziamento.

I progetti dei corsi non presenti nel Piano dovranno essere preventivamente valutati ed autorizzati

dalla Direzione Generale, fatta eccezione per quelli obbligatori per legge (anticorruzione, sicurezza suoi luoghi di lavoro, ecc) e per quelli compresi nel PFA 2022 ancora non completati.

L'ASL BN è PROVIDER ID 20 Regione Campania.

Tutti i corsi rivolti al personale di ruolo sanitario saranno accreditati ECM.

Il presente PFA é stato sotto sottoposto al confronto con le OO.SS ai sensi della normativa contrattuale vigente e ci si riserva di apportare , in ogni momento, compatibilmente con le risorse disponibili, modifiche e/o integrazioni qualora se ne ravvisasse l'esigenza, a seguito di ulteriori confronti a tale livello.

Titolo Corso	Obiettivo	Destinatari	Responsabile Scientifico	Durata
Attuazione DM 77/22: Implicazione organizzative e gestionali per le aziende sanitarie	Aggiornamenti o nella materia	Personale TPA	Dr.ssa Anna Pocino	15 ore
Riabilitazione Robotica e Dispositivi Tecnologici Innovativi	Acquisizione competenze nelle nuove tecnologie	Personale sanitario specializzato in fisioterapia	Dr. Luigi Iacobacci	30 ore
Gestione del sistema di contabilità economica dell'Azienda	Acquisizione di strumenti metodologici necessari per gestire le innovazioni normative in materia	Personale amministrativo che opera nel campo della contabilità e gestione economica	Dr. Claudio Campanelli	1 anno

Procedimenti amministrativi in caso di non conformità alla normativa	Fornire ai Medici Veterinari e ai Tecnici della Prevenzione aggiornamenti in merito ai procedimenti amministrativi nelle ispezioni agli	Medici Veterinari e Tecnici della Prevenzione Collettiva	Dr. Pasquale Albano	8 ore
	allevamenti di bestiame			
Dipendenze Patologiche e Comorbilità Pschiatrica	Definizione di percorsi diagnostici e riabilitativi e costruzione di rete territoriale di diagnosi e cura	Personale sanitario ed assistenti sociali operanti nel campo delle dipendenze	Dr. Ermenegildo D'Angelis	30 ore per 2 edizioni (60 ore)
Gestione del contenzioso	Perfezionamento delle procedure in tema di contenzioso con particolare attenzione alla Legal App	Avvocati e personale amministrativo in servizio presso la UOC AA.LL	Avv. Antonio Mennitto	20 ore
Approfondimenti in gestione SAP	Approfondire le conoscenze e	Personale amministrativo in servizio nei	Dott. Tommaso Iannotti	20 ore

	aggiornamento del sistema SAP	Distretti Sanitari		
Umanizzazione delle cure	Approfondire conoscenze e competenze per il miglioramento del livello di umanizzazione dei percorsi di accoglienza, cura ed assistenza	Personale sanitario e amministrativo tecnico in servizio presso i distretti sanitari	Dr. Pietro Altieri	60 ore da distribuire in 3 edizioni
Malattie Rare	Gestione delle terapie dei pazienti affetti da malattia rara alla luce della normativa regionale	Dirigenti Farmacisti, Medici e Direttori di Distretto	Dr. Vincenzo Del Pizzo	30 ore
La responsabilità in ambito professionale	Riconoscere i principi legislativi, i principi assicurativi, etici e tecnico professionali nella prevenzione e gestione del	Professionisti sanitari	Dr. Luigi Scarinzi	15 ore

	rischio clinico			
La rendicontazione degli affidamenti PNRR	Qualificare il personale tecnico e amministrativo in merito alla rendicontazione dei finanziamenti del PNRR	Personale tecnico e amministrativo	Ing. Giacomo Pucillo	30 ore
I disturbi psichiatrici dell'età adolescenziale	Approfondire problematiche dell'età adolescenziale, approccio diagnostico e terapia	MMG, psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali, terapisti ed infermieri professionali operanti nel campo della psichiatria	Dr.ssa Antonietta Rapuano	18 ore divise in 3 giornate

Aggiornamento per l'anno 2024

(rif. contributo fornito dall'UOS Formazione prot. n.8258 del 22.01.2024)

Il Piano della Formazione Aziendale, approvato con deliberazione ASL BN n.670 del 29.12.2023, rappresenta il documento programmatico della formazione rivolta al personale dipendente e convenzionato della ASL BN relativamente all'anno 2024, con il quale l'azienda si propone lo scopo di favorire la crescita professionale e culturale delle risorse umane operanti all'interno delle strutture aziendali e di sostenere i processi di miglioramento complessivo del sistema aziendale di offerta dei servizi, in coerenza con i programmi nazionali, regionali e aziendali.

Si compone di 14 Proposte Formative Generali, come da elenco di seguito dettagliato.

1) UOC Gestione Economico-Finanziaria:

La gestione economico-finanziaria dell' Azienda Sanitaria Locale : refresh e aggiornamenti normativi, operativi e delle procedure informatiche.

Elenco corsi di formazione proposti : gestione del sistema di contabilità economica dell'Azienda – aggiornamenti; predisposizione del Bilancio Economico Preventivo e del Bilancio d' Esercizio – aggiornamenti; adempimenti fiscali e tributari; gestione dei profili economico – finanziari del contenzioso aziendale – aggiornamenti; predisposizione dei conti economici trimestrali; valorizzazione degli accantonamenti per rischio di soccombenza da contenzioso – aggiornamenti; flussi informativi obbligatori nazionali e regionali in materia di contabilità; gestione procedure ex DGRC 282/2016; attività di recupero ticket; implementazione pagopa; ciclo attivo e passivo , contabilità ausiliarie; innovazioni in materia economico finanziaria e contabile della sanità pubblica ; aggiornamento su gestione procedure informatiche in uso presso la UOC; funzionamento e utilizzo software SIAC funzioni di base ed aggiornamenti; formazione continua in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità – antiriciclaggio.

2) UOC Gestione Risorse Umane:

Fondamenti della sicurezza informatica – Cyber Security – Corso di formazione avanzato Microsoft Excel – L'informatizzazione dei servizi di segreteria – La digitalizzazione della PA e Piano triennale informatico (regole e linee guida) – Il PNRR ed il responsabile per la transizione digitale : la trasformazione digitale della PA – Pubblica Amministrazione digitale: innovazione organizzativa, tecnologica e applicativa nella PA – Il trattamento economico, contributivo e fiscale del personale del comparto e dirigente del SSN – Accordo collettivo nazionale dei medici specialisti ambulatoriali interni e altri professionisti – Gestione giuridica ed economica della medicina convenzionata: medici pediatri di libera scelta - Gestione giuridica ed economica della medicina convenzionata: medici di medicina generale – Le pensioni dei dipendenti pubblici : novità normative e giurisprudenziali – I trattamenti pensionistici di primo pilastro, la disciplina del TFS/TFR e la prevenzione complementare – novità normative e giurisprudenziali – Management pubblico e innovazione tecnologica – Procedimento e tecniche di redazione dei provvedimenti in materia di accesso – La PA nel processo amministrativo digitale alla luce del Codice e dei decreti attuativi – Il provvedimento amministrativo – Istruttoria, tecniche di redazione ed emanazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi – Le funzioni di responsabile del procedimento di provvedimento nelle Amministrazioni pubbliche – le normative; Potere discrezionale e motivazione nelle PA: secondo il diritto comunitario e la giurisprudenza; L'orario di lavoro dopo il CCNL 02/11/2022: relazioni sindacali, rilevazione presenze, ritardi, flessibilità, pause, buoni pasto, pronta disponibilità, riposi giornalieri e settimanali, turni, festivi, notturno, straordinario, recuperi, ferie, servizio fuori sede, trasferte; Corso di specializzazione online per i RPCT ; Cessione del quinto, pignoramenti e altri vincoli sugli stipendi: gestione e impatti in busta paga; Istituti del rapporto di lavoro nel comparto sanità: aggiornamento CCNL 19/21 e le prospettive 22/24; Etica pubblica e comportamento etico; L'individuazione e gestione del conflitto d'interessi; Analisi della struttura della busta paga; Composizione del cedolino paga; I conguagli di fine anno e IRPEF; La legge 104 del 1992: malattia e gestione dei permessi nel lavoro dipendente ; Il fondo salario accessorio, la contrattazione decentrata e la spesa del personale 2024-2026; Formazione di base sulla protezione dei dati personali.

3) UOC Provveditorato ed Economato:

Migliorare la conoscenza del nuovo Codice degli Appalti ex D.lgs 36/2023; Migliorare ed estendere la conoscenza del sw di contabilità aziendale SAP; Migliorare la conoscenza dei nuovi sw di gestione amministrativa in uso all'ASL BN.

4) UOC Tecnico Manutentiva:

Codice degli Appalti; Direzione Lavori; Progettazione; Collaudo; Accesso agli atti; La gestione del procedimento amministrativo nei lavori pubblici: dalla progettazione al collaudo.

5) UOC Prevenzione e Protezione:

Gestione del rischio : le basi.

6) UOC Farmaceutica:

L'evoluzione del sistema di acquisto dei farmaci e dei dispositivi. Malattie rare. L'erogazione diretta dei farmaci. Nutrizione artificiale (NAD).

7) Direzione Amministrativa – URP – Ufficio Stampa:

La comunicazione interna e la gestione dei rapporti con l'utenza, PIAO 2023/2025 approvato con Del. 142/2023: Partire dalla salute dell'Ente per creare valore pubblico a favore dei cittadini. Come coniugare trasparenza e accesso agli atti con la privacy nell'ente pubblico.

Direzione Sanitaria: Chi raddoppia la vita – seconda edizione. Piano di formazione personale sanitario ed amministrativo per prestazioni sanitarie utenza straniera. Il diritto di accesso nella PA: documentale civico e generalizzato, Amministrazione Trasparente, obblighi di pubblicazione, privacy e performance, privacy e tutela dei dati relativi alla salute. Gli strumenti di attuazione del Reg. UE 2016/167 GDPR e del D.lgs 101/2018 nella PA. Corso teorico pratico per la gestione delle liste d'attesa. La Piattaforma regionale di gestione dello screening oncologico "Sinfonia Screening".

8) UOSD Riabilitazione:

Aggiornamento in tecniche di neuro riabilitazione. La rieducazione posturale. Terapia de congestiva complessa. Corso di aggiornamento sulla valutazione neuro evolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio del bambino.

9) Distretto sanitario ASF:

Aumentare la probabilità di sopravvivenza dei soggetti in arresto cardiaco con l'utilizzo di idonee manovre di rianimazione.

10) UOC Affari Interni e Pianificazione Direzionale Statistica:

Attuazione DM 77/2022 "Implicazioni organizzative e gestionali per le Aziende Sanitarie". Valutazione della performance organizzativa ed individuale nelle Aziende sanitarie.

11) UOC Dipendenze Patologiche:

Elementi di prevenzione partecipata: Progettazione pianificata e pianificazione di strategie di prevenzione nella comunità. Counselling Breve: promozione di stili di vita salutari attraverso le competenze counselling breve.

12) Dipartimento di Prevenzione HUB Micologico:

Corso per conseguimento della qualifica di micologo.

13) Dipartimento di Prevenzione – UOC Sanità Animale:

Animal Health Law 2016/429. Apicoltura, cambiamenti climatici e morie di api.

14) CDL Infermieristica:

Formazione in materia di protezione dei dati personali per i lavoratori delle ASL. L'infermiere di famiglia e le nuove case di comunità.

La presente pianificazione è avvenuta attraverso l'analisi delle proposte formative pervenute presso l'UO Formazione, valutate dalla Commissione tecnica incaricata, la quale ha evidenziato che sebbene parte dei corsi proposti rientrino nelle normali conoscenze di base del personale dipendente, il Piano trova applicazione nel fatto di dover riconoscere e garantire una approfondita formazione al personale neo assunto.

Il monitoraggio della sottosezione Formazione verrà effettuato come di seguito:

MISURE	INDICATORI DI MONITORAGGIO	VALORI ATTESI
Formazione di livello generale	Espletamento del percorso formativo	Sensibilizzazione dei partecipanti sui temi trattati
	Attestazione di partecipazione	
Formazione di livello specifico (ECM, ecc.)	Espletamento del percorso formativo	Aggiornamento ottimale dei partecipanti
	Test di apprendimento	

Aggiornamento per l'anno 2025

(Rif. contributo dell'UOC GRU prot. n. 9747 del 28.01.2025 in riscontro alla nota aziendale prot. n.132144 del 30.12.2024)

In relazione al periodo dal 1/07/2024 al 31/12/2024, al fine di dare esecuzione alla Direttiva della Funzione Pubblica del Ministro Zangrillo, è stato attivato il programma Syllabus del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Inoltre, con Determina Dirigenziale n. 4548 del 16/12/2024 dell'UOS Formazione è stato affidato il Servizio di natura formativa e didattica per dirigenti e comparto dell'Asl Benevento, della durata di 8-10 mesi, da effettuarsi nel periodo Dicembre 2024 - Luglio 2025. Tale servizio verrà attivato nel mese di gennaio/febbraio 2025, compatibilmente con l'adeguamento della sala conferenze situata al piano terra della sede di via Oderisio.

PIANO FORMATIVO 2025

sottoposto ed approvato dal Comitato Tecnico Scientifico e trasmesso alle organizzazioni sindacali

1) UOC 118 ED EMERGENZA:

ARGOMENTI:

- ACLS - ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT (AMERICAN HEART ASSOCIATION)
- PALS – PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT (AMERICAN HEART ASSOCIATION)
- PTC – PREHOSPITAL TRAUMA CARE (I.R.C.)

RESPONSABILE SCIENTIFICO: DOTT. CIRIACO PEDICINI – DIR. RESP. UOC 118 ED EMERGENZA

DESTINATARI: PERSONALE DELLE POSTAZIONI 118: 44 MEDICI, 16 INFERMIERI

OBIETTIVI FORMATIVI: Acquisire/riaggiornare, secondo le nuove linee guida internazionali, le conoscenze e le specifiche competenze in Rianimazione Cardio Polmonare, per adulti, bambini e lattanti ed in tema di gestione avanzata del trauma preospedaliero.

DURATA: 16 ore ACLS, 16 ore PALS, 16 ore PTC. – due giorni per ciascun corso, 8 ore per ciascuna

giornata formativa

MODALITA' DEL CORSO: in presenza con questionario di apprendimento

2)U.O.C. AFFARI LEGALI:

ARGOMENTI:

- 1)Cessione del credito, validità ed efficacia nei confronti della PA;
- 2)Procedure monitorie ed esecutive con riferimento alla riforma Cartabia;
- 3) Responsabilità medica professionale
- 4) La nuova procedura espropriativa alla luce del D.Lgs. 36/2023 e dei progetti PNRR;
- 5) Gli incarichi extra istituzionali dei dipendenti pubblici: le autorizzazioni e le responsabilità erariali

3) ANTICORRUZIONE:

ARGOMENTI:

- 1)Corso di formazione sull'Istituto del whistleblowing ;
2. Corso sul Codice di Comportamento

DESTINATARI: PERSONALE TUTTO DELL'ASL BN

DURATA: 2 GIORNI per complessive 15/20 ore

4)CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA :

ARGOMENTI:

- 1)DM 77/2022 NUOVI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DEL SSN;

DESTINATARI: PERSONALE INFERMIERISTICO

OBIETTIVI FORMATIVI: Formazione del personale dipendente sulla riforma che ridisegna soprattutto funzioni e standard del Distretto come descritte dal Ministero della Salute.

- 2) COMUNICAZIONE INFERMIERE-PAZIENTE;

DESTINATARI: Personale Infermieristico;

OBIETTIVI FORMATIVI: migliorare la qualità della comunicazione in sanità

5)UOS CONTROLLO DI GESTIONE

ARGOMENTO: Contabilità analitica in Sanità

NOMINATIVO DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO: Professionista individuato dall'Istituto che realizzerà il percorso formativo.

OBIETTIVO FORMATIVO: fornire strumenti teorici ed operativi per il controllo gestione di un'azienda sanitaria, in ottica di riduzione della spesa e massimizzazione del rapporto tra risorse impiegate e risultati raggiunti.

CONTENUTI: il corso deve avere uno sviluppo annuale, articolato in vari moduli corrispondenti alle diverse esigenze formative espresse, seguendo eventualmente una programmazione di seguito

riportata:

Modulo 1: Il Controllo di Gestione negli Enti Locali e strumenti di controllo

Controllo Gestione negli Enti Locali

Il Sistema informativo aziendale e gli strumenti di contabilità analitica

Contabilità analitica in ambito sanitario e strumenti di controllo

Modulo 2: Analisi dei Costi e Contabilità per Centri di Responsabilità

Nozioni di costo e finalità dell'analisi dei costi

Le classificazioni dei costi

I centri di costo e di ricavo

I costi generali di struttura

L'imputazione dei costi a centri

Il ribaltamento dei costi ai centri

Il risultato economico dei centri

L'imputazione dei costi ai servizi erogati

Modulo 3: Il Budget come strumento di programmazione strategica e controllo operativo

Budget

Processo di elaborazione del Budget e relative schede

Verifica della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi

Individuazione di eventuali interventi correttivi in caso di necessità

Modulo 4: Sistemi di Reporting e Sistemi di Controllo della Performance

Flussi informativi obbligatori nazionali, regionali e aziendali per controllo di gestione

Sistema di reporting

Analisi economica dei processi produttivi e confronti spazio-temporali

Monitoraggio e Sistema di indicatori per misurare efficacia, efficienza ed economicità

Modulo 5: Controllo di Gestione mediante il software SAP

Funzionamento e utilizzo del software SAP – relative funzioni sulla contabilità analitica e linee progettuali

Il Corso deve essere tenuto da primario Istituto di Formazione.

FINALITÀ: fornire ai dipendenti coinvolti competenze e strumenti per migliorare gli standard e le performance della gestione e della misurazione dei risultati. Le competenze acquisite e i risultati raggiunti dovranno essere formalmente attestati dal fornitore del servizio che, pertanto, dovrà essere individuato nell'ambito dei Soggetti idonei e legittimati al rilascio di attestati formativi riconosciuti dall'ordinamento di settore

DURATA: 1 anno

PROFESSIONI DESTINATARIE: personale del ruolo amministrativo area comparto e dirigenza

NUMERO PARTECIPANTI PER EDIZIONE: 4 unità

6) UOC GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

ARGOMENTO :La gestione economico-finanziaria dell'Azienda sanitaria locale: refresh e aggiornamenti normativi, operativi e delle procedure informatiche

NOMINATIVO DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO: Professionista individuato dall'Istituto che realizzerà il percorso formativo

OBIETTIVO FORMATIVO: offrire ai destinatari gli strumenti metodologici necessari per consentire un'operatività sempre più efficace e di orientarsi agevolmente nelle innovazioni normative e delle applicazioni informatiche utilizzate nell'espletamento delle attività di istituto.

CONTENUTI E PROGRAMMA: il corso deve avere uno sviluppo annuale, articolato in vari moduli corrispondenti alle diverse esigenze formative esposte, e quindi deve seguire una programmazione che in linea di massima si sviluppa nella maniera seguente:

Modulo 1: processi gestionali: dalla tenuta delle scritture contabili agli adempimenti fiscali e tributari ordinari e specifici per l'ASL

gestione del sistema di contabilità economica della Azienda

predisposizione del Bilancio Economico Preventivo e del Bilancio d'Esercizio

adempimenti fiscali e tributari

gestione dei profili economico-finanziari del contenzioso aziendale

Modulo 2: processi informativi statali, regionali, verso il pubblico

Predisposizione dei conti economici trimestrali

valorizzazione degli accantonamenti per rischio di soccombenza da contenzioso

gestione dei flussi informativi relativi alla piattaforma dei crediti commerciali

flussi informativi obbligatori nazionali e regionali in materia di contabilità

Modulo 3: processi operativi del ciclo attivo e del ciclo passivo

gestione procedure ex DGRC 282/2016

attività di recupero ticket

implementazione pagopa

ciclo attivo, ciclo passivo, contabilità ausiliarie

Modulo 4: formazione continua generale ed ex D.Lgs. 190/2012 e D.Lgs. 33/2013

innovazioni in materia economico-finanziaria e contabile della sanità pubblica

aggiornamento su gestione procedure informatiche in uso presso il GRU

funzionamento ed utilizzo software SIAC - funzioni di base ed aggiornamenti

formazione continua in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità

Il Corso deve essere tenuto da primario Istituto di Formazione.

FINALITÀ: fornire ai dipendenti coinvolti attestazione formale delle competenze acquisite al fine di rendere certi percorsi, procedure e contenuti operativi inerenti alle diverse linee di attività della Struttura. Le competenze acquisite ed i risultati raggiunti dovranno essere formalmente attestati dal fornitore del servizio che, pertanto, dovrà essere individuato nell'ambito dei Soggetti idonei e legittimati al rilascio di attestati formativi riconosciuti dall'ordinamento di settore.

DURATA: 1 anno

PROFESSIONI DESTINATARIE: personale del ruolo amministrativo area comparto e dirigenza

NUMERO PARTECIPANTI PER EDIZIONE: 12/15 unità

7) DIREZIONE SANITARIA

ARGOMENTO: Aspetti relazionali, umanizzazione delle cure in sanità e benessere organizzativo.

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott.ssa Laura Abagnara

DESTINATARI: Articolazioni Aziendali

OBIETTIVI FORMATIVI: il corso si propone di dotare il professionista sanitario delle competenze essenziali per offrire un'assistenza al paziente che valorizzi l'umanizzazione delle cure. Questo approccio, basato su una prospettiva multidisciplinare, pone al centro il benessere globale della persona, includendo i suoi bisogni fisici, psicologici e relazionali.

PROGRAMMA ARGOMENTI:

- Umanizzazione nei processi organizzativi per il miglioramento della qualità della vita
- Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura
- Umanizzazione e comunicazione; ascolto ed empatia nel rapporto con paziente e con la famiglia
- Approccio multidisciplinare e attenzione ai bisogni della persona
- Come coniugare l'umanizzazione con la presa in carico del paziente/cittadino nel percorso di cura
- Umanizzazione nelle relazioni tra personale sanitario e cittadini
- Intelligenza artificiale e Umanizzazione
- Buona pratica/testimonianza

DURATA: 1 giorno da 6 ore

RELATORI: da individuare

MODALITA' DEL CORSO: in presenza

QUESTIONARIO FINALE DI APPRENDIMENTO: sì

PARTECIPANTI: tutte le professioni

NUMERO DI PARTECIPANTI: 80

8) URP E COMUNICAZIONE AZIENDALE:

ARGOMENTO:

- 1) Privacy trasparenza ed accesso agli atti nella PA
- 2) La comunicazione gentile: l'armonia delle relazioni tra colleghi e cittadini

RESPONSABILE SCIENTIFICO:

- 1) Dott.ssa Rosaria Avenia
- 2) Dott.ssa Stefania Pizzi/Dott.ssa Rosita Iacobelli

DESTINATARI: Personale sanitario/Amministrativo, personale PUA, CUP e tutto il personale a contatto con l'utenza

9) U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE E RISK MANAGEMENT:

ARGOMENTO: Formazione personale sanitario per la prevenzione delle aggressioni

RESPONSABILI SCIENTIFICI: Dott.ssa Di Mella Apollonia, Dott. Emilio D'Oro

SPESA PRESUNTA: dipende dalle modalità organizzative

DESTINATARI: tutti gli operatori sanitari il corso di 1° Livello e quelli a maggior rischio anche il corso di 2° livello.

OBIETTIVI FORMATIVI: Apprendimento delle informazioni relative alla dimensione del problema dell'aggressione, all'acquisizione di elementi pratici per il riconoscimento del pericolo, identificazione delle strategie di prevenzione e gestione di tale rischio.

I formatori dovranno avere conoscenze scientifiche in materia di psicologia del lavoro e rischio clinico

PROGRAMMA FORMAZIONE AGGRESSIONI:

A seguito della delibera N°16 del 20 febbraio 2024 con l'Istituzione dell'Osservatorio Regionale sulle Aggressioni, è stato discusso e approvato il seguente programma formativo.

Il percorso formativo, sviluppato in accordo con le Linee Guida Nazionali, è articolato su 2 livelli di formazione:

- I Livello Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari, finalizzato all'apprendimento di informazioni relative alla dimensione del problema, all'acquisizione di elementi pratici per il riconoscimento del pericolo di aggressione, 1'identificazione delle strategie di prevenzione e gestione del rischio.
- Il Livello di approfondimento rivolto agli operatori dei comparti classificati maggiormente a rischio.

Il corso teorico pratico sarà articolato in:

3. MODULO FORMATIVO 4 ORE OBBLIGATORIO PER TUTTI GLI OPERATORI SANITARI

I Sessione - la valutazione del Rischio

Inquadramento normativo e la legge 113/2021

Le aggressioni e le violenze sui luoghi di lavoro

Le dimensioni del problema in sanità

La valutazione del rischio aggressione

La percezione del rischio come strumento di tutela

Gli eventi sentinella

Le procedure di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori

Strumenti legali e protocolli di sicurezza

II Sessione - Strumenti Operativi

Le condizioni di rabbia, aggressività e violenza

Le procedure di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori

Come dissuadere, disinnescare e depotenziare

Tecniche di deescalation dell'ira

Prevenzione: attenzioni e atteggiamento congruo ad evitare l'aggressione

Concetti di sfera personale, linguaggio non verbale del corpo, utilizzo della voce e del

suo

tono

Movimenti e posizioni per l'autodifesa

Role playing formativo

MODULO FORMATIVO 2 H AGGIUNTIVO

4. Sessione Unica

L'incontro con l'aggressività e la violenza: conoscersi per gestire il fenomeno

«Violenza su operatore»: simulazione di eventi

Discussione di casi pratici

Analisi dell'errore e misure correttive

10) UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI/ECONOMATO

1) ARGOMENTO: Approfondimento utilizzo software di contabilità aziendale SAP

DURATA: Dalle 20 alle 30 ore

MODALITA' DEL CORSO: Mista

QUESTIONARIO FINALE DI APPRENDIMENTO: si

NUMERO PARTECIPANTI : 13

PRESENZA SPONSOR: no

2) ARGOMENTO: Correttivo Codice appalti a seguito della relativa entrata in vigore

DURATA: Dalle 20 alle 30 ore

MODALITA' DEL CORSO: Mista

QUESTIONARIO FINALE DI APPRENDIMENTO: si

NUMERO PARTECIPANTI : 13

PRESENZA SPONSOR: no

3) ARGOMENTO: Predisposizione Atti di Gara

DURATA: Dalle 20 alle 30 ore

MODALITA' DEL CORSO: Mista

QUESTIONARIO FINALE DI APPRENDIMENTO: si

NUMERO PARTECIPANTI : 13

PRESENZA SPONSOR: no

4) ARGOMENTO: Corso formazione sulla Comunicazione Efficace

DURATA: Dalle 20 alle 30 ore

MODALITA' DEL CORSO: Mista

QUESTIONARIO FINALE DI APPRENDIMENTO: si

NUMERO PARTECIPANTI: 13

PRESENZA SPONSOR: no

11) UOC INGEGNERIA CLINICA,HTA,TELEMEDICINA E EVOLUZIONE DIGITALE

Corso n.1

ARGOMENTO: Formazione Office 365 per operatori di livello base

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Ing. Alberto Lombardi

DESTINATARI: Tutti i dipendenti dell'Area Dirigenza e Comparto dell'ASL

OBIETTIVI FORMATIVI:

- Conoscere l'ecosistema degli strumenti di Office 365
- Imparare l'utilizzo dei principali strumenti per l'operatività di tutti i giorni (mail, calendario, tasks)
- Gestire la folder personale di documenti
- Collaborare con i colleghi interni all'azienda e con collaboratori esterni

PROGRAMMA: Principali funzioni di Word, Excel, PowerPoint, Outlook per la posta elettronica, Publisher e Access per i database, oltre che OneNote

DURATA: 4 ore

Corso n.2

ARGOMENTO: Formazione Office 365 per operatori di livello avanzato

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Ing. Alberto Lombardi

SPESA PRESUNTA: non conosciuta

DESTINATARI: Dirigenti e Comparto UOC Ingegneria Clinica, HTA, Telemedicina e Evoluzione Digitale

OBIETTIVI FORMATIVI:

Utilizzo in maniera professionale e funzionale della suite Microsoft 365. Gestione al meglio degli strumenti Office 365 per comunicare e collaborare in maniera semplice e produttiva all'interno dell'azienda e con clienti e fornitori. In particolare:

- Gestire in maniera sicura la tua posta elettronica
- Utilizzare i calendari ed ottimizzare le tue scadenze
- Sfruttare la suite Office Web Apps
- Utilizzare professionalmente la messaggistica istantanea
- Gestire conferenze e videochiamate
- Sviluppare nuovi processi aziendali e di business
- Ottimizzare la tua esperienza tecnologica lato utente
- Condividere file da qualsiasi luogo in smartworking

PROGRAMMA:

- Ambiente di lavoro Teams
- Teams: lavoro condiviso sui file
- Teams gestione video chiamata
- Teams chat personale e di gruppo
- Integrazione con Microsoft Outlook
- Navigazione all'interno dei siti SharePoint
- Lavorare con i contenuti delle liste
- Upload, condivisione e tagging dei documenti
- Utilizzo delle ricerche
- To Do: organizzare e assegnare attività di progetto
- OneNote: appunti e organizzazione tramite testi ed immagini
- Archiviazione OneDrive: sincronizzazione dei file in Cloud; gestione dei file offline
- Stream: gestione ed organizzazione dei file video aziendali
- Power Automate: automatizzare flussi tra le diverse applicazioni

DURATA: 18 ore

Corso n. 3

ARGOMENTO: Corso di Formazione di livello base sulla Cyber Security per operatori ASL

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Ing. Alberto Lombardi

SPESA PRESUNTA: non conosciuta

DESTINATARI: Tutti i dipendenti dell'Area Dirigenza e Comparto dell'ASL

OBIETTIVI FORMATIVI:

Il corso sulla cyber security ha l'obiettivo di fornire le competenze necessarie per supportare gli utenti ad un uso consapevole e responsabile dei mezzi informatici in generale e insegna ai partecipanti a porre attenzione anche alle operazioni più comuni: dall'apertura degli allegati di posta elettronica alle policy di riservatezza della propria password.

PROGRAMMA:

- Il Phishing: pericoli e come riconoscerli
- Esercizi operativi: come riconoscere il phishing
- Lo Smishing e le altre minacce della rete
- Lo spam e i sistemi antispam
- I Certificati di sicurezza SSL e verifica siti web
- La gestione password e password policy
- MFA: Multi Factor Authentication
- I Cookies e le tracce della navigazione
- Utilizzo di supporti USB
- L'utilizzo sicuro delle VPN
- Dispositivi mobili e policy di utilizzo

- App lecite ed illecite: come riconoscerle e rischi correlati

DURATA: 4 ore

Corso n. 4

ARGOMENTO: Formazione all'utilizzo di SharePoint – Copilot e altri strumenti MS365 per Utenti di livello base

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Ing. Alberto Lombardi

SPESA PRESUNTA: non conosciuta

DESTINATARI: Tutti i dipendenti dell'Area Dirigenza e Comparto dell'ASL

OBIETTIVI FORMATIVI:

- Comprendere il sistema Microsoft SharePoint per applicare nuove modalità operative
- Effettuare una efficace gestione documentale
- Navigare nei siti e nei sotto-siti di una applicazione realizzata con SharePoint
- Aggiungere e modificare contenuti per lavorare produttivamente con liste e librerie
- Utilizzare le caratteristiche di integrazione con Outlook e la suite Office
- Capire ed utilizzare i vari tipi di Workflow di SharePoint
- Creare un ambiente aziendale di collaborazione personalizzato

PROGRAMMA:

Principali funzioni di SharePoint e Copilot

- **DURATA:** 4 ore

Corso n. 5

ARGOMENTO: Formazione all'utilizzo di Teams per operatori di livello base

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Ing. Alberto Lombardi

SPESA PRESUNTA: non conosciuta

DESTINATARI: Dirigenti e Funzionari dell'ASL

OBIETTIVI FORMATIVI:

- Organizzare in maniera efficace il tuo ambiente di lavoro di Microsoft Teams
- Perfezionare le tue abilità nel creare un Team e gestire una Conversazione
- Rendere più semplice ed efficiente il lavoro che svolgi quotidianamente
- Pianificare una riunione, utilizzare e lavorare in contemporanea su documenti in condivisione
- Migliorare le modalità di condivisione e di collaborazione con colleghi e clienti
- Gestire Microsoft Teams in maniera rapida e funzionale
- Utilizzare l'App di Microsoft Teams per dispositivi mobili

PROGRAMMA:

Principali funzioni di Teams

DURATA: 4 ore

Corso n. 6

ARGOMENTO: Formazione utilizzo in sicurezza dei dispositivi medici collegati in rete

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Ing. Alberto Lombardi

SPESA PRESUNTA: non conosciuta

DESTINATARI: Dirigenti e Funzionari dell'ASL

OBIETTIVI FORMATIVI:

- Introduzione ai Dispositivi Medici Collegati in Rete
- Definire il quadro normativo
- Definire i metodi di Gestione del Rischio
- La Sicurezza Informatica
- Creare consapevolezza

PROGRAMMA:

- Introduzione ai Dispositivi Medici Collegati in Rete: o Definizione e tipologie di dispositivi medici connessi.
- Vantaggi e sfide dell'integrazione in rete.
- Normative e Regolamenti: o Panoramica delle normative europee e internazionali (es. Regolamento (UE) 2017/745, ISO 14971).
- Requisiti di conformità e certificazione.
- Gestione del Rischio: o Identificazione e valutazione dei rischi associati ai dispositivi medici collegati in rete.
- Strategie di mitigazione dei rischi.
- Sicurezza Informatica: o Principi di cybersecurity applicati ai dispositivi medici.
- Tecniche di protezione dei dati e delle comunicazioni.
- Progettazione e Sviluppo Sicuro: o Best practices per la progettazione sicura di dispositivi medici connessi.
- Test e validazione della sicurezza.
- Manutenzione e Monitoraggio: o Procedure di manutenzione preventiva e correttiva.
- Monitoraggio continuo e gestione degli incidenti di sicurezza.
- Formazione e Consapevolezza: o Formazione del personale sull'uso sicuro dei dispositivi.
- Creazione di una cultura della sicurezza all'interno dell'organizzazione.
- Case Studies e Applicazioni Pratiche: o Analisi di casi reali di incidenti di sicurezza e le relative soluzioni.
- Esercitazioni pratiche e simulazioni.

DURATA: 4 ore

Corso n. 7

ARGOMENTO: Formazione metodi di comunicazione aziendale in aziende sanitarie

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Ing. Alberto Lombardi

SPESA PRESUNTA: non conosciuta

DESTINATARI: Dirigenti e Funzionari dell'ASL

OBIETTIVI FORMATIVI:

- 1. Migliorare la Comunicazione Interna: a. Sviluppare tecniche e strumenti per facilitare la comunicazione tra i dipendenti, migliorando la collaborazione e l'efficienza operativa.
- 2. Gestire i Conflitti e le Relazioni Interpersonali: a. Fornire strategie per affrontare e risolvere i conflitti, promuovendo un ambiente di lavoro armonioso e produttivo.
- 3. Potenziare la Leadership:
 - a. Insegnare ai leader come comunicare in modo efficace, ispirare e motivare il proprio team e gestire situazioni di crisi con competenza.
 - b. Implementare tecniche per ridurre lo stress e migliorare il benessere dei dipendenti, creando un ambiente di lavoro positivo e sostenibile
- 4. Promuovere il Benessere Organizzativo

PROGRAMMA:

1. Introduzione alla Comunicazione Aziendale:
 - a. Definizione e importanza della comunicazione aziendale.
 - b. Differenze tra comunicazione interna ed esterna.
2. Tecniche di Comunicazione Interna:
 - a. Strumenti e canali di comunicazione interna (email, intranet, riunioni, ecc.).
 - b. Strategie per migliorare la comunicazione tra i dipendenti.
3. Gestione delle Relazioni Interpersonali:
 - a. Tecniche di ascolto attivo e feedback costruttivo.
 - b. Gestione dei conflitti e risoluzione dei problemi comunicativi.
4. Leadership e Comunicazione:
 - a. Ruolo della leadership nella comunicazione aziendale.

- b. Tecniche di comunicazione efficace per i leader.
- 5. Comunicazione in Situazioni di Crisi:
 - a. Gestione della comunicazione durante emergenze e crisi.
 - b. Pianificazione e implementazione di strategie di comunicazione di crisi.
- 6. Comunicazione Esterna e Immagine Aziendale:
 - a. Strategie di comunicazione con i pazienti e il pubblico.
 - b. Gestione dell'immagine e della reputazione aziendale.
- 7. Tecnologie della Comunicazione:
 - a. Utilizzo delle tecnologie digitali per migliorare la comunicazione.
 - b. Social media e altre piattaforme digitali.
- 8. Benessere Organizzativo e Gestione dello Stress:
 - a. Tecniche per promuovere il benessere e ridurre lo stress tra i dipendenti.
 - b. Creazione di un ambiente di lavoro positivo e collaborativo.
- 9. Case Studies e Applicazioni Pratiche:
 - a. Analisi di casi reali di comunicazione aziendale in ambito sanitario.
 - b. Esercitazioni pratiche e simulazioni

DURATA: 8 ore

12) UOC SIS E AFFARI INTERNI

ARGOMENTO: Il ruolo del DPO (Data Protection Officer) e dei referenti Privacy nelle AA.SS.LL. alla luce dell'approvazione del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati

13) UFFICIO PRIVACY- DIREZIONE GENERALE

ARGOMENTO: Applicazione del GDPR in ambito sanitario - normativa Privacy.

DESTINATARI: Personale incaricato al trattamento dei dati

OBIETTIVI FORMATIVI: Formazione del personale dipendente incaricato del trattamento dati Aziendali

14) UOC GESTIONE RISORSE UMANE

ARGOMENTI:

- Logiche e strumenti di people management in sanità
- La valutazione individuale oltre le "pagelline": significato e strumenti innovativi
- Il trattamento economico, contributivo e fiscale del personale del comparto e dirigente del SSN
- Cessione del quinto, pignoramenti e altri vincoli sugli stipendi: gestione e impatti in busta paga
- Analisi della struttura della busta paga
- Composizione del cedolino paga; I conguagli di fine anno e IRPEF

DESTINATARI: Dipendenti UOC GRU

15) UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE

Argomento: “Progettazione partecipativa. Strategie di prevenzione partecipata”.

Proponente: Dipartimento di Salute Mentale - U.O.C. Dipendenze Patologiche BN

Responsabile Scientifico: Dott. Ernesto Margherini Direttore f.f. Dipendenze Patologiche BN

Spesa presunta: € 2.500

Destinatari: Le figure professionali a cui è rivolto saranno definite dalla ASL in base al fabbisogno formativo degli operatori del territorio. Stante questo presupposto e considerando la tipologia di strategia di prevenzione sarebbe importante includere anche rappresentanti del privato sociale e stakeholder che la ASL ritiene importanti per le proprie attività di prevenzione.

Obiettivi formativi:

- Creazione di una rete territoriale fondamentale per trattare attraverso la multidisciplinarietà un fenomeno complesso come la prevenzione;
- Garantire la credibilità degli interventi di prevenzione, attraverso il coinvolgimento di professionalità diverse all'interno del processo di progettazione dell'intervento di prevenzione;
- Sviluppo di competenze trasversali attraverso una progettazione pianificata e l'ideazione di strategie di prevenzione efficace all'interno della comunità che consenta di raggiungere e coinvolgere il maggior numero di persone;
- Creazione di legami tra le diverse parti interessate allo sviluppo di nuove strategie di prevenzione che possono essere affrontate efficacemente attraverso un'adeguata formazione sulla progettazione partecipativa.

Giorni corso: 2 (18 e 19 Febbraio 2025)

Ore corso: 12

Responsabile Scientifico: Dott. Ernesto Margherini Direttore f.f. U.O.C. Dipendenze Patologiche ASL BN

Relatore: Dott.ssa Adele Minutillo, Ricercatore III livello ISS Centro Nazionale Dipendenze e Doping

Modalità del corso: In presenza

Questionario finale di apprendimento: Si

Partecipanti: Tutte le professioni

Numero partecipanti: Max 40

Presenza sponsor: No

2.

Argomento: “Le competenze di base del counselling per la promozione di stili di vita salutari”

Proponente: Dipartimento di Salute Mentale - U.O.C. Dipendenze Patologiche BN

Responsabile scientifico: Dott. Ernesto Margherini Direttore f.f. Dipendenze Patologiche ASL BN

Spesa presunta: € 2.500

Destinatari: Operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari inclusi MMG e PLS.

Obiettivi Formativi:

- Identificare i criteri fondamentali di una comunicazione consapevole e finalizzata per la prevenzione e promozione della salute
- Individuare le competenze di base del counselling per la realizzazione di interventi anche brevi, finalizzati alla promozione di stili di vita salutari
- Descrivere le principali abilità relazionali per la conduzione di interventi anche brevi finalizzati alla promozione di stili di vita salutari: consapevolezza, empatia, ascolto attivo
- Individuare le condizioni e i criteri fondamentali per un'efficace integrazione tra le diverse figure professionali coinvolte nella promozione di stili di vita salutari.

Giorni corso: 2

Ore corso: 12

Responsabile Scientifico: Dott. Ernesto Margherini Direttore f.f. U.O.C. Dipendenze Patologiche ASL BN

Relatori: Dott.ssa Chiara Cattaneo ISS-Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la promozione della salute; Reparto sorveglianza dei fattori di rischio e strategie di promozione della salute;

Dott.ssa Barbara De Mei ISS- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la promozione della salute; Reparto sorveglianza dei fattori di rischio e strategie di promozione della salute;

Modalità del corso: In presenza

Questionario finale di apprendimento: Si

Partecipanti: Operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari inclusi MMG e PLS

Numero partecipanti: Max 40

Presenza sponsor: No

3.

Argomento: Doppia Diagnosi: "Clinica delle Dipendenze e delle Patologie Psichiatriche. Nuovi scenari"

Proponente: Dipartimento di Salute Mentale - U.O.C. Dipendenze Patologiche BN

Responsabile scientifico: Dott. Ernesto Margherini Direttore f.f. U.O.C. Dipendenze Patologiche ASL BN

Spesa presunta: € 7.200 (IVA inclusa)

Destinatari: Medici, Infermieri, Psicologi, Assistenti Sociali, Sociologi, Educatori delle dipendenze patologiche, valutando la possibilità di estenderlo ad alcuni operatori della Salute Mentale.

Obiettivi Formativi:

- Definizione di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi
- Ipotesi di costruzione di una rete territoriale di diagnosi e cura precoce

Giorni corso:4

Ore corso: 34

Responsabile Scientifico: Dott. Ernesto Margherini Direttore f.f. U.O.C. Dipendenze Patologiche BN

Relatore corso: Dott. V. La Martora

Modalità del Corso: In presenza

Questionario finale di apprendimento: Si

Partecipanti:Medici, Infermieri, Psicologi, Assistenti Sociali, Sociologi, Educatori delle dipendenze patologiche, valutando la possibilità di estenderlo ad alcuni operatori della Salute Mentale.

Numero partecipanti: Max 40 (20 per ciascuna edizione)

Presenza sponsor: No

16) CENTRO DI RIABILITAZIONE

1)ARGOMENTO: Formazione sulla Fisiatria Interventistica con approfondimento sul trattamento focale della spasticità con tossina botulinica, utilizzo delle ortesi, esercizio terapeutico per il trattamento della spasticità. Infiltrazioni eco guidate ed eco assistite per le patologie ortopediche e reumatologiche.

FINALITA': acquisire conoscenze e competenze che consentano l'integrazione della terapia farmacologica al trattamento ortesico e riabilitativo nei pazienti affetti da patologie neurologiche, ortopediche e reumatologiche.

DURATA: 40 ore

Date da concordare con un calendario che verrà stabilito in seguito

2)ARGOMENTO: Formazione sulla Terapia Decongestiva Complessa rivolto ai fisioterapisti che hanno seguito il corso di formazione per la cura delle patologie linfatiche

FINALITA': l'evento teorico-pratico della durata di 30 ore ha l'obiettivo di rinnovare e confermare concetti teorici ma soprattutto di poter rivalutare la capacità pratica di bendaggio e linfodrenaggio manuale. Si discuterà di casi clinici e si potrà effettuare dimostrazione pratica su eventuali pazienti disponibili.

DURATA: 24 ore. Date da concordare in seguito.

5. **3)ARGOMENTO: Formazione sul Trattamento ortesico e riabilitativo delle scoliosi**

FINALITA': Evento teorico-pratico sulla valutazione e sul trattamento conservativo delle scoliosi sia ortesico che riabilitativo secondo le ultime evidenze scientifiche. Verranno eseguite valutazioni e trattamenti sui pazienti.

DURATA: 24 ore. Date da concordare in seguito.

4)ARGOMENTO: Valutazione e trattamento dei Disturbi specifici dell'apprendimento

FINALITA': Evento sulla valutazione e sul trattamento dei disturbi specifici dell'apprendimento come riconoscerli e trattarli in maniera precoce

DURATA: 24 ore. Date da concordare in seguito.

5)ARGOMENTO: Formazione sulla valutazione neuro evolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio del bambino

FINALITA': Evento teorico-pratico sulla valutazione e promozione dello sviluppo del bambino. Verranno presentati i principi cardine del modello bio-psico-sociale di sostegno alla persona, alla famiglia e alla scuola. Il corso presenta anche i principi di lettura del profilo individuale focalizzando l'attenzione sulle capacità emotivo-funzionali dello sviluppo, il profilo sensoriale, motorio e comunicativo della persona, l'importanza della co-regolazione affettiva nella crescita e nell'apprendimento.

DURATA: 30 ore. Date da concordare in seguito.

NOMINATIVO DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO: dr. Luigi Iacobacci

PROFESSIONI DESTINATARIE: Medico chirurgo specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, psicologo, fisioterapista, terapeuta della riabilitazione/TNPEE, terapeuta occupazionale, logopedista, presenti presso

17) **UOC FARMACEUTICA**

1) CORSO DI FORMAZIONE PROPOSTO: Formazione Residenziale

ARGOMENTO: L'evoluzione del sistema di acquisto dei farmaci e dei dispositivi: elementi di *governance*, farmaceutica, procedure di gara, appropriatezza e sostenibilità economica

NOMINATIVO DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott. Vincenzo Del Pizzo

OBIETTIVO FORMATIVO:

☑ **OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO :** MANAGEMENT SANITARIO.

INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

☑ **OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO:** PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE

CONTENUTO:

☑ Il ruolo del farmacista e del provveditore nei processi di acquisto di beni e servizi

☑ L'equivalenza terapeutica: focus on "Farmaci Biosimilari", Normativa Italiana in materia di biosimilari

☑ Nuovo Codice degli appalti

☑ L'accordo Quadro

☑ Acquisti centralizzati e diretti

FINALITA':

In un contesto di necessità di razionalizzazione della spesa farmaceutica, scopo del corso è contribuire alla diffusione di un atteggiamento critico che, attraverso la valutazione esperta di elementi di qualità, restituisca senso alle procedure di acquisto dei beni sanitari, nelle quali dovranno confluire garanzia di salute e disponibilità dei Beni Sanitari innovativi per i cittadini, attenzione alla spesa e rispetto delle esigenze dei diversi stakeholder.

PROFESSIONI DESTINATARIE: Dirigenti Farmacisti, Provveditori, Amministrativi.

2) CORSO DI FORMAZIONE PROPOSTO: Formazione Residenziale

ARGOMENTO: Malattie Rare: la gestione delle terapie dei pazienti affetti da malattia rara alla luce della normativa regionale

NOMINATIVO DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott. Vincenzo Del Pizzo

OBIETTIVO FORMATIVO:

☑ **OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO-PROFESSIONALI :** CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE E LA MEDICINA DI GENERE

CONTENUTO:

☑ Le reti di riferimento europeo e italiano per le malattie rare

☑ Malattie rare: modalità di accesso ai farmaci orfani, innovativi e off-label

☑ LEA, Malattie Rare e Farmaci Orfani

☑ I Registri di Malattie Rare della Regione Campania

☑ I PDTA regionali

FINALITA':

Prendere consapevolezza delle modalità di gestione delle terapie dei pazienti affetti da malattia rara permette di agevolare le procedure di autorizzazione e ottimizzare l'approvvigionamento di quanto necessario per favorire un accesso tempestivo alle cure, garantendo la sostenibilità economica del SSR e Nazionale. Il corso si propone, inoltre, di uniformare e armonizzare le procedure vigenti della ASL di Benevento al contesto regionale.

PROFESSIONI DESTINATARIE: Dirigenti Farmacisti, Medici, Direttori di distretto.

3) Corso di Formazione proposto: Formazione Residenziale

ARGOMENTO : L'erogazione diretta dei Farmaci: appropriatezza prescrittiva e modalità di

erogazione nella Distribuzione Diretta e Per Conto

NOMINATIVO DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott. Vincenzo Del Pizzo,

OBIETTIVO FORMATIVO:

☑ **OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO** APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA

☑ INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA

CONTENUTO:

☑ Normativa generale, definizioni L. 405/2001, applicazione in ambito nazionale con rappresentazione della realtà regionale, tipologia di accordi, aspetti legali.

☑ Piani Terapeutici regionali e fuori Regione, Registro di Monitoraggio Aifa

☑ Legge 648/96 e Off Label

☑ Il percorso dell'accordo della DPC nella Regione Campania

☑ Flussi EDF

FINALITA':

☑ La distribuzione diretta effettuata dalle strutture pubbliche ha una valenza economica e rappresenta una tutela clinica del paziente a garanzia della continuità terapeutica H-T (ospedale-territorio), nonché di controllo dell'appropriatezza di utilizzo dei farmaci. Il corso si propone di potenziare la collaborazione tra tutti gli operatori sanitari coinvolti (medico prescrittore, MMG, farmacista dirigente ospedaliero/territoriale, farmacista di comunità) al fine di garantire un'attenta valutazione dell'appropriatezza di utilizzo dei farmaci e dell'aderenza alla terapia da parte dei pazienti.

PROFESSIONI DESTINATARIE: Dirigenti Farmacisti, Provveditori

18) DIREZIONE GENERALE

ARGOMENTO: **La Salute dei Migranti in Campania” Progetto MISCA** finanziato dal Ministero dell'Interno - Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione

NOMINATIVO DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott.ssa Rosaria Cammarota

OBIETTIVI FORMATIVI:

1. **Uniformare e omogenizzare** sul Territorio i modelli di presa in carico di soggetti immigrati vulnerabili” che si trovano in una situazione di rischio per la propria salute mentale;

2. **Conoscere la rete** dei **Servizi** presenti sul Territorio che si occupano della presa in carico di soggetti immigrati “vulnerabili” che si trovano in una situazione di rischio per la propria salute mentale;

Aumentare le competenze degli operatori sanitari nella presa in carico di soggetti immigrati che si trovano in una situazione di rischio per la propria salute mentale.

N. ORE: In fase di valutazione e pianificazione

NUMERO EDIZIONI: 2

PROGRAMMA: In fase di valutazione e pianificazione

DESTINATARI: tutte le professioni sanitarie

19) DISTRETTO SANITARIO TELESE TERME

ARGOMENTO 1: La corretta gestione della Cartella Clinica e la responsabilità professionale.

DESTINATARI: personale amministrativo.

ARGOMENTO 2: “Assistenza diretta” e “assistenza indiretta” nella fruizione di cure transfrontaliere.

DESTINATARI: personale sanitario e amministrativo.

ARGOMENTO 3: utilizzo dei software gestionali aziendali (Gedoc, vivimedical, sinfonia, goprothesys) e dei fogli di lavoro in excel e drive.

DESTINATARI: personale sanitario e amministrativo.

20) DISTRETTO SANITARIO ALTO SANNIO FORTORE

ARGOMENTO: BLS – Basic Life Support Defibrillation

MODALITA' CORSO: in presenza

QUESTIONARIO FINALE DI APPRENDIMENTO: si

RELATORE DEL CORSO: Equipe 118 con Medico ed Infermiere

DESTINATARI: tutti i profili professionali afferenti al DS Alto Sannio Fortore

21) DISTRETTO BENEVENTO

1) ARGOMENTO: Tecniche di redazione degli atti amministrativi

OBIETTIVO: la redazione di atti amministrativi in maniera corretta sia nel contenuto che nella struttura

FINALITA': Acquisire approfondimenti sulle modalità e tecniche di redazione degli atti amministrativi chiari ed efficaci alla luce della disciplina legislativa vigente

PROGRAMMA:

1. I principi generali dell'azione amministrativa, l'attività e la gestione amministrativa.
2. L'atto ed il procedimento amministrativo
3. La struttura del provvedimento amministrativo
4. La semplificazione del linguaggio amministrativo e la comprensibilità del linguaggio
5. Il manuale di stile.
6. La comunicazione dell'atto amministrativo in relazione ai diversi destinatari: interni ed esterni all'amministrazione
7. Problematiche relative alle situazioni di potenziale conflitto di interessi ed al rispetto del Codice di Comportamento dei Dipendenti pubblici.
8. La redazione e la pubblicazione degli atti nel rispetto dei principi di trasparenza e di riservatezza
9. Le novità del Decreto "Semplificazioni" in ordine al procedimento amministrativo.
10. Redazione di Atti – Simulazioni – Esempi

DESTINATARI: personale del ruolo amministrativo

2) ARGOMENTO: La vitamina B12 ed aspetti di farmacoeconomia

OBIETTIVO: Aggiornamento puntuale sui disturbi da carenza di vitamina B12.

RESPONSABILI SCIENTIFICI: Dott. Accardo Giacomo, Dott. Ciaramella Bruno, Dott. Luciano Antonio, Dott.ssa Luciano Federica, Dott. Luciano Giuseppe, Dott.ssa Mazzariello Gina

DURATA DEL CORSO: 2 edizioni da 6 ore

DESTINATARI: MMG, tutte le specializzazioni, Biologi

TEST FINALE DI APPRENDIMENTO: si

22) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

1) ARGOMENTO: gestione utilizzo sistema SAP

RESPONSABILE SCIENTIFICO: da individuare

DESTINATARI: operatori amministrativi, sanitari e tecnici (Dip. Prev.)

OBIETTIVI FORMATIVI: conoscenza ed utilizzo sistema SAP

GIORNI DI CORSO: 52

ORE CORSO: 2 ore settimanali per complessive 104 ore annuali

MODALITA' DEL CORSO PRESENZA: mista

DESTINATARI: tutte le professioni

NUMERO PARTECIPANTI: 30 circa

2) ARGOMENTO: corso di lingua inglese scientifico- livello intermedio

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott. Gianni Gesa

DESTINATARI: Amministrativi, Dirigenti Veterinari e Tecnici della Prevenzione

OBIETTIVI FORMATIVI: Fare acquisire e/o migliorare le competenze linguistiche di natura tecnico-professionali al personale addetto ai controlli ufficiali

PROGRAMMA:

- Test di accesso per verificare le conoscenze dei partecipanti
- Lezioni magistrali di inglese base
- Lezioni magistrali di inglese scientifico

- Relazioni in tema preordinato
- Lavori a piccoli gruppi con verifica finale

DURATA: 40 ore in incontri da 2 ore da prevedere nei giorni di rientro settimanale

3) **ARGOMENTO:** aggiornamenti in materia di sicurezza alimentare e alimentazione animale

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott. Alfredo Rossi , Dott. Angelo Zerella

OBIETTIVO FORMATIVO: Fornire al personale sanitario aggiornamenti in merito alla Sicurezza alimentare e al Piano Nazionale di alimentazione Animale

CONTENUTI:

- elementi di diritto amministrativo
- Attività di polizia giudiziaria
- Normativa settoriale comunitaria

FINALITA':

-assolvimento obblighi ECM

-adeguata formazione per consentire al personale sanitario di eseguire i controlli in modo efficiente ed efficace (art. 5 reg UE 625/2017)

DOCENTI: utilizzo di personale interno esperto nello specifico settore con pregressa esperienza formativa e partecipazione di esperti esterni

DURATA: N. 16 ORE – 1 sola edizione divisa in due incontri da 8 ore cadauno

DESTINATARI: Dirigenti Veterinari area IAZP e Tecnici della Prevenzione

6. 4) **ARGOMENTO: "Animal Health Law 2016/429: Regolamenti comunitari in materia di Sanità Animale e relativi Decreti Legislativi Nazionali"**

NOMINATIVO DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dr Pierni Emilia/ Dr Karina Mallardo

OBIETTIVO FORMATIVO: Fornire strumenti di orientamento e mappatura nella nuova normativa comunitaria su temi quali la prevenzione e il controllo di talune malattie infettive, le prescrizioni in termini di tracciabilità e i requisiti di Sanità Animale nella movimentazione degli animali e del materiale germinale

7. **CONTENUTI:**

Reg UE 2016/429 e sui Reg UE delegati e di esecuzione

Reg UE 2017/625

D.Lvo 134/2022

D.Lvo 135/2022

D.Lvo 136/2022

FINALITA'. Formazione sui regolamenti elencati nei contenuti in quanto strumenti di applicazione quotidiana per lo svolgimento dei controlli ufficiali. Aumentare qualità e consapevolezza degli strumenti normativi dei CU.

DURATA: (stimata in ore x edizione) 16 ore

PROFESSIONI DESTINATARIE: Medici Veterinari Dirigenti e Specialisti Ambulatoriali di Sanità Animale

N• PARTECIPANTI PER EDIZIONE: 50

5) **ARGOMENTO :** Cambiamenti climatici, globalizzazione e malattie emergenti: focus sulle Malattie Infettive a trasmissione vettoriale.

NOMINATIVO DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dr Errico Marianna/Dr Pierni Emilia

OBIETTIVO FORMATIVO: Analizzare come i cambiamenti climatici e la globalizzazione esponano l'uomo e gli animali al rischio di comparsa e/o incremento di malattie infettive a trasmissione vettoriale. Focus sull'attuale incidenza e prevalenza delle malattie infettive già presenti sul territorio e previsione del rischio futuro.

8. **CONTENUTI:**

Reg UE 2016/429 e sui Reg UE delegati e di esecuzione D.Lvo 136/2022

Piano Nazionale Arbovirosi 2020/2025 Piano Regionale Arbovirosi

Piano Nazionale Blue Tongue e relativi dispositivi DGSAF Tecniche e finalità della sorveglianza

Analisi dei rischi per uomo ed animali

Esperienza West Nile Disease Provincia di Benevento 2024

FINALITA': Organizzazione della sorveglianza sulle malattie vettoriali. Perseguire l'obiettivo di individuazione precoce del virus a tutela della salute umana ed animale

DURATA: (stimata in ore x edizione) 8 ore

PROFESSIONI DESTINATARIE: Medici Veterinari Dirigenti e Specialisti Ambulatoriali di Sanità Animale

N° PARTECIPANTI PER EDIZIONE: 50

6)**ARGOMENTO**: gestione delle N.C., sequestri amministrativi, penali e depenalizzazione dei reati alimentari(Legge Cartabia- D.Lgs. 150/2022)

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott. Tommaso Zerella – Direttore del Dip. Prev.

DESTINATARI: operatori di vigilanza e di ispezione (TPALL,Medici,Veterinari)

OBIETTIVI FORMATIVI: miglioramento delle tecniche operative degli operatori di vigilanza

GIORNI DI CORSO: 6 giorni divisi in 2 edizioni.

23)DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

1)**ARGOMENTO**: PTRI con budget di salute

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott.ssa Antonietta Rapuano

DESTINATARI: assistenti sociali, infermieri professionali, riabilitatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica.

OBIETTIVI FORMATIVI: miglioramento dell'inclusione sociale del paziente psichiatrico

PROGRAMMA: acquisizione delle conoscenze e competenze degli operatori del DSM riguardo agli argomenti sopra descritti

DURATA: 3 giorni per 3 ore ciascuno

MODALITÀ DEL CORSO: mista

QUESTIONARIO FINALE DI APPRENDIMENTO: sì

PARTECIPANTI: tutte le professioni

2)**ARGOMENTO**: PROGETTO PER IL POTENZIAMENTO DEL CENTRO DIURNO PER I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE - ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI CONTRASTO DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

OBIETTIVI FORMATIVI: Lo scopo è quello di implementare le attività semiresidenziali e ambulatoriali intensive del Centro per i disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione di questa ASL, attraverso l'approfondimento della conoscenza sulle principali tecniche in ambito riabilitativo psiconutrizionale (quali il TRAINING di familiarizzazione con il cibo (TFC) ed il Pasto assistito) del personale ivi impiegato.

PROGRAMMA FORMATIVO:

1° **incontro** (in presenza o su piattaforma online - in data da definire a partire dal mese di Febbraio 2025): durata 5 ore:

- Presentazione del corso, dei docenti e dei partecipanti;
- Premesse e cornice teorica di riferimento del protocollo riabilitativo nutrizionale nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;
- Teoria trans-diagnostica, fattori comuni di mantenimento e viraggio sintomatico;
- Convinzioni e atteggiamenti tipici della persona affetta da disturbo della nutrizione e dell'alimentazione: la loro esplorazione all'interno del lavoro riabilitativo;
- Accogliere e affrontare le richieste di aiuto implicite più frequenti;
- Fattori di rischio, fattori precipitanti, fattori di mantenimento e fattori protettivi;
- il dieting come fattore di rischio, di mantenimento e precipitante nell'obesità e nei disturbi alimentari;
- Riferimenti teorici dell'approccio non prescrittivo e delle strategie educative e riabilitative
- Le parole che curano: basi di un linguaggio terapeutico condiviso, specifico ed efficace all'interno di tutta l'equipe.

2° **incontro** (in presenza o su piattaforma online in data da definire): durata 5 ore:

- Elementi pratici per un'anamnesi propedeutica alla riabilitazione nutrizionale:
- tecniche e procedure specifiche per l'ingaggio del paziente;

-tecniche e procedure specifiche per favorire la motivazione al cambiamento e l'adesione al protocollo riabilitativo;

-Discussione ed esercitazioni pratiche

.3° incontro (in presenza presso il Centro per i disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in data da definire): durata 5 ore:

-Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale dei disturbi alimentari;

-Come istruire e formare il paziente attraverso tecniche di educazione alimentare e terapeutica:

-Come suscitare l'interesse, il piacere e la curiosità verso il cibo attraverso tecniche della riabilitazione nutrizionale e del pasto terapeutico assistito;

-Focus sulle procedure nutrizionali riabilitative: Training di Familiarizzazione con il Cibo e pasti terapeutici assistiti;

-Illustrazione e preparazione alla parte pratica-esperienziale sui pasti assistiti;

-Il curante e il lavoro su di sé per riuscire a condurre e ad accompagnare adeguatamente il paziente attraverso il TFC e i pasti assistiti;

4° incontro (in presenza presso il Centro per i DNA in data da definire): durata 5 ore:

-Laboratorio pratico-esperienziale sul Training di Familiarizzazione con il Cibo e parte pratica- esperienziale sui pasti terapeutici assistiti (compreso tutoraggio e supervisione);

5° incontro (in presenza o su piattaforma online in data da definire): durata 5 ore

- Tecniche e procedure specifiche per consentire al paziente di accettare e sostenere nel tempo il cambiamento e le abilità acquisite con la riabilitazione nutrizionale;

- Discussione casi clinici;

-Discussione finale e chiusura dei lavori.

DESTINATARI: personale ASL BN impiegato nel Centro per i DNA

TOTALE ORE FORMATIVE EROGATE: 25

Tale progetto trova copertura economica per il Piano Regionale di contrasto dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione — DGRC n° 656 del 7/12/2022; Delibera del DG n°419 del 02/08/2023 - progetto formativo : obiettivo 1 — azione2, Numero d'Ordine d'Investimento n° 100522 — Centro di Costo n° OCDRI7.

3) **ARGOMENTO:** NEUROSCIENZE E SALUTE MENTALE: STRUMENTI PER LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott.ssa Alessia Pica Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

DESTINATARI: Professionisti della Salute Mentale della ASL di Benevento (Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica — infermieri — fisioterapisti — educatori professionali — assistenti sociali — psicologi — psichiatri)

OBIETTIVI FORMATIVI: Il corso è orientato all'acquisizione di competenze specifiche per gli interventi di Cognitive Remediation e comportamentali, ponendo l'accento su tutte le fasi necessarie, quali conoscenza e applicazione degli strumenti di progettazione, illustrazione delle prove d'efficacia e training degli strumenti di riabilitazione cognitiva computerizzati, cartacei, in realtà virtuale e tecniche EBM ed EBP per gli aspetti metacognitivi, emotivi e socio-relazionali.

-Neuroscienze, deficit cognitivi in salute mentale.

-Strumenti per la Valutazione e la Progettazione

-Le cognitive remediation: strumenti e metodologia

-Approccio gerarchico-integrato per gli aspetti metacognitivi, emotivi e comportamentali

-Nuove Tecnologie e Realtà Virtuale nella Riabilitazione Cognitiva

-Parti Pratiche

MODALITA' DEL CORSO: in presenza

QUESTIONARIO FINALE DI APPRENDIMENTO: si

NUMERO PARTECIPANTI: 50 professionisti

4)**ARGOMENTO:** PROGETTO IGEA

9. COMITATO SCIENTIFICO

Dott.sse Lidia Scaglione, Marianna Ottobre, Federica Vignale, Paola Vitillo, Maria Grazia Puzio.

10. DESTINATARI

Dettagliati in seguito e diversificati secondo le attività previste nei singoli eventi (vedi attività)

11. OBIETTIVI FORMATIVI

Evoluzione professionale con ottimizzazione delle *buone prassi* e delle linee di indirizzo per l'assessment, il trattamento psicoterapico e psicofarmacologico dei Disturbi di Personalità e degli esordi psicotici, nella fase adolescenziale e nell'età adulta.

12. PROGRAMMA

Si individuano 7 eventi formativi con cadenza mensile, di 7 ore ciascuno, dalle ore 09.30/13.30, pausa pranzo della durata di un'ora, dalle 14.30 alle ore 17.30.

13. ATTIVITA'

- Lezioni magistrali, della durata di 4 ore; discussione di casi clinici, della durata di 3 ore.
- L'assessment multidisciplinare dell'adolescente e dell'adulto nelle istituzioni (accreditamento per tutte le figure) - Previsti 2 relatori
- Disturbi di personalità nell'adolescente, diagnosi e trattamento(accreditamento per tutte le figure)
-previsti 2 relatori
- Interventi sull'esordio psicotico in adolescenza e nel giovane adulto(accreditamento per tutte le figure) - Previsti 2 relatori
- Trattamento dei Disturbi di Personalità di Cluster A (accreditamento per Psicoterapeuti, Psicologi e Psichiatri) - Previsti 2 Relatori
- Trattamento dei Disturbi di Personalità di Cluster B(accreditamento per Psicoterapeuti, Psicologi e Psichiatri)- Previsti 2 Relatori
- Trattamento dei Disturbi di Personalità di Cluster C(accreditamento per Psicoterapeuti, Psicologi e Psichiatri)-Previsti 2 Relatori
- Il trattamento delle Psicosi, psicofarmacologia e psicoterapia (accreditamento per Psicoterapeuti, Psicologi e Psichiatri) - Previsti 2 Relatori

MODALITA':Evento formativo in presenza, con lezioni magistrali e sessione pomeridiana esperienziale, in sottogruppi (discussione di casi clinici).

14. DURATA: Si prevede la durata di mesi 7, con intervallo mensile tra i singoli eventi.

SOTTOSEZIONE PARI OPPORTUNITÀ ED EQUILIBRIO DI GENERE (a cura della RPCT ASL BN)

L'ASL BN si propone di individuare le misure da perseguire in materia di pari opportunità, parità di genere, inclusione, prevenzione e contrasto alle discriminazioni, benessere organizzativo, secondo quanto previsto e stabilito dall'art.48 del Decreto Legislativo n. 198 dell'11.04.2006 (Codice della Pari Opportunità) ed in osservanza della Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei ministri recante: "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche".

La legge 4 novembre 2010 n. 183 ha istituito il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni per le pubbliche amministrazioni".

Il Comitato unico di garanzia (CUG) ha l'obiettivo di favorire la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica.

Il CUG esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle competenze che la legge, i contratti collettivi e le altre disposizioni stabiliscono.

Il CUG ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti.

L'ASL di Benevento ha istituito il proprio Comitato Unico di Garanzia (CUG) con deliberazione n. 253 del 15 Giugno 2017, ma occorre procedere alla sua ricostituzione posto che alcuni dei suoi componenti sono cessati dal servizio.

Il CUG nell'ambito dei compiti propositivi propone politiche di conciliazione tra vita e lavoro, promuove azioni mirate al benessere di chi lavora, prevede proposte formative per la promozione della cultura del rispetto della dignità.

E' necessario all'interno dell'ASL BN che durante il triennio 2023-2025, dopo la ricostituzione del CUG si dia nuovo impulso alle attività del Comitato al fine di dare concreta attuazione a tutte quelle azioni finalizzate alla piena realizzazione delle pari opportunità e del benessere organizzativo per tutto il personale aziendale, prevenendo e contrastando eventuali situazioni di mobbing, esclusione, discriminazione, violenza e promuovendo la cultura di genere.

Aggiornamento per l'anno 2025

Atteso che il CUG istituito nel 2017 attualmente manca di alcune figure per cessazione dal servizio,

l'azienda è in procinto di procedere alla ricostituzione del CUG medesimo affinché si dia maggior impulso alle azioni positive che salvaguardino le pari opportunità intese nel senso più ampio del termine.

Di seguito si riportano alcune azioni positive che si intende attuare e che saranno validate dal CUG non appena ricostituito.

Il piano delle azioni positive ASL BN

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) dell'ASL BN, di durata triennale 2025-2027, costituisce lo strumento concreto per offrire a tutte le lavoratrici ed ai lavoratori la possibilità di svolgere le proprie funzioni in un ambiente lavorativo che sia capace di prevenire, per quanto possibile, situazioni di malessere, disagio e stress, e garantire il necessario benessere organizzativo.

Le Azioni positive sono misure temporanee speciali che mirano a rimuovere gli ostacoli per una piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne. Sono misure "speciali" di prevenzione di situazioni di disparità o discriminazione, ma anche dirette in un determinato contesto ad eliminare le forme di discriminazione accertate, sono pertanto anche "temporanee", in quanto necessarie finché si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne nonché finalizzate a porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni; mirano ad evitare eventuali svantaggi; ad equilibrare la presenza femminile nel mondo del lavoro.

Obiettivo dell'ASL BN è la valorizzazione e la piena partecipazione di tutte le persone all'interno degli ambiti lavorativi, favorire la cultura del rispetto, contrastare le discriminazioni di genere e promuovere l'effettiva uguaglianza di genere attraverso una serie di azioni coerenti al proprio interno, anche in linea con il Gender Equality Plan, Piano di Uguaglianza di Genere, c.d. GEP quale disposizione introdotta per favorire i processi di uguaglianza di genere nelle organizzazioni europee, che si pone come un insieme di azioni integrate in un'unica visione strategica, sostanzialmente al fine individuare ed eliminare le disuguaglianze di genere in ottica di benessere lavorativo.

Il Piano delle Azioni Positive dell'ASL BN terrà conto dei seguenti ambiti di azione e subirà modifiche e integrazioni da parte del CUG non appena ricostituito e sulla base dei contributi, suggerimenti, osservazioni che possono giungere da parte di tutto il personale ASL BN:

- Ricostituzione e potenziamento del CUG:
 - Portare a Conclusione, max nel 1° semestre del 2025, la ricostituzione del Comitato Unico di Garanzia.
 - Predisporre corsi di Formazione per i componenti del CUG ma anche per tutto il personale.
 - Predisporre procedure stabili di informazioni al CUG sui dati del personale.
- Azione di studio e ricerca:
 - Analisi del personale e predisposizione di report statistici (ad es. suddivisione del personale per

genere di età secondo il livello tempo indeterminato e determinato 2025; suddivisione del personale per genere di età secondo e tipo di Presenza 2025 (tempo pieno, part time maggiore del 50%, time minore o uguale del 50%; posizioni di responsabilità remunerate non dirigenziali ripartite per genere 2025; anzianità nei profili non dirigenziali ripartite per genere 2025). Aggiornamento, verifica e implementazioni di indagini sul benessere lavorativo ed organizzativo.

- Promozione della cultura delle pari opportunità e della parità di genere e contrasto ad ogni tipo di discriminazione:

Attivare iniziative di informazione e sensibilizzazione sui compiti e gli obiettivi del CUG.

Promuovere iniziative finalizzate alla tutela e dignità delle donne e degli uomini sul lavoro.

- Conciliazione tempi di vita:

Favorire politiche aziendali tese a favorire la conciliazione tra famiglia e lavoro soprattutto per la cura dei figli, delle persone anziane, dei disabili (lavoro agile, flessibilità orari di servizio laddove possibili)

- Benessere organizzativo:

Attivare iniziative per la massima diffusione e attuazione del rispetto del Codice di Comportamento aziendale e delle sue prescrizioni al fine di favorire la cultura della legalità e del rispetto dell'individuo in quanto persona nella sua singolarità.

Valutare la possibilità di prevedere l'istituzione di uno sportello d'ascolto con un professionista psicologo al fine di accogliere problematiche e supportare nella risoluzione di un momento di disagio che i dipendenti possono vivere in una determinata circostanza o ambiente di lavoro.

➤ SEZIONE N. 4: MONITORAGGIO

Nell'ambito di qualunque attività di pianificazione, l'attività di monitoraggio rappresenta un momento di fondamentale importanza perché ha il compito di fornire periodicamente, nel corso dell'avanzamento dell'attuazione del piano, tutte quelle informazioni che consentono ai soggetti attuatori di intervenire con aggiustamenti se ci sono degli scostamenti o proseguire perché l'attuazione del piano è in linea con quanto previsto. La logica del monitoraggio presuppone l'esistenza di un disegno del progetto e del Piano: monitorare significa seguire il percorso di attuazione di quanto elaborato e pianificato. In sostanza, un sistema di monitoraggio è formato da:

- un aspetto tecnico-metodologico, costituito dalla rilevazione sistematica e formalizzata di informazioni; si tratta di definire quali informazioni rilevare, le modalità di rilevazione per assicurare la validità dei dati e la loro comparabilità nel tempo, la periodicità delle rilevazioni, le elaborazioni dei dati da eseguire;
- un aspetto di processo, costituito dalle modalità di messa a disposizione delle informazioni e dai soggetti cui devono essere dirette le informazioni in relazione alle esigenze decisionali.

Per quanto attiene il monitoraggio delle azioni previste nel PIAO, si procederà secondo le modalità ed i tempi previsti nelle singole Sezioni. Tuttavia è indispensabile anche un monitoraggio integrato su tutte le sezioni del PIAO che veda coinvolti tutti gli attori che a vario titolo, fornendo i contributi di rispettiva competenza, hanno partecipato alla redazione del documento; a tal fine si prevedono incontri periodici al fine di poter rilevare eventuali anomalie nella realizzazione del Piano e adottare conseguenzialmente i relativi interventi correttivi.

Nelle sezioni del presente PIAO si è dato conto, laddove disponibili, degli esiti dei monitoraggi realizzati dai vari Responsabili delle specifiche materie di pertinenza delle sezioni medesime.