



San Giuseppe Moscati
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALITÀ | AVELLINO

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

TRIENNIO 2025-2027

Ai sensi del Decreto legge 9 Giugno 2021, n.80 convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n.113

Sommario

1	Introduzione	3
2	Sezione 1 – Scheda Anagrafica dell’Amministrazione.....	5
3	Sezione 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione	7
3.1	Valore Pubblico	7
3.2	Performance.....	8
3.3	Rischi Corruttivi e Trasparenza (piano 2025– 2027)	11
4	Sezione 3 - Organizzazione Capitale Umano	55
4.1	Struttura Organizzativa	55
4.2	Organizzazione del Lavoro Agile.....	61
4.3	Piano Triennale Fabbisogno del Personale	65
4.4	Formazione del Personale	66
5	Sezione 4 - Monitoraggio	85
6	Atti Adottati dall’AORN Moscati presenti in Amministrazione Trasparente e contributi delle UUOO competenti	87

1 Introduzione

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021 n. 80 ha prescritto l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione (di seguito PIAO) alle pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, ad esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative (comma 1).

Per individuare il novero delle PA si fa riferimento alla definizione di cui al Testo unico in materia di impiego alle dipendenze delle PA (art. 1, co. 2, D.Lgs. n. 165 del 2001).

Il PIAO è di durata triennale, con aggiornamento annuale, ed è chiamato a definire più profili (comma 2), nel rispetto - precisa la disposizione - delle vigenti discipline di settore. In proposito sono richiamati, in particolare le discipline di cui al decreto legislativo n. 150/2009 e ss.mm.ii che ha introdotto il sistema di misurazione e valutazione della performance nonché della legge n. 190 del 2012, che ha dettato norme in materia di prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. Ai sensi del comma 2 dell'articolo 6 del D.L. 80/2021, i profili da inserire nel nuovo Piano integrato sono i seguenti:

- a) Gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il "necessario collegamento" della performance individuale con i risultati di quella organizzativa complessiva; si ricorda che il ciclo di gestione della performance è stato oggetto di una disciplina introdotta dal decreto legislativo n. 150 del 2009, il quale ha dato sviluppo e sistematizzazione a indicazioni in tema di valutazione dei rendimenti e risultati dell'attività delle amministrazioni pubbliche, tratteggiate nel decreto legislativo n. 286 del 1999). L'articolo 10 del D.lgs. n. 150 del 2009 prevede il "Piano della performance" (e, a consuntivo, una "Relazione sulla performance") quale documento programmatico triennale (definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi del Dipartimento della funzione pubblica), tale da individuare gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definire, con riferimento agli obiettivi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.
- b) La strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo; gli obiettivi formativi annuali e pluriennali finalizzati ai processi della pianificazione secondo le logiche del project management. Quanto agli obiettivi formativi, essi sono da declinare secondo alcune finalità: completa alfabetizzazione digitale; sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali; accrescimento culturale e dei titoli di studio, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale.
- c) Strumenti e obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne. È posta una clausola di compatibilità finanziaria, rispetto alle risorse riconducibili al Piano triennale dei fabbisogni del personale (previsto dall'articolo 6 del decreto legislativo n. 165 del 2001). Per quanto concerne la valorizzazione delle risorse interne, il Piano è tenuto a prevedere (nei limiti posti dalla legge) la percentuale di posizioni disponibili per le progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione, a tal fine, dell'esperienza professionale maturata nonché dell'accrescimento culturale conseguito. Su tale materia - tenuto altresì conto dell'evoluzione normativa che ha investito, per le Pubbliche Amministrazioni, la nozione di dotazione organica - è da ricordare che esse sono tenute a redigere un Piano triennale dei fabbisogni di personale (oggetto degli articoli 6 e 6-ter del decreto legislativo n. 165 del 2001, come rivisitato dal decreto legislativo n. 75 del 2017).
- d) La strumentazione per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrative, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anti-corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia (L. n. 190 del 2012) ed in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione con il Piano nazionale anticorruzione.

- e) L'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti; la pianificazione delle attività, inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure, effettuata attraverso strumenti automatizzati.
- f) Modalità ed azioni mirate per la piena accessibilità fisica e digitale alle amministrazioni, per i cittadini con più di sessantacinque anni di età e per i disabili.
- g) Modalità ed azioni per la piena parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi. Spetta infine al Piano di definire le modalità di monitoraggio degli "esiti", con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti (comma 3). Tra gli strumenti di rilevazione, è fatto richiamo a quelli relativi alla soddisfazione dell'utenza, previsti dal decreto legislativo n. 150 del 2009. Le Pubbliche Amministrazioni tenute alla sua adozione pubblicano il Piano e i relativi aggiornamenti entro il 31 gennaio di ogni anno nel proprio sito internet istituzionale. Sono tenute inoltre a trasmetterli al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio, per la pubblicazione sul relativo portale (comma 4). In sede di prima applicazione, il termine per l'adozione del Piano da parte delle pubbliche amministrazioni è stabilito al 30 aprile 2022 (comma 6-bis), in luogo del 31 gennaio, come previsto a regime. Sul punto, la Conferenza delle regioni ha tuttavia chiesto di valutare l'opportunità di prevedere una proroga del termine al 2023 per l'adozione del PIAO al fine di favorirne l'attuazione da parte delle Pubbliche Amministrazioni, anche le più piccole. Il Consiglio dei ministri del 26/05/2022i ha poi dato definitivamente il via libera al DPR finalizzato a definire lo step finale per realizzare un importante atto di semplificazione. Il Piano integrato di attività e organizzazione (Piao), previsto dal decreto Reclutamento (d.l. 80/2021), sopprimerà molti piani e adempimenti di programmazione in capo alle amministrazioni, dal Piano per il lavoro agile a quello per la parità di genere, fino alla performance, destinati ora a essere assorbiti in un solo Piano unico integrato, da adottare entro quanto sancito dall'art.8 del DPR 81 del 24 Giugno 2022 che complessivamente ne regola finalità e ambito di applicazione dell'intero documento.
Il Piao è una concreta semplificazione della burocrazia che permetterà di compiere un altro passo decisivo verso una dimensione di maggiore efficienza, efficacia, produttività e misurazione della performance.

2 Sezione 1 – Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

Con Decreto del Presidente della Giunta della Regione Campania n° 12257 del 22 dicembre 1994 viene costituita L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità "San Giuseppe Moscati".

L'Azienda è costituita da due plessi ospedalieri di cui uno in Avellino conosciuto come "Città Ospedaliera" l'altro sito nella cittadina di Solofra, che si è unito all'AORN S.G. Moscati con decreto n. 29 del 19 aprile 2018. Il plesso Ospedaliero di Avellino sorge in Contrada Amoretta, su una superficie di 140 mila metri quadrati. È costituito da una struttura ospedaliera di cinque piani, da una palazzina che ospita la sede Legale-Amministrativa e da un altro fabbricato che ospita l'Attività Libero Professionale.

L'attuale assetto aziendale è frutto della pianificazione attuativa redatta in conformità, alle disposizioni del DCA 103/2018 e della DGRC 201/2021.

Di seguito indicate le fasi attuative dello stesso:

- Il DCA 29/2018 ha disposto l'annessione del P.O. Landolfi di Solofra alla A.O.R.N. S.G. Moscati e a seguire il DCA 103/2018 ha provveduto all'aggiornamento nel mese di dicembre dello stesso anno del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015.
- Con successiva Deliberazione Aziendale n. 882/2019 l'Azienda (a seguito dell'insediamento della nuova Direzione Strategica avvenuto in data 9/8/19) ha provveduto alla integrazione funzionale delle strutture presenti il P.O. Agostino Landolfi di Solofra, nell'ambito delle strutture dipartimentali dell'Azienda Ospedaliera. Inoltre, alla istituzione della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero situata nella Città Ospedaliera di Avellino.
- Con DGRC n. 378 del 23/07/2020 "Adozione piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania. Integrazione ed aggiornamento DGRC n. 304 del 16.06.2020" è stato programmato, tra l'altro, il potenziamento in termini di incremento di posti letto nell'area della terapia intensiva per l'intero sistema ospedaliero campano ed è stato previsto l'incremento di 22 p.l. di Terapia intensiva (cod. 49) che si sono aggiunti ai 22 p.l. della Città Ospedaliera e dei 4 p.l. del P.O. "A. Landolfi" di Solofra, per un totale di 48 p.l. (cod.49).
- in data 4 maggio 2021 è stato emanato dal Ministero della Salute il Decreto Dirigenziale firmato digitalmente, recante "Ammissione a finanziamento di n. 1 intervento - codice n.150.150905.H.065 previsto nell'Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari del 23 agosto 2019 tra il Ministero della salute e la regione Campania - Programma investimenti ex art. 20 L. n. 67/88", relativo all'intervento denominato "AO Moscati di AV – Lavori di adeguamento funzionale del P.O. Landolfi di Solofra", per un importo a carico dello Stato di € 6.759.259,74 - al netto della quota a carico della Regione Campania.
- la D.G.R.C. 201 del 19/5/2021 ha preso atto della necessità di rimodulare l'offerta assistenziale nell'ambito della rete regionale ospedaliera – macro area delle Province di Avellino e Benevento programmata con il DCA 103/2018, rispetto a quanto previsto per l'AORN Moscati di Avellino al fine di ulteriormente migliorare l'offerta assistenziale, e ridurre la migrazione sanitaria. La riorganizzazione delle attività assistenziali è finalizzata ad evitare la duplicazione di alcune specialità, con miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'equilibrio economico Aziendale, redistribuzione di spazi all'interno dell'AORN Moscati (tale rimodulazione non comporta variazioni nel numero complessivo di posti letto programmati con il DCA 103/2018 a livello regionale, né variazioni nel numero di posti letto programmati per l'AORN Moscati di Avellino, fatta eccezione per l'incremento dei 22 p.l. di terapia Intensiva -cod.49, previsti con DGRC 378/2020).

- Con successiva delibera Aziendale n.689 del 29/6/2021 si è provveduto al termine del previsto iter, alla riadozione dell'atto aziendale con trasmissione alla Regione Campania degli atti per l'approvazione della stessa che con la DGRC 305 del 14/7/2021 ha approvato la deliberazione appena citata e il suo contenuto. Il nuovo Atto Aziendale ha previsto il potenziamento delle attività del P.O. di Solofra; in particolare, l'aumento dei posti letto disponibili consentirà, attraverso i lavori e le installazioni l'ampliamento dell'offerta assistenziale con il trasferimento di alcune attività attualmente erogate ad Avellino e l'attivazione della lungodegenza e della riabilitazione, nell'ambito di un percorso specifico dedicato all'anziano.
- Con successiva delibera Aziendale n.742 del 07/08/2024 si è provveduto al termine del previsto iter, alla riadozione dell'atto aziendale con trasmissione alla Regione Campania degli atti per l'approvazione della stessa che con la DGRC 543 del 24/10/2024 ha approvato la deliberazione appena citata e il suo contenuto. L'ultimo aggiornamento dell'Atto Aziendale ha previsto il potenziamento delle attività del P.O. di Solofra con l'introduzione di attività quali la protesica ortopedica per la quale è stata istituita una UOS ad hoc.

Attualmente l'AORN è strutturata in otto dipartimenti e con la piena attuazione dell'atto aziendale di recente approvazione (DGRC 543/2024) saranno attivi 650 pl per un totale di 83 strutture così ripartite: 37 UOC, 27 UOS e 21 UOSD alle quali si aggiungono le strutture in staff alla Direzione Sanitaria ed Amministrativa. Presso l'AORN è ubicato il SPDC (cod. disciplina 40) di afferenza all'ASL di Avellino con n. 18 posti letto.

Di seguito si illustrano i dati maggiormente significativi dell'attività erogata dall'AORN nell'ultimo triennio. 2021 e 2023.

Descrizione	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023
Numero Ricoveri ordinari	16.343	16.590	17.459
Numero Ricoveri diurni	6.034	6.222	5.530
Totale ricoveri	22.377	22.812	22.989
Valore DRG attività di ricovero complessivo in Euro	88.459.771 €	91.002.394 €	91.422.507 €
Peso medio DRG ricoveri ordinari	1,36	1,38	1,40
Degenza media ricoveri ordinari	8,31	8,11	7,92
Mobilità attiva RO	29,55	30,67	31,94
<i>Fuori Provincia</i>	27,19	28,54	29,86
<i>Fuori Regione</i>	2,36	2,13	2,08
Mobilità attiva DH	46,90	46,85	47,27
<i>Fuori Provincia</i>	44,81	44,81	45,48
<i>Fuori Regione</i>	2,09	2,04	1,79
Numero Prestaz. Specialistica per esterni (regime SSN)	456.670	561.563	651.580
Valore Prestaz. Specialistica per esterni (regime SSN)	13.531.148 €	13.459.447 €	17.619.278 €
PACC	4.926	4.687	21.370
Valore netto PACC in Euro	1.315.603 €	1.453.336 €	4.332.448 €
Accessi Pronto Soccorso	33.138	37.570	42.614

3 Sezione 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

3.1 Valore Pubblico

È impegno costante dell'Azienda esercitare un ruolo determinante nel contesto sanitario regionale, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dalla Regione Campania. L'orientamento al benessere con particolare attenzione all'umanizzazione delle cure, alla qualità di vita dei pazienti, dei familiari e degli operatori sanitari costituisce impegno costante dell'AORN Moscati.

L'Azienda assume i seguenti valori di riferimento, che orientano la programmazione strategica e la gestione delle proprie attività:

- Centralità del paziente
- Qualità delle prestazioni fornite
- Tempestività nell'erogazione delle prestazioni
- Miglioramento delle condizioni di comfort alberghiero
- Miglioramento del livello di sicurezza per i pazienti e per gli operatori
- Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse organizzative, tecnologiche e finanziarie
- Promozione della formazione permanente di tutti i professionisti impegnati al fine di migliorare continuamente il servizio
- Corretta gestione delle non conformità e del rischio clinico
- Miglioramento e attenzione costante all'appropriatezza e all'efficacia dei processi di comunicazione all'interno dell'organizzazione ed anche all'esterno nei confronti dei pazienti

Per creare le migliori condizioni di salute e benessere per i cittadini l'AORN intraprende azioni mirate a rendere disponibili servizi sanitari che assicurino e diano assistenza ai malati nel processo di cura, nella gestione delle emergenze e delle problematiche complesse, nella gestione delle cronicità e non per ultimo nel recupero funzionale. La AORN con l'adozione ex Delibera 742/24 del vigente Atto Aziendale ha previsto la rimodulazione delle attività dedicate al recupero e alla riabilitazione ispirandosi ai concetti di appropriatezza, tempestività, organicità e globalità. Secondo questi principi ispiratori le attività di riabilitazione che intende intraprendere prevedono tre diversi livelli organizzativi di operatività, tra loro integrati:

1. **UVBR OSPEDALIERA** Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo, tipizzata dalla interdisciplinarietà e multiprofessionalità. con il mandato di valutare e gestire il bisogno riabilitativo nei reparti di degenza per acuti e di garantire la continuità riabilitativa nei setting successivi alla fase di ospedalizzazione mediante la predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale.
2. **DEGENZA (COD 56) RIABILITAZIONE INTENSIVA POST ACUZIE**, presso l'Ospedale Landolfi di Solofra, dedicata a pazienti con elevato gradiente di modificabilità riabilitativa nei termini biologici, con mandato di effettuare interventi riabilitativi di tipo terapeutico inerenti le strutture e le funzioni corporee

L'Azienda:

- garantisce competenze e disponibilità di servizi modulati in funzione dei bisogni dell'utenza
- definisce programmi innovativi e alloca le risorse secondo principi di appropriatezza, efficacia ed efficienza
- opera nel rispetto dei principi etici, riconoscendo adeguata attenzione alle problematiche di natura etica relative alla pratica clinica, alla sperimentazione e all'organizzazione, impegnandosi a tutelarne i principi; garantisce la pari opportunità eliminando e contrastando ogni forma di discriminazione relative ad età, disabilità, etnia e sesso.

- pone al centro delle sue azioni la persona, concepita sia quale come soggetto fruitore sia come erogatore di assistenza
- garantisce la qualità dell'attività assistenziale, mediante la promozione di percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata
- opera nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità.

3.2 Performance

Le attività di programmazione, per quanto attiene il triennio 2025 - 2027, che andranno a cristallizzarsi nel PIAO triennio 25-27, sono state oggetto di contrattazione di obiettivi di performance da parte di tutte le UUOO aziendali. Gli esiti di tale contrattazione sono stati recepiti con la **Delibera n.62 del 23/01/25** con la quale l'azienda ha adottato le risultanze delle negoziazioni obiettivi prestazionali condotte con tutte le UUOO sanitarie ed in staff alle direzioni. Le UUOO sanitarie unitamente all'individuazione di obiettivi qualitativi hanno negoziato ciascuna il suo obiettivo economico (scostamento) volto a contenere i costi di gestione in virtù di un'ottimizzazione delle risorse; la verifica del raggiungimento degli stessi è stata finora e sarà comunque oggetto di valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione quale la condizione necessaria per l'erogazione della retribuzione di risultato a chiusura del ciclo della performance (30 Giugno), con un termine di verifica semestrale al quale legare l'erogazione dell'acconto della premialità. Gli obiettivi per il triennio 25-27 sono in questo documento declinati come linea programmatica declinati poi a cascata in maniera operativa sulle singole UUOO.

In ottemperanza alla DGR 210/22 prima e successivamente alla DGR 420/24 la Direzione Strategica pone come preminente obiettivo aziendale, nel rispetto del dettato Regionale, quello di implementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale con un miglioramento dell'offerta assistenziale.

Va sottolineato che l'impegno profuso in tal senso è testimoniato dal fatto che già a decorrere dal 2023 presso il PO Landolfi sono stati attivati ambulatori dedicati all'erogazione di visite specialistiche. Nel 2024 si è arrivati a 14 Ambulatori specialistici quali quello di Diagnostica Cardiovascolare, di Epatologia, di Medicina Interna (reumatologia, angiologia), di Neurologia (demenza, malattie cerebro vascolari, neurofisiopatologia), di Recupero e Riabilitazione Funzionale, Cefalee, di Urologia Funzionale, di Ortopedia, di Breast Unit, di Chirurgia Generale, di Urologia, di Chirurgia Toracica tutti attivati a pieno regime. Peraltro, sempre presso il PO Landolfi, grazie all'acquisizione di tecnologie sanitarie che hanno consentito di rinnovare interamente la piastra Radiologica, l'ambulatorio di Radiologia è già riuscito a garantire un sostanziale incremento delle agende per esterni rispetto all'anno 2023. Sulla scia di quanto già fatto per il prossimo orizzonte temporale si programma di mantenere le attività di specialistica ambulatoriale così come implementate quanto a numero di ambulatori con un obiettivo incrementale quanto al numero di prestazioni da erogare.

Per il triennio in oggetto la Direzione Strategica ha altresì individuato quale attività da potenziare quella della chirurgia protesica ortopedica inserendo nell'ambito del dipartimento emergenza e accettazione la UOS Protesica Ortopedica con n.10 PL – presso il PO Landolfi, afferente alla UOC Ortopedia e Traumatologia. L'obiettivo che si intende perseguire è finalizzato a porre in essere un'azione di contenimento della mobilità passiva particolarmente rilevante per tale disciplina. Tale obiettivo verrà perseguito con il più ampio disegno di garantire al paziente una qualità assistenziale il più completa possibile in tale ambito grazie all'erogazione di prestazioni di chirurgia protesica elettiva e successiva riabilitazione presso la UOC Recupero e Riabilitazione funzionale presso il PO Landolfi.

Nell'ambito del progetto di miglioramento dell'attività chirurgica l'Azienda programma di potenziare la qualità dell'erogazione delle prestazioni con l'adozione delle Linee guida regionali ex DGRC 254/24 che definiscono le linee guida per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato. Con Delibera n. 1096/24 e n. 1097/24 l'AORN ha approvato il Regolamento delle Sale Operatorie e definito il percorso del paziente che afferisce per la chirurgia in elezione, l'obiettivo, in ottemperanza al dettato Regionale, è quello di migliorare la qualità dell'assistenza grazie ad una programmazione più virtuosa della gestione delle Sale Operatorie e del percorso pre e intra operatorio che deve seguire il paziente. La gestione viene affidata a gruppi di lavoro che sia a livello strategico, che di programmazione che operativo avranno il compito di garantire un potenziamento delle attività e della qualità dell'assistenza legata alla gestione del paziente chirurgico. La più performante gestione delle sale operatorie inevitabilmente si riverbererà in termini positivi anche sulle liste di attesa.

Premminente importanza sarà data anche all'implementazione dell'attività chirurgica Robotica con particolare attenzione alla branca ginecologica che nel triennio oggetto di programmazione dovrà raggiungere obiettivi specifici stabiliti in tal ambito, così come ad oggi hanno già conseguito le branche relative a chirurgia generale, toracica, oncologica ed Urologia.

Per rispondere ad esigenze a forte impatto sociale, quali la sterilità e la onco infertilità, è stato costruito un laboratorio di ricerca che basa le attività scientifiche sull'impiego degli organoidi di endometrio per la realizzazione di terapie farmacologiche personalizzate per il trattamento dell'infertilità e dell'endometriosi.

La UOC di Fisiopatologia della Riproduzione dell'AORN S.G. Moscati di Avellino, presso il PO Landolfi, affronta in maniera completa il benessere riproduttivo e sessuale dei cittadini, offre terapie personalizzate per i bisogni assistenziali della popolazione, contrasta ogni forma di discriminazione, si propone di rimuovere ogni ostacolo o patologia per consentire una sana e soddisfacente vita riproduttiva e sessuale, offre la possibilità di accesso a servizi per la tutela della riproduzione di altissima qualità in ambito pubblico come ausilio al contrasto dell'attuale gravissima tendenza alla denatalità.

Al fine di perseguire l'obiettivo di un miglioramento delle performance sia di struttura che quelle individuali, la retribuzione di risultato verrà erogata, in virtù del Regolamento adottato con delibera aziendale 1274/23, che rende ancora più stringente il criterio di premialità connesso al raggiungimento degli obiettivi contrattati.

La performance verrà altresì monitorata tenendo conto degli obiettivi del nuovo sistema di garanzia che saranno considerati prioritari obiettivi prestazionali da raggiungere.

Altro obiettivo Strategico, in continuità con il precedente triennio è quello della riduzione delle liste di attesa, costantemente monitorate, proponendosi, la Direzione Strategica, di intervenire tempestivamente, con azioni correttive di volta in volta individuate, ove si riscontrino criticità in tal senso.

La logica sottesa alla gestione del ciclo della performance aziendale è legata in maniera imprescindibile alle fasi Programmazione / Misurazione che si articolano come segue:



La performance programmata, a livello triennale e poi aggiornata annualmente, cristallizza l'intento di creare una cornice entro la quale si svolgerà un'implementazione delle attività individuate per macroaree poi declinate nelle contrattazioni con le singole UUOO aziendali, ponendo l'obiettivo di contrattare un budget prestazionale, caratterizzato da obiettivi qualitativi e obiettivi quantitativi tutti misurabili e finalizzati ad incrementare una serie di attività che la Direzione Strategica individua quali prioritarie anche alla luce altresì dell'assetto organizzativo sancito nell'atto aziendale.

Pertanto, la negoziazione del budget nel caso specifico sarà calata sulle singole attività svolte dalle UUOO aziendali e sulle attività che le stesse, alla luce di un'analisi comparativa, dovranno implementare al fine di potenziare l'attività aziendale. Si procederà, in ottemperanza al dettato del Regolamento aziendale sulla negoziazione per obiettivi che quale primo step definisce la contrattazione degli stessi tenendo conto non solo dell'aumento dell'attività produttiva e dell'efficientamento delle risorse a disposizione, ma soprattutto ad una maggiore qualità delle prestazioni erogate tipiche di un Azienda Ospedaliera di alta specialità di II Livello.

3.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza (piano 2025– 2027)

L'articolo 6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in legge in data 6 agosto 2021, ha introdotto il PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione), documento unico di programmazione e governance che nasce con l'intento di unificare, in un unico atto, una serie di Piani che finora le amministrazioni erano tenute a predisporre (il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza rientra nel novero dei nuovi documenti assorbiti nel PIAO).

Il PIAO deve essere adottato da tutte le Pubbliche Amministrazioni, (con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative), di cui all'art. 1 comma 2 del D.Lgs n. 165/2001; nel novero, pertanto, rientrano anche le Aziende Sanitarie.

Con Delibera n. 1141 del 31.10.2022, l'AORN San Giuseppe Moscati di Avellino ha adottato il PIAO facendo pertanto confluire al suo interno il PTPCT nella specifica sezione dedicata a "Rischi corruttivi e Trasparenza".

Il nuovo PTPCT (2025-2027), parte integrate del presente PIAO, è stato redatto secondo quanto previsto dal nuovo PNA 2022 (adottato dall' ANAC con delibera n. 7 del 17/01/2023 e Aggiornamento 2023 adottato con delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023), secondo quanto indicato dall'Autorità negli "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" e nell'Allegato 1 al PNA 2019, trattando quindi la gestione del rischio con un approccio di tipo qualitativo.

La sezione Trasparenza tiene conto del giusto bilanciamento tra la disciplina relativa agli obblighi di pubblicazione (d.lgs 33/2013) e la tutela dei dati personali (di cui al GDPR 679/16 e D.lgs. n. 101/2018) e altresì dei vari provvedimenti successivi deliberati in materia.

PARTE GENERALE: OBIETTIVI E LIMITI

Definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

A seguito delle modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/16 e dal d.lgs. n. 74/17, gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza declinati nel presente piano anticorruzione confluiscono di diritto nel Piano Performance; di conseguenza, gli adempimenti imposti dalla l. n. 190/12 e dai suoi decreti attuativi (il flusso costante delle pubblicazioni, l'obbligo di relazione annuale e l'obbligo della mappatura dei processi unitamente al monitoraggio a cura dei Direttori di Dipartimento o di Struttura complessa) costituiscono ex se "obiettivi performance". "La Direzione Strategica dell'AORN parte dalla consapevolezza che l'obiettivo della creazione di valore pubblico può essere raggiunto avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del e per la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della mission istituzionale dell'Azienda". Nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 1 comma 8 della L.190/2012, l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "San Giuseppe Moscati" di Avellino, pertanto ha posto quale obiettivo "a cascata a tutte le UUOO aziendali quello di garantire la

realizzazione di tutti gli obiettivi in materia di anticorruzione e trasparenza e concorrere così, ognuno per la propria quota di competenza, al raggiungimento dell'obiettivo unitario perseguito dalla Direzione Strategica di garantire l'obiettivo complessivo di valore pubblico." Questo è quanto contenuto nella "Direttiva 2025: Atto di indirizzo della Direzione Strategica Aziendale" adottata con Delibera del DG n 84 del 29/01/2025, che nella parte "Obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza" altresì sottolinea che "particolare rilevanza rivestiranno obiettivi legati al rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR, quelli legati all'incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni nonché la consolidazione di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione del PIAO sez PTPCT, sistema necessariamente integrato con quello di misurazione della performance". La stessa direttiva nella parte dedicata a "Il sistema di Misurazione e Valutazione della Performance Aziendale", precisa che "...minimo comun denominatore dell'operato delle UUOO sarà individuato.....nel garantire la necessaria crescita e apprendimento da parte delle risorse umane con particolare riguardo alle tematiche della trasparenza, integrità e di prevenzione della corruzione cui vengono attribuiti specifici obiettivi".

In vista dell'aggiornamento del nuovo PTPCT triennio 2025-2027, il RPCT ha avviato, altresì, una consultazione pubblica, esterna ed interna, (stakeholders) per raccogliere i contributi ed i suggerimenti di tutti gli attori coinvolti dal processo nell'ottica di elaborare un'efficacia strategia anticorruptiva e di prevenzione, tenendo pertanto conto di specifiche ed ulteriori esigenze che potessero emergere.

In sede di elaborazione del piano si è tenuto altresì conto di quanto relazionato semestralmente da ciascun Direttore di Dipartimento e di UOC/UOS PTA in tema di attuazione delle misure anticorruptive (griglie dei rischi corruttivi integrate con i Key Risk Indicators) ed implementazione della sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ognuno per la parte di propria competenza.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza: compiti e funzioni

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione è stata introdotta dalla l. n. 190/12, quale punto di riferimento fondamentale interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della citata normativa. Il ruolo, poi, di tale soggetto è stato rafforzato dal d.lgs. n. 97/16 che ha attribuito allo stesso anche la funzione di responsabile della trasparenza. Laddove esistano obiettive difficoltà organizzative tali da giustificare la distinta attribuzione dei ruoli, è possibile mantenere separate le figure di RPC e di RT.

Il decreto in commento ha previsto, altresì, che l'organo di indirizzo politico assicuri al RPCT poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, disponendo anche le eventuali modifiche organizzative a ciò necessarie (art 1 c. 7, l. n. 190/12). La Funzione pubblica, con Circolare n.1/2013, ha disposto poi che al RPCT fosse assegnato un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio (principio ribadito nel PNA 2022 Allegato n.3). L'Autorità nell'esercizio della funzione consultiva e di vigilanza nel tempo ha approfondito vari aspetti della disciplina, tra cui i poteri connessi all'espletamento della attività di RPCT e le condizioni di indipendenza, autonomia e supporto necessari a garantire a tale soggetto effettività nello svolgimento del ruolo. Con delibera n. 840/2018, l'ANAC ha precisato che l'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello di predisporre un sistema di prevenzione della corruzione di una amministrazione o di un ente e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione.

Per tali motivi, i poteri di vigilanza e controllo che il RPCT può esercitare devono rimanere connessi a tale obiettivo.

Di seguito i compiti che ricadono sul RPCT:

- L'art 1, co. 8, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT predisporre – in via esclusiva (essendo vietato

- l'ausilio esterno) – il PTPCT e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'OIV le "disfunzioni" (*così recita la norma*) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
 - L'art. 1, c. 9, lett. c), l. 190/2012 dispone che il PTPC preveda «obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
 - L'art 1, c. 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifichi l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
 - L'art. 1, c. 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC, relazione che va girata all'organo politico e all'OIV e pubblicata sul sito istituzionale dell'ente in Amministrazione Trasparente, sotto sezione altri contenuti/ corruzione.
 - Vigila sul rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 39/2013 in tema di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi, per quanto applicabile.
 - L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto "un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione".
 - L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: "Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni".
 - L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art. 43, co. 5 del d.lgs. 33/2013.
 - L'art. 15, co. 3, d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 stabilisce che il RPCT curi la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione ad ANAC dei risultati del monitoraggio.

Il PNA 2022 fornisce un quadro d'insieme delle attività svolte dal RPCT e dei poteri ad esse connessi, con particolare riferimento: alla vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza; ai compiti ai sensi della disciplina sul *whistleblowing*; alle attribuzioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi; ai compiti e poteri in materia di AUSA e di contrasto al riciclaggio.

Il legislatore ha poi inteso tutelare l'autonomia e l'indipendenza del RPCT anche con disposizioni volte ad impedire una revoca anticipata dell'incarico in funzione "ritorsiva"; in tal senso, ne è un esempio la modifica introdotta dal d.lgs. n. 97/16 all'art 15 c. 3 del d.lgs. n. 39/13.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è stato individuato dall'organo di indirizzo con Deliberazione n. 851 del 10 ottobre 2024 nella persona della Dott.ssa Roberta Russo.

In tema di responsabilità del RPCT

A fronte dei compiti attribuiti, la l. 190/2012 prevede (art 1 commi 12 e 14) anche consistenti responsabilità in capo al RPCT al cui testo di legge si rimanda.

Per ulteriori approfondimenti "PNA 2022 All. n.3 Parte generale RPCT e struttura supporto", di seguito si indica il l'indirizzo web di rinvio "<https://www.anticorruzione.it/-/pna-2022-delibera-n.7-del-17.01.2023>".

SOGGETTI COINVOLTI NELLA LOTTA ALLA CORRUZIONE

Con l'entrata in vigore del d.lgs. n. 97/16, il legislatore ha puntato non solo su un maggiore coinvolgimento dell'organo politico, ma anche di coloro che, a vario titolo, si trovano a lavorare in una pubblica amministrazione, trasformando di fatto la lotta alla corruzione da obiettivo del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ad obiettivo comune. Il PNA 2022 (All.3) così statuisce: "l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza di ogni ente dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'amministrazione e dalla possibilità che si realizzino significative interlocuzioni con il RPCT che del sistema predetto è il principale coordinatore".

Per tali motivi, oltre al RPCT, tra i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Azienda, ritroviamo:

- il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario;
- i Direttori/Responsabili di struttura (Direttori di Dipartimento, UU.OO.CC. ed UU.OO.), inclusi tutti i dirigenti del settore amministrativo, medico e tecnico, per l'area di rispettiva competenza;
- i referenti per l'anticorruzione;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.);
- tutto il personale ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

La Direzione Strategica

- valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- tiene conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e ad operarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

Ai fini della concreta attuazione delle misure anticorruzione, è richiesto un ruolo attivo dei **dirigenti** amministrativi, medici, sanitari e tecnici, i quali sono chiamati a:

- svolgere attività informativa nei confronti del RPCT ai sensi dell'articolo 1, comma 9, lett. c, della legge 190 del 2012;
- partecipare al processo di gestione del rischio;
- definire misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;

- controllare attraverso l'attività di monitoraggio e quindi di verifica della efficacia delle misure indicate per ciascun procedimento, il rispetto delle stesse da parte dei dipendenti dell'ufficio;
- rispondere della pubblicazione degli atti del loro settore ed alle istanze pervenute al loro ufficio in materia di accesso civico generalizzato, come previsto dal d.lgs. n. 33/13, modificato dal d.lgs. n. 97/16 (art 14 c. 1-quater, d.lgs. n. 33/13);
- vigilare sull'applicazione dei codici di comportamento e verificare le ipotesi di violazione, ai fini del conseguente avvio di procedimenti disciplinari o penali;
- informare i dipendenti e procedere alla eventuale rotazione del personale esposto al rischio di corruzione.

I Direttori di Dipartimento, di UU.OO.CC ed UU.OO. dell'area amministrativa, tecnica, medica e sanitaria possono nominare dei **Referenti**. Stante l'organizzazione Aziendale, che prevede l'esistenza di due Presidi Ospedalieri (la Città Ospedaliera in Avellino e il PO Landolfi a Solofra), con il presente Piano si individuano quali **referenti** del Responsabile per la prevenzione della corruzione, tutti i Direttori delle varie articolazioni in cui si sviluppa l'Azienda secondo quanto previsto dal vigente Atto Aziendale (Delibera D.G. n. 908 del 06/11/2024). I Referenti svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e attività di monitoraggio sull'attività svolta della struttura di competenza.

L'O.I.V.

partecipa alle attività in materia di anticorruzione in virtù delle modifiche alle sue funzioni ad opera del d.lgs. n. 97/16.

In virtù dei poteri loro ascritti dalla legge e confermati nella delibera ANAC n.1310 del 28 dicembre 2016 l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) deve:

- verificare la coerenza tra gli obiettivi descritti nei documenti strategico – gestionali e quelli indicati nel PTPCT e che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all' anticorruzione e alla trasparenza;
- esprimere parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sue modificazioni (articolo 54, comma 5, d.lgs. 165/2001);
- attestare il rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33/13.

Attualmente l'O.I.V. è composto dal dr. Cuono LIGUORI, con funzioni di Presidente, dalla dott.ssa Adelina DI PIETRO e dal dott. Emilio MORGEVI, in qualità di componenti (Deliberazione del DG n. 752 del 08/08/2024).

Ufficio per i Procedimenti Disciplinari

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 *bis* d.lgs. n. 165 del 2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- vigila sulla corretta applicazione del Codice di Comportamento aziendale;
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- opera in raccordo con il Responsabile per la prevenzione della corruzione per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del D.P.R. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici".

Composizione dell'U.P.D.:

Presidente: Dott.ssa Giovanna PETITTO- Direttore UOC Gestione Risorse Umane

Componente titolare: Dott.ssa Raffaella GENZALE, Direttore UOC Affari Generali
Componente supplente: Avv. Lydia D'AMORE, Direttore UOC Affari Legali
Componente titolare: Dott. Armando RAPANA', Direttore UOC Neurochirurgia
Componente supplente: Dott. Lanfranco Aquilino MUSTO Direttore UOC Radiologia
Segretario: Dott. Giovanni Verusio - collaboratore amministrativo
(Deliberazione del DG n. 978 del 26/11/2024)

Collegio Sindacale: verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente

Composizione

dott. Francesco EVANGELISTA – designato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze
dott. Stefano DEL GIUDICE – designato dal Ministero della Salute
dott. Martino VALIANTE – designato dalla Regione Campania

(Deliberazione del DG n. 709 del 16 giugno 2022)

I dipendenti

Come previsto dal PNA 2022, "il coinvolgimento di tutto il personale in servizio è decisivo per la qualità del PTPCT e delle relative misure, così come per un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di comportamento dell'amministrazione", pertanto i dipendenti:

- osservano le misure contenute nel PTPCT (**la loro violazione costituisce illecito disciplinare**);
- segnalano le situazioni di illecito o di personale conflitto di interessi e la mancata attuazione delle misure del piano.

I collaboratori

- osservano per quanto compatibili, le misure contenute nel PTPCT e gli obblighi di condotta previsti dai Codici di comportamento;
- segnalano i possibili illeciti di cui vengono a conoscenza.

II RASA

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (R.A.S.A.) che cura l'inserimento e l'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa nell'Anagrafe Unica Stazione Appaltante (AUSA). L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. In caso di mancata indicazione nel PTPCT del nominativo del RASA, previa richiesta di chiarimenti al RPCT, l'Autorità può esercitare il potere di ordine ai sensi dell'art. 1, co. 3, della l. 190/2012, nei confronti dell'organo amministrativo di vertice, che, nel silenzio del legislatore, si ritiene il soggetto più idoneo a rispondere dell'eventuale mancata nomina del RASA. Nel caso di omissione da parte del RPCT, il potere di ordine viene esercitato nei confronti

di quest'ultimo. 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 all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati. Per l'espletamento dei compiti connessi a tale ruolo, l'Azienda ha individuato con delibera n. 790 del 17/09/2024 il Dott. Lazzaro IANDOLO.

Il Gestore Antiriciclaggio

Il D.lgs. 21 novembre 2007, n. 231, recante "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione", come successivamente integrato e modificato dal D.lgs. n. 90/2017, prevede una serie di adempimenti a fini preventivi nonché obblighi di segnalazione, che coinvolgono anche le Pubbliche Amministrazioni. L'art. 10, comma 1, del citato Decreto, come successivamente modificato ha ridefinito il perimetro per gli uffici delle pubbliche amministrazioni relativamente a "procedure o procedimenti" potenzialmente esposti al rischio di operazioni di riciclaggio e più in dettaglio essi sono:

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

Da quanto fin qui esposto, appare evidente la stretta assonanza tra l'art. 10, comma 1, del D.lgs. 231/2007 e s.m.i, sopra citato, e l'art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012, che individua sostanzialmente le medesime aree di rischio per la prevenzione della corruzione. Di qui la correlazione tra l'attività di prevenzione della corruzione e quella di contrasto del riciclaggio. A completamento del quadro normativo fin qui esposto, nella Gazzetta Ufficiale n. 269 del 19/11/2018, è stato pubblicato il provvedimento dell'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) della Banca d'Italia, adottato ai sensi dell'art. 10, comma 4 del D.lgs. n. 231/2017 e s.m.i., e recante "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni". Stante il complessivo quadro normativo e attuativo fin qui delineato, appare evidente che oltre a dover procedere alla nomina del soggetto preposto alla trasmissione delle segnalazioni alla UIF e destinatario interno di dette segnalazioni interne, quale "soggetto gestore", a dover promuovere un percorso formativo che interessi tutti i dipendenti coinvolti nell'ambito dei processi indicati nell'art 10 comma 1, si debba procedere ad una specifica analisi degli stessi nell'ottica dell'attività antiriciclaggio.

L'Azienda ha nominato con Delibera n. 98 del 31.01.2024 il Dott. Andrea Tortora, Direttore p.t. dell'UOC GEF, Gestore delle Segnalazioni Antiriciclaggio.

ANALISI DEL CONTESTO

Analisi del contesto esterno

L'Analisi del contesto esterno serve per sottolineare come spesso le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale si trova ad operare una pubblica amministrazione possano favorire o meno il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, come tali caratteristiche ambientali possano

condizionare la valutazione del rischio corruttivo e l'applicazione delle misure di prevenzione. Ad ogni modo per un'analisi approfondita della situazione ambientale del territorio di Avellino e dintorni, si rinvia: alla "Relazione al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata relativa all'anno 2022" trasmessa dal Ministro dell'Interno al Parlamento; alla Relazione Annuale che il Presidente dell'ANAC ha illustrato alla Camera dei Deputati nella seduta del 14 maggio 2024 e alla Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia, primo e secondo semestre 2023.

<https://www.camera.it/temiap/2024/03/12/OCD177-7040.pdf>

<https://www.anticorruzione.it/-/relazione.annuale.2024>

<https://direzioneeinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2021/12/Rel.-Sem.-2-2023-WEB.pdf>; <https://direzioneeinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2024/06/Rel-Sem-I-2023.pdf>.

Analisi del contesto interno

(Si rimanda a quanto descritto nella Sezione 1 – Scheda Anagrafica dell'Amministrazione e Sezione 3 Organizzazione Capitale Umano- Struttura Organizzativa).

Mission

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "San Giuseppe Moscati" di Avellino offre prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito di ricoveri ordinari (di più giorni), giornalieri (Day-Hospital e Day-surgery), visite e Prestazioni diagnostiche. L'orientamento al benessere, alla qualità di vita dei pazienti, dei familiari e degli operatori sanitari costituisce impegno costante dell'Azienda ad erogare salute a 360 gradi.

La qualità rappresenta la scelta strategica aziendale, per il perseguimento degli obiettivi di: centralità del paziente; qualità delle prestazioni fornite; ottimizzazione degli acquisti; tempestività nell'erogazione delle prestazioni; miglioramento delle condizioni di comfort alberghiero; miglioramento del livello di sicurezza per i pazienti, per gli operatori e per i visitatori.

Con Delibera n 882/19 l'Azienda ha provveduto alla integrazione funzionale delle strutture presenti presso il P.O. Agostino Landolfi di Solofra, nell'ambito delle strutture dipartimentali dell'Azienda Ospedaliera.

L'Azienda ha aderito agli obiettivi in materia di **Gestione del Rischio Clinico**, secondo le direttive del Ministero Salute e della Regione Campania, e ha sviluppato un processo di gestione del rischio con lo scopo di affrontare il problema della prevenzione e della gestione del rischio in sanità. E' stata avvertita la necessità di sviluppare un Sistema della Gestione del Rischio Clinico basato sull'identificazione, la valutazione ed il trattamento dei rischi, sia attuali che potenziali, con lo scopo primario di migliorare la sicurezza dei pazienti e, allo stesso tempo, diminuire i costi attraverso la riduzione degli eventi avversi prevenibili intervenendo nella gestione dell'errore che è stato commesso, agendo su ciò che è accaduto, conseguenza di un errore che ha portato a visualizzare il rischio in maniera quindi reattiva, ma anche cercando di focalizzarsi su una prevenzione del rischio, ove possibile.

Nella nostra Azienda è stato implementato e si continua ad implementare un progetto formativo gestionale quale utile strumento nella quotidiana attività di lavoro, in particolare per quanto riguarda la formazione, l'individuazione e l'analisi dei rischi clinici e delle priorità di intervento e la verifica delle azioni correttive concordate e finalizzate, tra l'altro, al miglioramento della qualità della prestazione sanitaria resa, tendendo alla minimizzazione dell'errore, con particolare attenzione alla puntuale e meticolosa compilazione delle cartelle cliniche, alla redazione delle note informative e somministrazione del consenso informato, alla riorganizzazione ed ottimizzazione del lavoro, utilizzando strumenti volti alla verifica della qualità e in particolare lo strumento dell'audit quale contributo fondamentale alla moderna gestione del Rischio

Clinico. Vengono raccolte le comunicazioni inerenti le richieste risarcitorie in un database aziendale ed analizzate al fine di proporre protocolli e procedure che per tendere alla diminuzione dell'errore devono necessariamente essere condivise e diffuse tra gli operatori.

L'Azienda partecipa alla rilevazione e registrazione degli eventi sentinella aggiornando l'apposita piattaforma ministeriale "Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità" (SIMES) in ottemperanza alle direttive del Ministero della Salute.

L'UOC Rischio Clinico e Qualità cura la formazione ed aggiornamento di tutti i dipendenti sulle tematiche relative e complementari alla gestione del rischio in sanità, nonché la formazione, coordinamento, aggiornamento e programmazione delle attività dei "Facilitatori per il rischio clinico", composto da professionisti sanitari e non che operano nell'Azienda supportando lo sviluppo dei processi di miglioramento collegati alla sicurezza a 360 gradi, individuati e formati in tutte le UU.OO.

L'UOC Rischio Clinico e Qualità è impegnata, anche, nella collaborazione con la Direzione Strategica Aziendale per la realizzazione del percorso integrato informatizzato del paziente, dal ricovero al follow up. L'Azienda ha aderito al "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" in virtù del passaggio dal modello sistemico con impostazione di sistema (iso 9000) al modello italiano con impostazioni di processo (iso 17065), procedendo da un approccio che definisce ed organizza, ad uno che garantisca anche l'esito finale dettato dal modello di riferimento. Nel corso del 2019, in continuità con l'adesione di cui sopra, si è tenuto l'audit di certificazione di II livello con la verifica del rispetto dei requisiti da parte di Ente Terzo Certificatore. Nel 2020 è stata raggiunta la certificazione di III Livello per l'UOC Malattie Infettive e l'UOC Cardiochirurgia. Nel 2022, in virtù dell'evoluzione del Modello applicato, con la pubblicazione della versione 4.0, che ha rimodulato i requisiti e i livelli di certificazione, è stata conseguita la certificazione del terzo livello per il presidio ospedaliero "Moscati" e del quarto livello per le UU.OO. di Cardiochirurgia e Pediatria.

IL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO

L'adozione del PTPC è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

Per "gestione del rischio" si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'operato dell'Amministrazione con riferimento al rischio di corruzione. La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. Secondo le indicazioni della L. 190/2012, la redazione del PTPC è frutto di un processo, conosciuto come Risk Management, o Gestione del Rischio, capace di individuare, mappare e valutare il rischio corruttivo cui un Ente è potenzialmente o concretamente esposto e per il quale necessita di specifiche misure di correzione e prevenzione contestualizzate nella realtà in cui lo stesso opera. In tal senso, il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere finalizzato a: individuazione della totalità degli eventi rischiosi, il cui verificarsi incide sulla realizzazione delle attività poste in essere dell'ente e genera delle conseguenze di diversa natura; identificazione del grado di esposizione di un ente al rischio corruttivo. Risulta, allora, indispensabile, l'utilizzo di una metodologia capace di intercettare e valutare in maniera corretta il grado di esposizione dell'amministrazione al rischio. Il processo di gestione del rischio definito nel presente piano è di natura qualitativa e ha tenuto conto di quanto previsto dal nuovo PNA 2022 (adottato dall' ANAC con delibera n. 7 del 17/01/2023 e aggiornamento 2023 adottato con delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023), secondo quanto indicato dall'Autorità negli "*Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022*" e di quanto indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019. Riguardo nello specifico alla scelta sul c.d. oggetto di analisi, ai fini della valutazione del rischio, è ricaduta sul processo analizzato nel suo complesso. Il processo di gestione del rischio non può prescindere dall'analisi delle attività, attraverso la

mappatura dei processi, al fine di identificare sia le aree maggiormente esposte al rischio corruttivo che le conseguenti misure di prevenzione e di contrasto.

Per mappatura dei processi si intende, pertanto, la ricerca e descrizione dei processi attuati all'interno dell'Azienda al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio di corruzione, secondo l'accezione ampia contemplata dalla normativa e dai P.N.A.

L'Azienda ha utilizzato alcuni indicatori considerati nell'allegato 1 al PNA 2019 al fine di introdurre e strutturare, nel corso degli anni, il sistema di gestione del rischio, introducendo nelle griglie relative alla c.d. mappatura dei processi, gli indicatori di rischio, e, con l'aggiornamento del Piano nell'ottobre del 2020, ha aggiunto altri 4 nuovi indicatori (Key Risk Indicators); a ciascun indicatore viene attribuito un valore compreso tra "basso, medio e alto" e, a seconda del valore attribuito, la misurazione di ogni singolo indicatore svelerà il livello di esposizione al rischio. Una volta dato il giudizio sul livello di esposizione al rischio dei processi, per ciascuno di esse vanno indicate le misure che si intendono attuare.

Riassumendo, il processo di gestione del rischio comprende le seguenti fasi:

- 1. mappatura dei processi attuati dall'amministrazione;*
- 2. valutazione del rischio per ciascun processo;*
- 3. trattamento del rischio;*
- 4. monitoraggio;*
- 5. aggiornamento e revisione.*

La **mappatura dei processi** è riportata nell'Allegato 1 al presente piano, insieme alla indicazione delle misure di prevenzione che l'Azienda intende attuare e dei soggetti responsabili della loro attuazione.

**La valutazione del rischio si articola in 3 fasi:
l'identificazione, l'analisi e la ponderazione**

L'identificazione del rischio

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo. Questa fase è cruciale, perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione. L'identificazione dei rischi deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi. Si prevede che l'identificazione degli eventi rischiosi porterà alla creazione del c.d. registro dei rischi, collegati all'oggetto di analisi scelto dall'Azienda che è il processo nel suo complesso.

L'analisi del rischio

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. L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è necessario:

- a) scegliere l'approccio valutativo;
- b) individuare i criteri di valutazione;
- c) formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato, **anche in base ai principi di semplificazione e snellimento.**

a) scelta dell'approccio valutativo

Come precisato nell'allegato 1 al PNA 2019, l'approccio utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere qualitativo, quantitativo o misto. Considerata la natura dell'oggetto di valutazione (rischio di corruzione), l'ANAC suggerisce di utilizzare un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza. Di conseguenza, sparendo la valutazione prettamente statistica e numerica che ha accompagnato le P.A. nella mappatura dei processi, ogni responsabile, in maniera molto più semplice, una volta definiti gli indicatori, procederà ad una valutazione valoriale di insieme.

b) individuazione dei criteri di valutazione

In sede di aggiornamento della mappatura, in data 30 ottobre 2020, l'AORN S.G. Moscati ha provveduto a rivalutare i processi mappati, aggiungendo **altri indicatori** (*Key Risk Indicators*) ad integrazione delle pregresse griglie corruttive (**Allegato 1** del presente Piano):

Di seguito si riportano gli indicatori:

- a) **Discrezionalità:** il processo è discrezionale?
- b) **Rilevanza esterna:** il processo produce effetti diretti all'esterno dell'ente?
- c) **Valore economico:** qual è l'impatto economico del processo?
- d) **Impatto organizzativo:** il processo richiede la collaborazione di più uffici o amministrazioni?
- e) **Impatto economico:** nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenza della Corte dei Conti a carico di dipendenti o sentenze di risarcimento del danno in favore dell'ente per la medesima tipologia di evento corruttivo descritto?
- f) **Numero di procedimenti disciplinari e penali a carico dei dipendenti (KRI)**
- g) **Grado di accentramento del processo decisionale in capo al personale apicale (KRI)**
- h) **Grado di efficienza raggiunto sulla base del grado di soddisfazione dell'utenza (KRI)**
- i) **Trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati (KRI)**

Definiti gli indicatori, è stato assegnato **un valore compreso tra basso, medio, alto** e la misurazione del valore attribuito a ciascun criterio consentirà di svelare il livello di esposizione a rischio del processo mappato. Una volta dato il giudizio sintetico motivazionale sul livello di esposizione a rischio dei processi, per ciascuno di essi vanno indicate le misure che si intendono attuare.

La ponderazione del rischio

Tale fase ha l'obiettivo di stabilire:

- le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
- le priorità di trattamento dei rischi.

IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI CONTRASTO

La fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Una volta mappati i processi ed identificati i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'Azienda, pertanto, vanno programmate le misure organizzative di prevenzione della corruzione. Nel contempo vanno individuati indicatori e obiettivi (valori attesi), necessari per verificare la corretta attuazione delle stesse (PNA 2022). Tali misure possono essere classificate sotto diversi punti di vista ovvero in "misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singolo Ente) e "misure ulteriori" ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione. Esse diventano obbligatorie una volta inserite nel P.T.P.C.T.

MISURA DI CONTRASTO	CODICE MISURA
Adempimenti relativi alla trasparenza	M01
Codici di comportamento	M02
Informatizzazione processi e monitoraggio termini procedurali	M03
Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 6 bis della L.241/90	M04
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice	M05
Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali.	M06
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, formazione di commissioni di aggiudicazione ed ulteriori misure per i contratti pubblici	M07
Whistleblowing	M08
Patti di integrità	M09
Formazione	M10
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione, ordinaria e straordinaria	M11
Il divieto di pantouflage	M12
Semplificazione e sensibilizzazione	M13

Per ogni misura, dopo una breve descrizione con particolare riguardo alla normativa di riferimento ed un monitoraggio delle stesse dell'anno appena terminato, vengono descritte le azioni/obiettivi da

intraprendere/raggiungere, gli indicatori e verifica dei risultati attesi (quanto richiesto dal nuovo PNA 2022) per il nuovo PTPCT.

M01) Adempimenti relativi alla Trasparenza

Ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal d.lgs. n. 97/2016, si stabilisce che *“All'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza”*. Con Delibera n. 851 del 10 ottobre 2024 è stato nominato come Responsabile anche della Trasparenza la dott.ssa Roberta Russo. Nel rispetto delle prescrizioni contenute nella Delibera n. 1310/2016, e successivi aggiornamenti normativi in materia, al fine di evitare di incorrere in sanzioni, vengono indicati nel presente PTPCT, in particolare nella sezione relativa alla *“trasparenza”* (a cui si rimanda), i nominativi dei soggetti Responsabili ed i loro uffici competenti a garantire il flusso di informazioni costante ai fini della attuazione della disciplina della trasparenza.

Le sotto-sezioni alimentate direttamente dagli uffici deputati anche all'elaborazione dei dati sono: *“bandi di concorso”* e *“bandi di gara e contratti”*. Per le altre sottosezioni, così come previsto dalla sezione Trasparenza del vigente PIAO aziendale, ciascun Direttore (Dipartimentale e UU.OO.CC/ UU.OO. PTA) è tenuto, per il settore di propria competenza, a trasmettere al Responsabile dell'U.O.C. Sistemi Informativi, nei tempi e modalità richieste dalle vigenti disposizioni, i dati, i documenti e le informazioni da pubblicare nella sezione *“AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”*. La struttura deputata alla pubblicazione dei dati è l'U.O.C. Sistemi Informativi nella persona del suo Direttore. Al tempo stesso ognuno è delegato all'accesso civico, per atti del proprio settore.

Nel corso del 2024, a seguito dell'avvio delle attività di verifica in materia di trasparenza di cui alla Delibera ANAC 213 del 23 Aprile 2024, è stato effettuato il controllo sulle sezioni oggetto di verifica, con comunicazione ai settori interessati delle risultanze del relativo monitoraggio. I documenti attestanti l'attività esplicata sono pubblicati nella sezione dedicata di Amministrazione Trasparente- *“Controlli e rilievi sull'Amministrazione- Atti degli OIV- Attestazione dell'OIV...nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione”*. Delle risultanze relative all'applicazione della misura in questione si è dato conto altresì nella relazione annuale del RPCT anno 2024.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: alimentazione delle sezioni di Amministrazione Trasparente secondo le tempistiche previste dalla normativa in materia da parte degli uffici interessati e controllo a campione delle sezioni Amministrazione Trasparente da parte del RPCT (per il dettaglio si rimanda al paragrafo *“Monitoraggio e Riesame”*).

INDICATORI: check list controllo a campione delle sezioni Amministrazione Trasparente e comunicazione esito; (si/no) pubblicazione o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione obbligatoria.

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT, OIV, tutti i Direttori di Dipartimento/ UU.OO.CC e coloro che pur ricoprendo simili ruoli, trovandosi ad operare nelle articolazioni aziendali periferiche, sono stati nominati *referenti* e sono tenuti all'elaborazione dei dati, pubblicazione o/trasmissione degli stessi per la pubblicazione nelle sottosezioni di Amministrazione Trasparente.

M02) Il Codice di Comportamento

Il Codice di Comportamento ha rivestito sin da subito un ruolo fondamentale nella strategia di prevenzione della corruzione, perché è uno dei principali strumenti volti ad orientare i comportamenti dei funzionari pubblici alla cura dell'interesse pubblico, in stretta connessione con i Piani Triennali di prevenzione della

corruzione e della trasparenza, tanto è vero che la l. n. 190/12, in particolare l' art 1 c. 44 ha sostituito l'art 54 del d.lgs. n. 165/01, prevedendo da un lato, l' adozione di un codice di comportamento valido per tutte le amministrazioni pubbliche, dall' altro imponendo a ciascuna P.A. l' adozione di un codice di comportamento ad integrazione di quello generale.

Dalla lettura del D.P.R. n. 62/13 emerge, infatti, la necessità che ciascuna P.A. si doti di un suo Codice di Comportamento ad integrazione di quello nazionale. A dire il vero, uno sforzo significativo diretto a stabilire "linee guida" mirate di settore, è stato operato nel 2016 proprio per gli enti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale. Infatti, l'ANAC di intesa con il Ministero della salute e l' Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari regionali (c.d. AGENAS) ha adottato la delibera n. 358 del 29 marzo 2017, al fine di orientarli nell'adozione del Codice di Comportamento e fornire loro indicazioni pratiche.

Il **D.P.R. del 13 giugno 2023, n. 81**, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 150 del 29 giugno 2023 ed in vigore dal 14 luglio, apporta delle modifiche al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013). Le modifiche sono volte a promuovere un'etica del lavoro più equa e responsabile, in conformità con i principi cardine del Codice quali i doveri fondamentali di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che gli impiegati devono osservare sia in servizio sia fuori servizio. Tali modifiche costituiscono uno specchio del crescente fenomeno di digitalizzazione del lavoro e sono state rese necessarie dall' articolo 4, comma 2, del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 giugno 2022, n. 79, recante «Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)», il quale ha disciplinato l'introduzione nel Codice di misure in materia di utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media.

Il Codice di Comportamento rientra tra le misure di prevenzione della corruzione di tipo "soggettivo", perché in esso sono declinati i doveri comportamentali che ciascun dipendente dovrebbe adottare per garantire la migliore efficacia di quelle misure di tipo "oggettive" descritte nel piano e legate all' organizzazione interna dell'ente. La necessità di collegare il Codice di Comportamento al PTPCT discende dall' importanza di includere sin da subito il comportamento dei dipendenti pubblici nella strategia di prevenzione della corruzione. Ne deriva che, i comportamenti dei dipendenti disciplinati all' interno del Codice diventano strumenti per una buona riuscita delle misure di prevenzione. Con **Delibera aziendale n. 851 del 11.08.2023** è stato adottato il nuovo "Codice di Comportamento per il personale dell' AORN San Giuseppe Moscati in attuazione del DPR 81/2023", con allegata l' Informativa sintetica sull' uso corretto degli strumenti social media.

Nell'anno 2024 si è chiuso il corso di formazione obbligatoria dal titolo "Codice di comportamento ed etica pubblica" (PA360), corso indirizzato a tutti i dipendenti aziendali. Nella relazione finale 2024, redatta dai Direttori di Dipartimento e dai Direttori delle UOC-UOS PTA, è stata chiesta agli stessi di relazione, tra l' altro, sull'osservanza e sul pieno rispetto del codice di comportamento aziendale da parte del personale afferente la struttura. Le relazioni sono agli atti d'ufficio del RPCT e delle risultanze si è dato conto altresì nella relazione annuale del RPCT anno 2024.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: monitoraggio sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei Direttori/Dirigenti.

INDICATORI: attestazione dei Direttori/Dirigenti nei report infrannuali. Riscontro da parte del RPCT pressop l'UPD sulla presenza o meno (si/no) di segnalazioni relative alla violazione del DPR 62/2013 e e integrazioni previste dal codice Aziendale, avviamento o meno (si/no) a carico dei dipendenti di procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento.

SOGGETTI RESPONSABILI: Il RPCT vigila sull'attuazione del Codice di Comportamento, tutti i Direttori di Dipartimento/UU.OO.CC. vigilano sull' osservanza del codice da parte del personale afferente alla struttura.

M03) Informatizzazione processi e monitoraggio dei termini procedurali

Tra le misure più importanti che eliminano il potere discrezionale della stazione appaltante vi è il passaggio dal cartaceo al digitale delle attività amministrative e procedurali presenti nell'Azienda.

Con riguardo all'informatizzazione dei processi, si è avuto riscontro con relazione a firma del Direttore dell'UOC Sistemi Informativi (agli atti d'ufficio).

Come misura di monitoraggio per l'anno 2024 relativamente a "Adempimenti relativi al PTPCT 2024-2026-Dettaglio misure anticorruptive" è stato chiesto ai Responsabili dei settori interessati dall'applicazione della misura di dare riscontro sul "Monitoraggio dei termini procedurali" gestiti dalle UOC di riferimento. Il riscontro ha dato esito positivo. Le relazioni sono agli atti d'ufficio del RPCT.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali e informatizzazione dei processi

INDICATORI: riscontro da parte dei Direttori/responsabili di struttura del rispetto dei tempi del procedimento con cadenze pianificate in un report; relazione da parte del Direttore dell'UOC Sistemi Informativi dell'informatizzazione dei processi.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT e Direttori/ Responsabili di struttura

M04) Misura relativa alla insussistenza delle cause di conflitto di interessi

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria. La materia del conflitto di interessi è, inoltre, trattata nel Regolamento recante il "**Codice di comportamento dei dipendenti pubblici**" sopra citato. In particolare, l'art. 6 rubricato "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi" prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti. La comunicazione del dipendente riguarda 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, altresì, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate. L'art. 6 stabilisce inoltre per il dipendente l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. L'art. 7 del codice di comportamento contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una norma di chiusura di carattere generale riguardante le "gravi ragioni di convenienza" che comportano l'obbligo di astensione, in sintonia con quanto disposto per l'astensione del giudice all'art. 51 c.p.c. . Più nel dettaglio l'art. 7 dispone che «il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano 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 debito significativi, ovvero di soggetti od 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 esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza». Ciò vuol dire che, ogni qual volta si configurino le descritte situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto. Il D.P.R. n. 62/2013 e ss.mm.ii. prevede un'ulteriore ipotesi di conflitto di interessi all'art. 14 rubricato "Contratti ed altri atti negoziali" che

appare come una specificazione della previsione di carattere generale di cui all'art. 7 sopra citato. In particolare, il comma 2 dell'art. 14 dispone 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 (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente si "astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio". Sebbene la norma sembri configurare un'ipotesi di conflitto di interessi configurabile in via automatica, si ritiene opportuno che il dipendente comunichi la situazione di conflitto al dirigente/superiore gerarchico che decide sull'astensione in conformità a quanto previsto all'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013. Si rammenta, peraltro, che uno specifico obbligo di informazione a carico del dipendente è previsto nel caso in cui stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell'amministrazione.

La segnalazione del conflitto di interessi, con riguardo sia ai casi previsti all'art. 6-bis della l. 241 del 1990 sia a quelli disciplinati dal codice di comportamento, deve essere tempestiva e indirizzata al dirigente o al superiore gerarchico o, in assenza di quest'ultimo, all'organo di indirizzo, che, esaminate le circostanze, valuta se la situazione rilevata realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Visto anche il riferimento alle gravi ragioni di convenienza che possono determinare il conflitto di interessi, è necessario che il dirigente/ superiore gerarchico verifichi in concreto se effettivamente l'imparzialità e il buon andamento dell'amministrazione possano essere messi in pericolo. La relativa decisione in merito deve essere comunicata al dipendente.

Con delibera n. 1186 del 19 dicembre 2018, l'ANAC ha precisato che nei casi in cui il funzionario debba astenersi, tale astensione riguarda tutti gli atti del procedimento di competenza del funzionario interessato. Il PNA 2022, nella parte speciale dedicata ai contratti pubblici, ha dedicato una sezione specifica ai "Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici" e a cui si rimanda.

L'Azienda, in materia, ha previsto:

- la predisposizione di appositi moduli per agevolare la presentazione tempestiva di dichiarazione di conflitto di interessi per il dipendente
- l'inserimento in tutte le determine e deliberazioni di una clausola di stile sul conflitto di interessi, ricavata dall' art 6 bis l. n. 241/1990.

Riguardo poi al conferimento di incarichi a consulenti o collaboratori, la verifica della insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ai fini del conferimento dell'incarico di consulente risulta coerente con l'art. 2 del d.P.R. n. 62 del 2013, laddove è stabilito che le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001 estendono gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento (e dunque anche la disciplina in materia di conflitto di interessi), per quanto compatibili, anche a tutti i collaboratori o consulenti, a qualunque titolo e qualunque sia la tipologia di contratto o incarico, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche; pertanto, si prevedono:

- modelli di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;
- rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza;
- aggiornamento, (anche in relazione alla durata dell'incarico di consulenza) della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- previsione di un dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi

dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001.

Nel corso del 2024 è stato effettuato, da parte del RPCT, un controllo/verifica a campione sulla presenza delle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e di astensione e conflitto di interessi dei membri delle commissioni di gara e dei concorsi e sull'inserimento, nelle delibere e determine aziendali, della formula di stile della "Dichiarazione di insussistenza del conflitto di interessi", da parte del Responsabile del Procedimento in relazione al procedimento stesso, ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/90 della Misura M4 del PTPCT. Altresì, come misura di monitoraggio per l'anno 2024 relativamente a "Adempimenti relativi al PTPCT 2024-2026- Dettaglio misure anticorruptive" è stato chiesto ai Responsabili dei settori interessati dall'applicazione della misura di dare riscontro sulle azioni intraprese e sui risultati/indicatori della misura anticorruptiva "Insussistenza delle cause di conflitto di interesse". Tali relazioni, agli atti d'ufficio del RPCT, hanno rilevato il non verificarsi per l'anno 2024 di ipotesi di conflitti di interessi per il personale afferente all'ufficio e la predisposizione di apposita modulistica atta a dichiarare l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi per le attività della UO.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: monitoraggio sull'attuazione della misura da parte dei responsabili dei singoli settori con particolare riguardo ai contratti pubblici stante anche la gestione dei fondi del PNRR (dichiarazioni Rup ed eventuale personale di supporto, componenti di commissioni di gara, tutto il personale tenuto al rilascio della dichiarazione).

INDICATORI: (si/no) riscontro responsabili settori;

SOGGETTI RESPONSABILI: Direttori di Dipartimento/UU.OO.CC., in generale, tutti i dirigenti area medica e amministrativa, tutto il personale.

M05) Inconferibilità/incompatibilità di incarichi dirigenziali o di vertice amministrativi

Il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni", nell'ambito della più ampia strategia di prevenzione e contrasto ai fenomeni di corruzione delineata dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, disciplina ex novo il tema del conferimento degli incarichi.

Per INCONFERIBILITÀ si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi dirigenziali e amministrativi di vertice a chi si trova in una delle situazioni di seguito descritte:

a) L'Inconferibilità in caso di condanne penali per reati contro la P.A. anche con sentenza non passata in giudicato

L'art. 3, comma 1, lett. e), del d.lgs. n. 39/2013 dispone l'inconferibilità dell'incarico di direttore generale, sanitario e amministrativo a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro II del codice penale.

b) L'Inconferibilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale

Per quanto riguarda il conferimento degli incarichi all'interno delle strutture sanitarie, nella fattispecie delineata dall'art. 5 del d.lgs. n. 39/2013, il legislatore adotta un criterio analogo a quello utilizzato per le altre amministrazioni. La norma infatti vieta il conferimento degli incarichi a soggetti che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche nei due anni precedenti presso enti privati regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale. E', quindi, l'esistenza di un rapporto qualificato tra l'impresa privata di provenienza e il

servizio sanitario regionale ad impedire il conferimento dell'incarico. Si evidenzia che il conferimento è vietato non solo all'interno della struttura sanitaria titolare delle funzioni di regolazione o finanziamento, ma anche presso le altre strutture/ enti rientranti nel territorio regionale. Manca del tutto, invece, una previsione di inconferibilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal sistema sanitario nazionale.

c) L'Inconferibilità per provenienza da incarichi politici

Gli incarichi di direzione nelle Aziende Sanitarie Locali erano già disciplinati, quanto all'inconferibilità e all'incompatibilità, dall'articolo 3, comma 9, del d.lgs. n. 502 del 1992. L'articolo 8 del d.lgs. n. 39/2013 recepisce alcune indicazioni già presenti nella disciplina speciale e introduce nuove ipotesi di inconferibilità. I periodi di "raffreddamento", ossia di durata dell'inconferibilità, sono commisurati, da un lato, all'importanza del coinvolgimento politico e, dall'altro, alla vicinanza territoriale dell'impegno di carattere politico con l'azienda sanitaria conferente (A.S.L./A.O.R.N.). Il comma 1 dell'articolo 8 riproduce una delle previsioni del ricordato comma 9 dell'articolo 3, relativamente a coloro che siano stati candidati, non eletti, «in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL»; in questo caso l'inconferibilità è di cinque anni. Tale disposizione appare coerente con quella dettata dall'art. 60, comma 2, del d.lgs. n. 18 agosto 2000, n. 267, che in tema di ineleggibilità alla carica di sindaco, presidente della provincia, consigliere comunale, metropolitano, provinciale e circoscrizionale, detta per i direttori generali, sanitari ed amministrativi il divieto di svolgere le proprie funzioni nel collegio elettorale in cui si sono svolte le elezioni alle quali si sono candidati senza essere stati eletti. I successivi commi sono relativi alle cariche politiche rivestite precedentemente all'incarico nelle ASL a livello nazionale (commi 2 e 3), regionale (comma 4) e locale (comma 5). A livello nazionale si distingue tra cariche di governo e cariche parlamentari. Per le prime l'inconferibilità è di due anni ma è limitata solo agli organi di indirizzo politico dei ministeri, degli enti pubblici degli enti di diritto privato in controllo pubblico che svolgano funzioni rilevanti di regolazione e finanziamento del servizio sanitario nazionale. Per le cariche parlamentari l'inconferibilità è generale, ma ha una durata inferiore: un anno. A livello regionale l'inconferibilità per coloro che abbiano fatto parte della giunta o del consiglio regionale o che siano stati amministratori di enti che svolgano funzioni di regolazione del servizio sanitario regionale è di tre anni, a causa del rapporto molto ravvicinato tra organi di indirizzo e incarichi nelle ASL. A livello locale l'inconferibilità, più breve (due anni), è relativa a coloro che siano stati amministratori locali nelle province e nei comuni maggiori della regione.

LA SITUAZIONE DI INCONFERIBILITÀ NON PUÒ ESSERE SANATA.

Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine non fossero note alla amministrazione ed emergessero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico. All'atto del conferimento dell'incarico, l'interessato presenta una dichiarazione in ordine alla insussistenza delle cause di inconferibilità. Tale dichiarazione è prodotta prima del conferimento dell'incarico ed è condizione legale di efficacia dell'incarico. Qualora siano stati conferiti incarichi in violazione delle norme contenute nel decreto in esame, scatta **la nullità degli atti di conferimento e la conseguente nullità dei relativi contratti**. In caso di dichiarazione mendace, per 5 anni, il soggetto che ha reso la falsa dichiarazione non può essere destinatario di incarichi.

Per INCOMPATIBILITÀ, invece, si intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di Direzione di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza dell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A. che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali o l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La dichiarazione in ordine alla insussistenza di cause di incompatibilità va prodotta annualmente, dal momento che tale situazione può sorgere in capo allo stesso titolare o a un suo congiunto, anche nel corso dell'incarico, a differenza della dichiarazione relativa all'insussistenza di cause di inconferibilità che va prodotta, evidentemente, prima del conferimento ed è condizione legale di efficacia dell'incarico.

La causa di incompatibilità può essere appunto rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.

a) *Incompatibilità con incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR o per lo svolgimento in proprio di attività professionale regolata o finanziata dal SSR*

L'art. 10, c. 1 lett. a) e b) del d.lgs. n. 39/2013 disciplina le incompatibilità connesse all'assunzione di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale e con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività professionale, se questa è regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale. Questo divieto si aggiunge alla previsione, di cui all'articolo 4, comma 7, della l. n. 412/91. Tale disposizione stabilisce, per tutto il personale del Servizio Sanitario Nazionale, il principio dell'unicità del rapporto di lavoro, col quale è incompatibile ogni altra forma di lavoro dipendente, pubblico o privato, nonché ogni altro rapporto di natura convenzionale con il SSN. Lo stesso articolo fa salvo l'esercizio di attività libero professionale, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalla norma, con la sola esclusione delle strutture private convenzionate col SSN. Il divieto sancito dall'art. 10 del d.lgs. n. 39/2013 assorbe quello, sancito dall'art. 3, comma 9, del d.lgs. n. 502/1992 di cumulare l'incarico direttivo con l'esistenza di rapporti, anche in regime convenzionale con l'unità sanitaria presso la quale sono esercitate le funzioni. Pur condividendo la finalità di prevenzione dei conflitti di interesse, l'articolo 4, comma 7 della l. n. 412/91 e il d.lgs. n. 39/2013 dettano procedimenti diversi per l'accertamento delle cause di incompatibilità, che è rimesso, nei casi disciplinati dalla l. n. 412/1991, all'amministratore straordinario della unità sanitaria locale", mentre, per le ipotesi di cui al d.lgs. n. 39/2013 resta in capo al Responsabile di prevenzione della corruzione. Non è chiara, infine, la ragione per cui l'articolo 10 del d.lgs. n. 39/2013 limiti le ipotesi di incompatibilità solo nel caso in cui l'attività di finanziamento o regolazione sia riconducibile al servizio sanitario regionale e non anche, più in generale, a quello nazionale.

NB: L'incompatibilità sussiste, altresì, allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado.

b) *Incompatibilità con l'esercizio di cariche politiche*

L'articolo 14 del d.lgs. n. 39/2013 si occupa, infine, delle incompatibilità tra incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali e cariche di componenti degli organi di indirizzo politico nelle amministrazioni statali, regionali e locali, applicando il principio della coincidenza tra inconferibilità e incompatibilità.

Si pone un problema di coordinamento con le disposizioni del d.lgs. n. 267/2000 il quale, all'art. 66, dispone che "la carica di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario delle aziende sanitarie locali e ospedaliere è incompatibile con quella di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore della comunità montana".

Qualora la causa di incompatibilità sopravvenga nel corso del mandato, è previsto che sia il consiglio a contestarla, assegnando un termine di 10 giorni all'interessato per esercitare l'opzione. Inoltre, l'azione di accertamento può essere proposta da chiunque vi abbia interesse e la competenza a decidere è demandata al Tribunale competente. Anche in questi casi, al potere di accertamento del Consiglio, si aggiunge quello demandato al Responsabile di prevenzione della corruzione, diverso per il procedimento da seguire e per i termini da applicare.

Trattasi di un decreto che ha posto sin da subito dei problemi applicativi legati al fatto che tutti gli articoli che lo compongono fanno riferimento solo alle ASL ed è per questo che l'ANAC è intervenuta con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 a risolvere la questione applicativa, sottolineando come, in realtà, nella nozione di aziende sanitarie ed ospedaliere, contenuto nell'art 1 c. 50 punto 2) l. n. 190/12, vadano incluse tutte le strutture preposte all'erogazione dei servizi sanitari, comprese anche le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Successivamente, le difficoltà applicative della normativa sulle inconferibilità / incompatibilità riscontrate dall'ANAC, hanno spinto l'Autorità ad adottare la delibera n. 833 del 3 agosto 2016, con l'obiettivo di chiarire, da un lato, ruolo e compiti del RPCT nel procedimento di accertamento delle cause descritte dal d.lgs. n. 39/13 c.d. *vigilanza interna*, dall'altro, i delicati passaggi che connotano la distinta attività di verifica di quest'ultimo rispetto alla c.d. attività di *vigilanza esterna* e ai poteri di accertamento riconosciuti in capo all'ANAC. In base a quanto previsto dall'art 15 del d.lgs. n. 39/13, il RPCT cura anche attraverso le misure di prevenzione del PTPCT, che nell'amministrazione siano rispettate le disposizioni del decreto in esame; contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconferibilità o incompatibilità; segnala i casi di possibili violazioni all'ANAC, alla AGCM e alla Corte dei Conti, per eventuali responsabilità amministrative. Nel caso di violazione delle norme sulle inconferibilità, la contestazione della violazione va fatta nei confronti tanto dell'organo che ha conferito l'incarico quanto del soggetto cui l'incarico è stato conferito e rappresenta l'atto iniziale di un'attività che può essere svolta solo dal RPCT, comprensiva di due distinti accertamenti: uno relativo alla violazione delle disposizioni sulle inconferibilità ed uno successivo, destinato a valutare l'elemento psicologico in capo all'organo che ha conferito l'incarico, ai fini dell'applicazione della sanzione interdittiva di cui all'art 18 del decreto *de quo*. A dire il vero, la disciplina vigente non sembra richiedere la sussistenza dell'elemento soggettivo del dolo o della colpa, limitandosi a descrivere la sanzione inibitoria (consistente nel divieto di conferire incarichi di loro competenza per 3 mesi), quasi come se fosse una conseguenza automatica della dichiarazione di nullità dell'incarico. Sul punto l'ANAC ha ritenuto di escludere qualunque automatismo tant'è che, nonostante il silenzio della legge, con delibera n. 67/2015, ha provveduto a far precedere la sanzione precitata, da una verifica attenta del predetto elemento psicologico. Accertata la sussistenza della causa di inconferibilità dell'incarico, il RPCT dichiara la nullità della nomina e procede alla verifica dell'elemento soggettivo del dolo o della colpa, anche lieve, dei soggetti che all'atto della nomina componevano l'organo che ha conferito l'incarico, ai fini dell'applicazione della sanzione inibitoria prevista dall'art 18.

La ragione di questa presa di posizione da parte dell'ANAC si comprende se si considera che la sanzione inibitoria che vieta all'organo conferente di affidare incarichi di propria competenza per un periodo di 3 mesi, è cmq una sanzione personale, di natura interdittiva, fissa che, pertanto, non può essere irrogata a prescindere da un'indagine sull'elemento psicologico di chi deve subirla. E' evidente, allora, come il RPCT è il soggetto cui la legge riconosce non solo il potere di avvio del procedimento di accertamento e di verifica in ordine alla sussistenza di una situazione di inconferibilità, ma è anche il dominus del procedimento sanzionatorio nei confronti degli autori della nomina dichiarata nulla perché inconferibile. Per tali motivi, come precisato nella delibera n. 833/16 dell'ANAC, il RPCT è tenuto a differenziare la posizione del soggetto destinatario della contestazione ex art 15, d.lgs. n. 39/13, da quella del soggetto che ha proceduto alla nomina e per il quale è prevista la sanzione ex art 18, d.lgs. n. 39/13. L'atto di accertamento della violazione delle disposizioni del decreto in esame va pubblicato sul sito dell'Ente che ha conferito l'incarico.

Nell'ipotesi in cui il RPCT riscontra, invece, una situazione di incompatibilità, è tenuto ad effettuare una contestazione all'interessato e la causa va rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza automatica dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di 15 giorni dalla contestazione all'interessato dell'insorgere della causa di incompatibilità (art 19).

Ciò comporta per il RPCT, il dovere di avviare un solo procedimento, quello di accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità e, una volta accertata la sussistenza di una situazione di incompatibilità a lui spetta contestare l'accertamento compiuto. Dalla data della contestazione decorrono 15 giorni, che impongono, in assenza di una scelta da parte del soggetto che verte in una situazione di incompatibilità tra l'incarico dirigenziale o di vertice e la carica in potenziale conflitto di interesse con tale incarico, l'adozione di un atto con il quale viene dichiarata la decadenza dall'incarico.

In tale contesto normativo, giova altresì, includere "il nuovo Regolamento" adottato con **delibera n. 328 del 29 marzo 2017**, che disciplina i procedimenti dell'Autorità concernenti l'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi, a norma del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, nonché sul rispetto delle regole sull'imparzialità dei pubblici funzionari. Il Regolamento definisce, pertanto, le procedure per l'attuazione delle attività di vigilanza, le modalità di presentazione delle segnalazioni, l'avvio del procedimento di vigilanza.

In considerazione della complessità della materia e della applicazione particolare della misura di prevenzione della corruzione esaminata, e nella fattispecie dell'applicabilità della disciplina del d.lgs 39/2013 agli incarichi dirigenziali svolti nell'ambito degli Enti del Servizio Sanitario, l'ANAC, con **Delibera n. 1146 del 25 settembre 2019**, ravvisando la necessità di chiarire il perimetro soggettivo della succitata normativa rispetto ai dirigenti tecnico/amministrativi operanti nelle aziende e negli enti del SSN, ha deliberato "*che gli incarichi dirigenziali- non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non)- svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario, rientrano nella definizione di "incarichi dirigenziali interni ed esterni" di cui all'art. 3, co.1, lett.c) del d.lgs. 39/2013*", e pertanto assoggettati alla normativa sulla inconfiribilità ed incompatibilità di cui al d.lgs 39/2013.

Ad inizio di ogni anno (**attività svoltesi anche per il 2024**) il RPCT provvede a richiedere alla Direzione Strategica il rilascio della dichiarazione dell'assenza delle cause di incompatibilità di cui al d.lgs 39/2013. Le stesse dichiarazioni, così come previsto dalla normativa in tema di trasparenza, vengono pubblicate nell'apposita sezione del sito aziendale "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE". Ogni anno, così come previsto dalla normativa in materia, la Dirigenza PTA provvede al rilascio della dichiarazione dell'insussistenza delle cause di incompatibilità per l'anno in corso con l'impegno a comunicare eventuali sopravvenuti elementi ostativi. Delle risultanze relative all'applicazione della misura in questione si è dato conto altresì nella relazione annuale del RPCT anno 2024.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: controllo a campione delle dichiarazioni rilasciate dalla Dirigenza PTA (n. 5 dichiarazioni).

INDICATORI: numero di dichiarazioni controllate; presenza (si/no) delle stesse.

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT e chi rilascia la dichiarazione.

M06) Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra – istituzionali vietati ai dipendenti

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del decreto. In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato 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, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del d.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato. La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle

disposizioni dell'art. 53 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali. La l. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario. È stato pertanto aggiunto ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, c. 5 e 7). Il rilievo delle disposizioni dell'art. 53 ai fini della prevenzione della corruzione emerge anche considerando che il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Il Regolamento aziendale vigente in materia è stato adottato con Delibera n. 1252/2023. Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le Amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della Funzione Pubblica (art. 53, c. 12). Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità.

Come misura di monitoraggio per l'anno 2024 relativamente a "Adempimenti relativi al PTPCT 2024-2026- Dettaglio misure anticorruptive" è stato chiesto al Responsabile del settore interessato (UOC G.R.U.) dall'applicazione della misura di dare riscontro sull' "assenza di segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati" e l'esito è stato positivo confermando l'assenza. Altresì è stato richiesto di rilevare le richieste più frequenti di incarichi extra-istituzionali: "Le richieste più frequenti hanno riguardato incarichi di docenza presso corsi di formazione per operatori sanitari ed incarichi di relatore/moderatore". Le relazioni sono agli atti d'ufficio del RPCT. Delle risultanze si è dato conto altresì nella relazione annuale del RPCT anno 2024.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: controllo assenza di segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati; rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extra-istituzionali., **INDICATORI:** numero segnalazioni pervenute sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali; numero di richieste più frequenti di incarichi extra-istituzionali.

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT, Direttore UOC GRU e il dipendente che richiede l'autorizzazione.

M07) Formazioni di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi

L'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 si rivolge alle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001. In merito all'ambito oggettivo, l'art. 35-bis prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di

sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;

- di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Il nuovo codice degli appalti (d. lgs 36/2023) all'art 93 contiene delle indicazioni utili circa la commissione giudicatrice e al comma 5 dettaglia le ipotesi dell'incompatibilità dei commissari.

Nel corso del 2024 è stato effettuato, da parte del RPCT, un controllo/verifica a campione sulla presenza delle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e di astensione e conflitto di interessi dei membri delle commissioni di gara e dei concorsi; altresì è stato chiesto agli uffici interessati al rispetto della misura di dare riscontro e si conferma il rispetto della normativa in materia. Le relazioni sono agli atti d'ufficio del RPCT.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: Acquisizione da parte degli uffici interessati di una relazione finale sull'attuazione della misura ed evidenze.

INDICATORI: (si/no) acquisizione relazione con evidenze.

SOGGETTI RESPONSABILI: Tutti i Dirigenti e dipendenti che facciano parte di commissioni di gara o di concorso.

M08) Il Whistleblowing

In Italia la prima disciplina sul whistleblowing è stata introdotta con la **legge 190/2012** (c.d. legge "Severino"), che ha inserito l'art. 54-bis nel corpo del Testo unico del pubblico impiego (d.lgs. 165/2001), prevedendo un regime di speciale tutela del dipendente pubblico che segnalava all'Autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti o ancora all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) ovvero riferiva al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui era venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, "al fine di incentivare i medesimi dipendenti a denunciare gli illeciti rilevanti partecipando all'emersione dei fenomeni di corruzione e di mala gestio". La disciplina è stata integrata dal **decreto legge 90/2014**, convertito nella legge 114/2014, che ha modificato l'art. 54-bis, introducendo l'ANAC quale soggetto destinatario delle segnalazioni. Da allora, l'ANAC è chiamata a gestire non solo le segnalazioni provenienti dal suo interno, ma anche quelle derivanti da altre amministrazioni pubbliche.

Al termine di un lungo e travagliato iter legislativo, il 30 novembre 2017 è stata approvata la legge 179/2017 recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui sono venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato".

La normativa che disciplina l'istituto del whistleblowing ha tardato ad affermarsi nel nostro Paese. Tale ritardo appare riconducibile in generale a un vecchio retaggio culturale secondo cui chi denuncia è un delatore o una spia e, in particolare, al fatto che i pubblici dipendenti non percepiscono il suo utilizzo come strumento di prevenzione della corruzione, non vogliono creare problemi ai colleghi che potrebbero essere coinvolti in pratiche illecite, sono diffidenti sulla possibilità che il sistema possa garantire loro una efficace tutela contro il rischio di ritorsioni da parte dei datori di lavoro.

Il 7/10/2019 Il Parlamento Europeo ha approvato la nuova direttiva, n. 1937, sul whistleblowing; con l'approvazione dello schema di decreto legislativo del 9 dicembre 2022 anche l'Italia ha recepito la Direttiva UE 2019/1937 sul whistleblowing. L'11 gennaio 2023 il Garante della Privacy ha dato parere favorevole al suddetto schema. Sulla Gazzetta Ufficiale n.63 del 15 marzo 2023 è stato pubblicato il decreto legislativo definitivo, **il n. 24 del 10 marzo 2023**, di attuazione della suddetta direttiva (UE) 2019/1937. Il decreto è entrato in vigore il 15 luglio 2023. L'AORN Moscati ha adeguato la propria procedura sulla base di quanto previsto dal nuovo d.lgs.

In linea con le indicazioni normative, l'AORN San Giuseppe Moscati ha provveduto ad accreditarsi sulla piattaforma *whistleblowingPA di Transparency International*, pubblicando sulla home page e in Amministrazione Trasparente-Altri Contenuti-WHISTLEBLOWING il relativo link che di seguito si riporta:

<https://sangiusepemoscati.whistleblowing.it>

Con nota interna, il RPCT ha provveduto a comunicare il link a tutti gli uffici dell'Azienda Ospedaliera Moscati.

Con comunicato del 07 novembre 2024, l'ANAC ha aperto la consultazione pubblica sullo schema delle nuove "Linee guida in materia di Whistleblowing sui canali interni di segnalazione" avente come obiettivo quello di garantire un'applicazione uniforme ed efficace della normativa e supportare i soggetti tenuti a darne attuazione. Lo schema integra e completa le Linee Guida approvate con delibera n. 311 del 12 luglio 2023. Gli ambiti affrontati dalle Linee Guida sono: canale interno di segnalazione, modalità di effettuazione della segnalazione e ipotesi sanzionatorie; gestore e sua attività; doveri di comportamento del personale dei soggetti sia del settore pubblico che privato; formazione del personale; ruolo di sostegno degli enti del Terzo settore. Si è in attesa dell'adozione delle Linee Guida ufficiali e definitive da parte dell'Autorità.

Delle risultanze relative all'applicazione della misura in questione si è dato conto nella relazione annuale del RPCT anno 2024.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: adeguamento dell'Azienda alle nuove Linee che saranno adottate dall'Autorità.

INDICATORI: recepimento ed implementazione (si/no) delle nuove Linee Guida

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT.

M09) Il Patto di Integrità

L'art 1 c. 17, l. n. 190/12 impone a tutte le pubbliche amministrazioni l'adozione dei patti di integrità per l'affidamento di commesse pubbliche, come misura di prevenzione della corruzione specifica per le gare d'appalto.

Si tratta di strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici. Si tratta, in particolare, di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzato ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto - che sotto il profilo del contenuto - nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

L'ANAC, nelle Linee guida adottate con la delibera n. 494/2019, ha suggerito di utilizzare il patto di integrità per vincolare i soggetti privati con cui entra in contatto l'ente al rispetto dei Codici di Comportamento, della disciplina relativa al divieto di pantouflage ed a quella relativa al conflitto di interessi. L'Autorità ha, poi, suggerito nella precitata linea guida, l'inserimento nei patti di integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari mediante cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della insussistenza di possibili conflitti di interessi rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente. È

stata evidenziata, altresì, l'opportunità di prevedere sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti.

Nel corso del 2024, il RPCT ha avviato un monitoraggio sull'attuazione della misura tramite verifica a campione dell'Allegato "Patto Integrità AORN Moscati" alle gare espletate dall'Azienda. Delle risultanze relative all'applicazione della misura in questione si è dato conto altresì nella relazione annuale del RPCT anno 2024 e nel dettaglio alla domanda "...se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità nei contratti stipulati (cfr. Delibera 309 del 27 giugno 2023- Bando tipo n.1-2023", gli uffici interessati dall'applicazione della misura hanno dato riscontro negativo. (Le relazioni di riscontro sono agli atti d'ufficio del RPCT).

AZIONE DA INTRAPRENDERE: valutazione sull'opportunità o meno di modifica/aggiornamento del Patto di integrità vigente

INDICATORI: (si/no) modifica/aggiornamento del Patto di integrità vigente

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT, Direttore delle UU.OO.CC interessate alla misura, Dirigenti e personale in fase di attuazione.

M10) La Formazione

La formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e in generale sui temi dell'etica anche ai fini della promozione del valore pubblico è prevista da specifiche disposizioni contenute nella legge 6 novembre 2012, n. 190 (art. 1, co. 9, lett. b)) e all'art. 15, co. 5-bis, del d.P.R. 62/2013. Ne discende che la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo è una misura di prevenzione della corruzione. La formazione in materia di anticorruzione e trasparenza è pertanto obbligatoria.

La legge n. 190/12 prevede che il RPCT definisca misure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo.

Nell'anno 2024 si è chiuso il corso di formazione obbligatoria dal titolo "Codice di comportamento ed etica pubblica" (PA360), corso indirizzato a tutti i dipendenti aziendali. Delle risultanze relative all'applicazione della misura in questione si è dato conto nella relazione annuale del RPCT anno 2024.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: pianificazione della formazione riguardante i temi della Corruzione e della Trasparenza, con eventuale strutturazione della formazione su due livelli: generale e specifico; definire iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono e in relazione alle aree, di rischio o meno, in cui operano. Per il dettaglio si rimanda a quanto descritto nella Sezione 4.4 "Formazione del personale" del presente PIAO.

INDICATORI: numeri di corsi organizzati nell'anno; valutazione dell'impatto formativo con somministrazione di test (risultato dei test/risultato atteso).

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, Direttori/Responsabili di struttura, Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento.

M11) La rotazione ordinaria e straordinaria del personale

La **rotazione ordinaria** del personale è considerata quale 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. In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. In particolare occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva attinenti al rapporto di lavoro e a vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione. Tra i **vincoli "soggettivi"** ritroviamo: i diritti sindacali, la legge 5 febbraio 1992 n. 104 (il permesso di assistere un familiare con disabilità) e il d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (congedo parentale). La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche (**vincoli "oggettivi"**): infatti, tra i condizionamenti legati all'applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento.

Per tali motivi, ai fini della applicazione della misura è necessario procedere ad una programmazione della rotazione ed è necessario stabilire i criteri della rotazione: a) gli uffici che saranno coinvolti; b) le caratteristiche della rotazione, cioè funzionale o territoriale; c) la sua periodicità.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Nei casi in cui non è possibile applicare la misura della rotazione ordinaria, l'Azienda procederà all'applicazione di misure alternative, ovvero alla c.d. segregazione delle funzioni, nonché alla rotazione straordinaria degli incarichi nelle ipotesi di corruzione accertata nell'Ente alla luce delle modifiche introdotte dalla c.d. legge spazza-corrotti (l. n. 3 del 9/01/2019) e dei suggerimenti contenuti nella linea guida ANAC n. 215 del 26/03/2019.

L'**istituto della rotazione straordinaria** è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. **La norma citata prevede, infatti, la rotazione del personale "nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".**

Dalla disposizione si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva ad altro servizio. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area/ ufficio in cui si sono verificati i fatti oggetto

di procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'ente e con il quale viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito.

Pur non trattandosi di un procedimento sanzionatorio di carattere disciplinare, è necessario che venga data all'interessato la possibilità di contraddittorio.

Il provvedimento, poiché può avere effetto sul rapporto di lavoro del dipendente/dirigente, è impugnabile davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario territorialmente competente, a seconda della natura del rapporto di lavoro in atto.

Con l'obiettivo di fornire chiarimenti sui profili critici sopra rappresentati, l'ANAC ha adottato la delibera 215/2019, recante «Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001».

L'AORN S.G. Moscati ha provveduto all'adozione del Regolamento in materia di rotazione con Delibera n. 663 del 09/08/2017 "Regolamento dei criteri di rotazione del personale dell'Azienda Ospedaliera S.G. Moscati".

Nell'anno 2024, come da riscontro con l'UOC GRU agli atti d'ufficio del RPCT, non è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura ordinaria né si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale. Delle risultanze relative all'applicazione della misura in questione si è dato conto nella relazione annuale del RPCT anno 2024.

AZIONI DA INTRAPRENDERE : verifica interna volta ad individuare gli uffici che potrebbero essere interessati dall'applicazione della misura della *rotazione ordinaria*, ove possibile; eventuale adozione delle misure alternative alla rotazione, così come previsto dal Regolamento aziendale e dalla vigente normativa in materia.

INDICATORI: (si/no) esito della verifica, applicabilità o meno delle soluzioni proposte.

SOGGETTI RESPONSABILI: Direzione Strategica, Direttore UOC Gestione Risorse Umane, RPCT, Direttori/Dirigenti della struttura interessata all'eventuale rotazione.

M12) Il divieto di PANTOUFLAGE

La misura mira a prevenire il rischio che, durante il periodo lavorativo il dipendente possa, sfruttando il ruolo che ricopre all'interno dell'Ente pubblico, precostituirsi situazioni lavorative al fine di poter poi, una volta concluso il rapporto con l'amministrazione, ottenere un impiego più vantaggioso presso l'impresa o il soggetto privato con cui ha avuto contatti. Il divieto è previsto dall'art. 53, comma 16 ter del d.lgs 165/2001. Sul tema l'ANAC è ritornata con un approfondimento nel PNA 2022.

Per eliminare il rischio di accordi fraudolenti, il legislatore ha limitato la capacità negoziale del dipendente cessato dall'incarico pubblico per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego. Ne deriva che ***“i dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali non possono svolgere in detto periodo attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione o dell'ente, svolta attraverso i medesimi poteri”.***

Per attività lavorativa o professionale deve intendersi ***“qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con i soggetti privati, mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato o l'affidamento di incarico o consulenza da prestare in loro favore”.***

Per “poteri autoritativi e negoziali” si intendono i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole,

sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari, atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti sono nulli; ai soggetti privati che li hanno conferiti o conclusi è vietato di contrattare con la P.A interessata per 3 anni successivi e sono tenui a restituire compensi eventualmente percepiti.

Per tali motivi:

1) *Negli atti di gara è inserito l'obbligo di autocertificazione, da parte dei concorrenti di non avere stipulato rapporti di collaborazione/lavoro dipendente con ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti. L'obbligo di rendere la predetta dichiarazione è stato ribadito nei bandi-tipo emanati dall'Autorità in attuazione del nuovo codice dei contratti pubblici.*

2) *Analogo obbligo dovrà essere previsto dai Dirigenti, con apposita clausola da inserire nei contratti stipulati.*

3) *Infine, l'Azienda Ospedaliera ha predisposto un'autodichiarazione da far sottoscrivere al dipendente in fase di cessazione del rapporto con l'Azienda, con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali e successive contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.*

Con Delibera n. 493 del 25 settembre 2024, l'ANAC ha adottato Le Linee Guida n 1 in tema di divieto di pantouflage, fornendo indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori riguardanti il divieto (le Linee Guida sono da intendersi come integrative di quanto indicato già nel PNA 2022). Il Legislatore ha attribuito ad ANAC diverse competenze in materia di pantouflage: emanazione pareri e l'esercizio di un potere regolatorio ("Regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di pantouflage" - Regolamento del 25 settembre 2024).

Con la sentenza n. 7411/19 il Consiglio di Stato, ne ha riconosciuto anche i poteri sanzionatori (*comunicato ANAC del 30 ottobre 2019*), come ricordato da ultimo nel PNA 2022.

L'UOC Gestione Risorse Umane ha adottato la modulistica da far firmare al dipendente all'atto della cessazione del rapporto di lavoro con l'Azienda Ospedaliera; negli atti di gara è inserito l'autocertificazione di cui all' art. 53, comma 16 ter del d.lgs 165/2001

Delle risultanze relative all' applicazione della misura in questione si è dato conto nella relazione annuale del RPCT anno 2024.

AZIONI DA INTRAPRENDERE : monitoraggio sulle dichiarazioni acquisite e promozione di specifiche attività di approfondimento, formazione e sensibilizzazione sul tema.

INDICATORI: numero di dichiarazioni acquisite; (si/no) numero di incontri/attività di approfondimento/formazione/sensibilizzazione sul tema.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, Direttore UOC GRU e personale delle UU.OO.CC interessate dalla sottoscrizione dell'obbligo di autocertificazione.

M13) Semplificazione e sensibilizzazione

La semplificazione e la sensibilizzazione costituiscono oggi due di misure di prevenzione, introdotte per la prima volta nell'alveo dell'allegato 1 al PNA 2019. Di queste la sensibilizzazione è rivolta a rinforzare i concetti di etica pubblica ed integrità.

La sensibilizzazione, invece, trova il suo epilogo nel Codice di comportamento, se vero che solo la enucleazione dei comportamenti ammessi e non ammessi consente al dipendente di capire cosa fare e cosa è vietato ed, al dirigente prima ed al RPCT poi, una corretta azione di vigilanza e controllo.

AZIONI DA INTRAPRENDERE: attivazione di un sistema di monitoraggio (con relazione finale) sui termini di conclusione dei procedimenti a cura dei Dirigenti di settori; monitoraggio da parte dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori di UOC PTA- sul rispetto del Codice di comportamento da parte del personale tutto operante nell'Azienda.

INDICATORI: (si/no) invio della relazione; relazione sul monitoraggio del rispetto del Codice di comportamento.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, Direttori/ Responsabili di struttura, Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento.

LA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA

La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto di penetranti interventi normativi. In particolare, in attuazione della delega contenuta nella l. n. 190/12, il Governo ha adottato il d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33, recante il *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte della P.A.”*, in cui, nel ribadire che la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, quale livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, è stato evidenziato che essa è finalizzata alla realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino, (art 1, comma 2, d.lgs. n.33/2013).

Finalità trasparenza

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa.

Essa, infatti, consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo;
- la conoscenza dei presupposti per l'avvio e lo svolgimento del procedimento e, se ci sono blocchi anomali dello stesso;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e se l'utilizzo di tali risorse è deviato verso finalità improprie.

Come noto, infatti, la legge anticorruzione recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*, ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione, prevedendo l'obbligo dell'elaborazione da parte delle amministrazioni pubbliche di un Piano Triennale di prevenzione della corruzione.

Successivamente, con il decreto n. 33/13 attuativo della legge 190, il Governo ha provveduto a consolidare l'idea della trasparenza intesa come accesso alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, promuovendo la partecipazione del cittadino al dibattito politico. E' emerso, allora, con chiarezza, che la trasparenza non è da considerare un fine, ma uno strumento per avere una P.A. che operi con etica ed in modo efficiente ed economico.

Accesso agli atti della Pubblica Amministrazione

Tale provvedimento ha complessivamente operato una sistemazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi ed ha disciplinato per la prima volta l'istituto dell'*“accesso civico”*, (art 5 d.lgs. n. 33/2013).

Successivamente, con il d.lgs. n. 97/16 attuativo della riforma Madia, sono stati apportati al decreto sulla trasparenza importanti modifiche, tanto che al termine della riforma è mutata la rubrica del d.lgs. n. 33/13 in *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”* in luogo del precedente titolo *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*.

L’art 2 del d.lgs. n. 97/16 nel novellare l’ art 1 c. 1 del D.lgs. n. 33/13 ha modificato la nozione generale di *“trasparenza”* intesa ora come *“accessibilità totale ai dati ed ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni”* (e non più semplicemente come accessibilità totale alle informazioni relative all’ organizzazione e all’ attività delle pubbliche amministrazioni), perciò volta non solo a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’ utilizzo delle risorse pubbliche, ma anche a tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all’ attività amministrativa.

L’ art 2 novellato individua in maniera più dettagliata l’oggetto del decreto legislativo riferendosi alla libertà di accesso ai dati e ai documenti detenuti sia dalle PP. AA., sia dagli enti pubblici e dalle società controllate o partecipate da amministrazioni pubbliche, come meglio specificato dall’ art 2 bis. Tale diritto può essere esercitato da *“chiunque”*, ma tale libertà trova un limite nella tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, attraverso due strumenti: *“la pubblicazione obbligatoria dei documenti della P.A. relativa alla propria organizzazione e attività e l’accesso civico”*, nella duplice accezione sia di diritto di accedere ai documenti che le amministrazioni pubbliche hanno omesso di pubblicare nonostante fossero obbligate per legge **cd. “accesso civico semplice” disciplinato dall’ art 5 c. 1 d.lgs. n. 33/13**, sia di diritto di informazione generalizzata su tutti gli atti anche quelli non sottoposti a pubblicazione obbligatoria, pur nei limiti di cui agli artt. 5 bis, d.lgs. n. 33/13, **c.d. accesso civico generalizzato disciplinato al c. 2 dell’art 5**.

L’ accesso generalizzato non sostituisce l’accesso civico *“semplice”*, ma si tratta di diritti di accesso destinati a muoversi su binari differenti.

L’ art 2 bis del d.lgs. n. 33/13, introdotto dal d.lgs. n. 97/16 ha poi, di fatto, ridefinito l’ambito soggettivo di applicazione della disciplina sulla trasparenza rispetto a quanto era, in passato, contemplato dall’ ormai abrogato articolo 11 del d.lgs. n. 33/13.

Esso individua tre macro categorie di soggetti tenuti al rispetto delle regole sulla trasparenza:

1) Pubbliche amministrazioni di cui all’ art 1, c. 2 del d.lgs. n. 165/01, in cui sono ricomprese anche le aziende e gli enti appartenenti al SSN, le autorità portuali nonché le autorità amministrative indipendenti di garanzia, vigilanza e regolazione, (art 2 bis c.1, d.lgs. n. 33/13);

2) enti pubblici economici, ordini professionali, società in controllo pubblico, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato, sottoposti alla medesima disciplina prevista per le p.a. *“in quanto compatibile”*, (art 2 bis, c. 2, d.lgs. n. 33/13);

3) società a partecipazione pubblica, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato soggetti alla medesima disciplina in materia di trasparenza prevista per le p.a. *“in quanto compatibile”* e, *“limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all’ attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale e dell’Unione Europea”*, (art 2 bis, c. 3, d.lgs. n. 33/13).

Al fine di operare una generale ricognizione dell’ambito soggettivo ed oggettivo degli obblighi di trasparenza, l’ANAC è intervenuta con una linea guida approvata con **delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016**, sostitutiva della delibera n. 50/2013 e con **la delibera n. 1309 sempre del 28 dicembre 2016**, relativa all’accesso civico.

La delibera n. 1310/16 si sofferma su tre aspetti fondamentali andando a sigillare quanto previsto dal legislatore in termini di necessario aggancio tra il PTPCT e i documenti programmatici e, di riflesso, il contenuto oggi necessario che il PTPCT di un Ente deve recare per evitare di incorrere in sanzione (obiettivi strategici - nominativi dei soggetti responsabili della comunicazione e pubblicazione dei dati, documenti

o informazioni); la modifica, poi degli obblighi di pubblicazione e quindi di alcuni articoli del d.lgs. n. 33/13 e le sanzioni per mancato adempimento agli obblighi di pubblicazione.

La delibera n. 1309/16, invece, si sofferma su un elemento importante della riforma tale da indurre le amministrazioni a modificare organizzazione e comportamenti, consiste nel c.d. ampliamento dei casi di ricorso all'accesso civico, oggi inteso nella duplice veste di "accesso semplice", che consente a chiunque di richiedere ad un Ente la pubblicazione di un atto, oggetto di pubblicazione obbligatoria, ma in realtà non pubblicato e di "accesso civico generalizzato" inteso come accessibilità totale non solo ad informazioni, ma anche a dati e documenti detenuti da un pubblica amministrazione fermo restando i limiti degli interessi pubblici o privati, indicati nell' art 5 bis, che richiedono un bilanciamento con il c.d. diritto alla conoscibilità che oggi alla luce del d.lgs. n. 97/16 merita di essere tutelato. Viene, inoltre, dettata una disciplina puntuale per tutelare eventuali controinteressati, cioè coloro che potrebbero subire un pregiudizio dall' accesso a: DATI PERSONALI, CORRISPONDENZA, INTERESSI ECONOMICI, COMMERCIALI, DIRITTI D'AUTORE.

Il legislatore, però, non ha modificato la L. n. 241/90 sull' accesso agli atti amministrativi, per cui convivono 3 tipologie di accesso che necessitano di trovare una loro dimensione.

Nei paragrafi 2.2. e 2.3 delle Linee Guida (deliberazione ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016) l'Autorità anticorruzione ha fissato le differenze tra accesso civico semplice, accesso civico generalizzato ed accesso documentale ex legge 241/1990. L'accesso civico semplice è attivabile per atti, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e "costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza" (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 6). Al contrario, l'accesso generalizzato "si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3)". L'ANAC sostiene che l'accesso generalizzato debba essere tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso "documentale" di cui agli articoli 22 e seguenti della legge sul procedimento amministrativo. La finalità dell'accesso documentale è ben differente da quella dell'accesso generalizzato: è quella di porre "i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative o oppositive e difensive - che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari". Infatti, dal punto di vista soggettivo, il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso".

Inoltre, se la legge 241/1990 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto d'accesso documentale per sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, l'accesso generalizzato, al contrario, è riconosciuto dal legislatore proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico". Ne deriva che, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/1990 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi" (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 7). Nel caso dell'accesso documentale della legge 241/1990 la tutela può consentire "un accesso più in profondità a dati pertinenti", mentre nel caso dell'accesso generalizzato le esigenze di controllo diffuso del cittadino possono "consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni".

L'AORN Moscati ha adottato un **Regolamento per l'accesso agli atti con delibera n. 358 del 21 aprile 2017** (integrato con **Delibera n. 759 del 12/09/2018**).

Misure per garantire l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico

Con l'accesso civico è stata riconosciuta la partecipazione e la collaborazione diretta del cittadino-utente. L'attivazione di questo strumento di tutela diffusa non richiedeva una motivazione, era gratuita e non presupponeva una situazione legittimante in capo all'istante. L'amministrazione era tenuta a rispondere entro 30 giorni e a procedere alla pubblicazione sul sito di quanto richiesto, con evidente beneficio non solo per il richiedente, ma anche per l'intera collettività. Oggi, invece, a seguito della riforma ad opera dell'art 6 del precitato d.lgs. n. 97/16 e, in considerazione dell'obiettivo del c.d. FOIA, ovvero, quello di consentire l'accesso ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni per i quali non vi fosse l'obbligo della pubblicazione, è consentito *"a chiunque senza motivazione di accedere ai dati e documenti detenuti dalle amministrazioni pubbliche, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione"*, (art 5 c. 2, d.lgs. n. 33/13). Il primo elemento da cogliere è che l'accesso civico non ha più solo come presupposto l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, ma è utilizzabile da chiunque senza motivazione sui dati e sui documenti detenuti dalla P.A. ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Il Consiglio di Stato ha, al riguardo, parlato di trasparenza di tipo "reattivo" alle istanze di conoscenza avanzate dagli interessati, che si aggiunge a una trasparenza di tipo "proattivo" realizzata grazie alla pubblicazione sui siti istituzionali dei documenti, informazioni e dati indicati dalla legge.

In coerenza con il quadro normativo, il diritto di accesso civico c.d. generalizzato non richiede una situazione legittimante in capo all'istante e non richiede una motivazione oltre ad essere gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali (c.d. diritti di segreteria).

Ai sensi del c. 3 del medesimo articolo, l'istanza può essere trasmessa per via telematica e le istanze presentate per via telematica sono valide se:

- sottoscritte mediante firma digitale
- l'istante è identificato attraverso il sistema pubblico di identità digitale, nonché carta di identità elettronica
- sono state sottoscritte e presentate unitamente alla copia del documento di identità
- trasmesse dall'istante mediante la propria PEC

Resta salva la possibilità di presentare l'istanza anche a mezzo posta, fax o direttamente presso i seguenti uffici:

- all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- all'ufficio relazioni con il pubblico o ad altro ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione-Trasparente" del sito istituzionale;
- al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove l'istanza abbia ad oggetto dati, documenti, informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria in base al d.lgs. n. 33/13.

Obbligo di risposta della P.A.

N.B. La P.A. è tenuta a rispondere entro e non oltre 30 giorni.

Le risposte all'istanza di accesso civico di cui all' art 5 c. 2, saranno date al cittadino direttamente dal settore competente che detiene gli atti; laddove la richiesta coinvolga più settori, il riscontro sarà dato da quello che detiene il provvedimento finale. Nell'ottica di un necessario coordinamento tra la disciplina sulla trasparenza e la nuova disciplina introdotta dal GDPR n. 679/16, merita di essere richiamata la circolare n.

2/2017 del Dipartimento della funzione pubblica che ha introdotto, rispetto alle istanze di accesso civico generalizzato il c.d. principio di ragionevolezza, invitando, l'ente a fare una valutazione dell'istanza che arriva alla luce dei seguenti aspetti:

1. L'eventuale attività di elaborazione (ad es. oscuramento di dati personali) che l'amministrazione dovrebbe svolgere per renderle disponibili;
2. Le risorse che occorrerebbe impiegare per soddisfare la richiesta, da quantificare in rapporto al numero di ore di lavoro per unità personale;
3. La rilevanza dell'interesse conoscitivo che la richiesta mira a soddisfare.

Sempre in tale contesto giova richiamare la circolare n. 1/2019 del Ministro della pubblica amministrazione che è, invece, entrata nel merito di alcune lacune del decreto sulla trasparenza, in particolare l'ipotesi di un mancato coinvolgimento dei c.d. contro-interessati nel procedimento relativo alla istanza di accesso pervenuta all'ente. La circolare ha, infatti, chiarito che l'integrazione del contraddittorio può avvenire solo in sede di riesame comunicando ai contro-interessati l'avvio del procedimento ai sensi dell'art 7, l. n. 241/90 e che tale richiesta di riesame deve avvenire entro 30 giorni dalla decisione data dall'ente sulla prima istanza, termine che si ricava dalla legge del '71 sui ricorsi amministrativi. Balza agli occhi, infine, sempre nella circolare n. 1/2019, l'obbligatorietà della nomina del c.d. **Responsabile della transizione digitale**, cioè di colui (soggetto interno all'ente), che dovrà aiutare l'Azienda Ospedaliera nel processo di informatizzazione. A tal proposito si evidenzia che, l'AORN Moscati ha proceduto alla nomina del dott. Giuseppe Versace, già Direttore dell'UOC Sistemi Informativi.

"Dati aperti e riutilizzo"

Il d.lgs. n. 97/16 non ha modificato il contenuto dell'art 7 del decreto sulla trasparenza; per cui la disposizione continua ad obbligare le PP.AA. a rendere pubblici secondo il paradigma dei "dati aperti" ed a "riutilizzare" documenti, dati ed informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e di accesso civico.

Quando parliamo di dati aperti facciamo riferimento a tipologie di dati che chiunque può utilizzare, riutilizzare e diffondere. In tal caso però, la P.A. non assume un atteggiamento "proprietario" nei confronti dei dati, ma i dati e le informazioni in suo possesso, per le loro caratteristiche intrinseche e per le loro modalità di raccolta sono considerati beni comuni. Ne deriva che gli scopi che vengono perseguiti con gli open data, non sono di valorizzazione economica e commerciale, ma la garanzia di una maggiore trasparenza amministrativa e la circolazione libera dei dati, informazioni per una maggiore conoscenza collettiva degli stessi. La complementarità tra dati aperti, trasparenza e il rapporto tra quest'ultima e il riutilizzo dei dati e delle informazioni pubbliche costituisce la ratio che ha portato il legislatore a prevedere un articolo come l'**art 7** e mette in evidenza come la trasparenza non sia più solo sinonimo di prevenzione della corruzione attraverso un controllo sull'operato dell'ente, ma tende alla circolazione e diffusione dei dati e delle informazioni attraverso una nuova conoscenza collettiva.

Per comprendere la portata innovativa del decreto n. 33/13 bisogna leggere l'art 7 insieme con l'art 3, dal momento che il combinato disposto dell'art 3 e art 7 apporta un primo rilevante cambiamento: la trasformazione del riutilizzo da una facoltà discrezionale in capo alle PP.AA. ad un vero diritto in capo a tutti i cittadini. L'art 3 del Decreto Trasparenza, prevedendo il diritto in capo a chiunque di conoscere documenti, dati e informazioni pubbliche oggetto di pubblicazione obbligatoria o di accesso civico semplice, ha previsto il diritto di fruire gratuitamente, utilizzare e riutilizzare dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e di accesso civico, secondo le disposizioni dell'art 7. Sono soggetti al riutilizzo e vanno pubblicati come dati aperti, tutti i documenti, dati e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, ma anche quei dati ulteriori accessibili ex art 5 c. 2 vanno considerati come potenzialmente

riutilizzabili. Ciò in quanto la norma fa riferimento in generale all'art 5 del d.lgs. n. 33/13, per cui sia all'accesso civico "semplice" che "generalizzato". "...Sono riutilizzabili....senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità".

N.B. - La scelta del legislatore, quindi sembra essere quella di legare il diritto al riutilizzo principalmente agli obblighi di pubblicità, ma anche al regime dell'accesso civico generalizzato. Inoltre, siccome l'art 7 afferma che "i documenti, i dati e le informazioni oggetto di pubblicazione e di accesso civico ai sensi del c. 2 dell'art 5", possono essere riutilizzati secondo le disposizioni del D.lgs. n. 36/06, per delineare l'ambito oggettivo della norma, occorre tener presente anche questo decreto. Il c. 2 dell'art 7 bis sottolinea come la finalità di trasparenza, sottesa alla pubblicazione obbligatoria sui siti istituzionali, costituisca finalità di rilevante interesse pubblico, compatibile con la disciplina sulla protezione dei dati personali. Non possono, invece, essere riutilizzati, i dati personali che non sono oggetto di pubblicazione obbligatoria, dal momento che sia l'art 7 bis che l'art 5 bis sottolineano come i dati personali non possono essere oggetto di pubblicazione libera sui siti web istituzionali né di accesso civico generalizzato e, per tali motivi, i dati personali possono essere riutilizzati solo se oggetto di pubblicazione obbligatoria e con la copertura del 7 bis, in quanto a prescindere dalla finalità particolare per la quale i dati sono stati raccolti, la loro pubblicazione come dati aperti ai fini della trasparenza costituisce, integra la finalità del trattamento.

In questo modo, gli unici dati personali riutilizzabili, proprio perchè pubblicati come dati aperti, saranno quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria in base al d.lgs. n. 33/13. Con queste modifiche, il legislatore ha dato una certa coerenza alla disciplina sul riutilizzo dei dati personali, possibile solo con la copertura dell'art 7 bis c. 2 del d.lgs. n. 33/13. Per tali motivi, l'AORN Moscati ha inserito un **ALERT** sul sito istituzionale, al fine di richiamare l'attenzione degli utenti sul concetto di riutilizzo dei dati pubblici nel pieno rispetto della nuova normativa privacy (GDPR679/16 e d.lgs. n. 101/18). Questa la dicitura inserita nell'Introduzione della sezione Amministrazione trasparente del sito aziendale: *"I dati personali pubblicati sono riutilizzabili solo alle condizioni previste dalla normativa vigente sul riutilizzo dei dati pubblici (Direttiva Comunitaria 2003/98/CE e d.lgs. 36/2006 di recepimento della stessa), in termini compatibili con gli scopi per i quali sono stati raccolti e registrati, e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali."*

"Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione"

L'art 8 prevede che i documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati tempestivamente sul sito istituzionale dell'amministrazione; i documenti contenenti altre informazioni e dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati e mantenuti aggiornati ai sensi delle disposizioni del presente decreto; i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente **sono pubblicati per un periodo di 5 anni**, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, (riferito ai titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e ai titolari di incarichi dirigenziali) e 15, comma 4 (riferito agli incarichi di collaborazione o c. Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'articolo 5.

La trasparenza nel settore sanitario: gli obblighi di pubblicazione ricadenti sull' Azienda Ospedaliera

Nell'ambito del capo V del d.lgs. n. 33/13 avente ad oggetto gli obblighi di pubblicazione in settori speciali, l'art. 41 è dedicato a garantire l'attuazione del principio generale di trasparenza da parte delle amministrazioni e degli enti sanitari.

Nell'ambito del Servizio Sanitario, la trasparenza presenta, infatti, una finalità ulteriore rispetto al controllo del perseguimento delle funzioni istituzionali e sull' utilizzo delle risorse pubbliche, costituendo strumento essenziale per una maggiore consapevolezza e responsabilità individuale e sociale del cittadino al momento della scelta delle modalità e delle condizioni di accesso allo stesso servizio e strumento di attuazione concreta dei principi di uguaglianza su cui si fonda il Sistema Sanitario pubblico.

Per tali motivi, la promozione della trasparenza costituisce un obiettivo cruciale nel settore sanitario in considerazione del divario che, prima dell'introduzione della nuova normativa in materia di trasparenza, si registrava tra l'enunciazione dei diritti di informazione e partecipazione e dei cittadini, contenuta nell' art 14 del d.lgs. n. 502/92 e la loro concreta attuazione.

Di sicuro, appare calzante al settore sanitario la nuova definizione di trasparenza di cui all' art 1 del d.lgs. n. 33/13, che dopo le modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/16, individua quali scopi primari della trasparenza "la tutela dei diritti dei cittadini e la promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa."

In questa prospettiva, appaiono rilevanti, non solo gli obblighi enunciati dall' art 41, ma anche gli obblighi di pubblicità concernenti le prestazioni offerte ed i servizi erogati di cui all' art 32, che vanno a sommarsi agli specifici obblighi di pubblicità contenuti nell' art 41, ora estesi a tutti gestori di pubblici servizi.

L'art. 41 si apre offrendo una definizione di "amministrazione sanitaria" ampia ed omnicomprensiva: sono, infatti, ricomprese sia le amministrazioni e gli enti del SSN, secondo la definizione utilizzata già dall' art 1 c. 2 del d.lgs. n. 165/01, ora espressamente richiamato nel nuovo art 2 bis del decreto, sia le amministrazioni e gli enti dei Servizi sanitari regionali.

All'art. 41 è stato aggiunto il c. 1-bis che dispone la pubblicazione dei dati relativi alle spese e ai pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio : in particolare, in base alla disposizione in commento, le amministrazioni sanitarie sono tenute alla pubblicazione integrale di tutti i dati relativi a spese e pagamenti per lavori, servizi e forniture, attraverso la previsione di una forma di pubblicazione tale da consentire la consultazione, in forma sintetica e aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all' ambito territoriale di riferimento e ai beneficiari.

Destinata a rafforzare il controllo sociale su una delle c.d. aree a rischio corruzione, cioè quella degli incarichi e nomine, sono gli obblighi di pubblicità previsti, invece, dal c.2 dell'art 41, concernente le informazioni ed i dati, compresi avvisi e bandi di selezione relativi allo svolgimento di procedure ed atti di conferimento degli incarichi di:

- Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo;
- Responsabile di Dipartimento e di Strutture Complesse e Semplici.

A completamento degli obblighi di pubblicità sanciti dal c. 2, il comma 3 dell'articolo in commento opera un rinvio agli obblighi di pubblicazione dell'art 15, specificando che tra le attività professionali da dichiarare ai sensi del c. 1 lett. c) del precitato articolo, va considerata anche l'attività professionale svolta in regime intramurario.

Infine nel c. 6 dell' art 41 viene affrontato il tema delle liste d'attesa; infatti, tra gli specifici obblighi di trasparenza posti a carico degli enti, aziende e strutture pubbliche e private, preposte all' erogazione delle prestazioni sanitarie vi è quello relativo alla predisposizione, sul proprio sito di un' apposita sezione denominata "liste di attesa", nel quale inserire i criteri di formazione delle liste, i tempi di attesa previsti ed i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

Nonostante le prescrizioni contenute nell'art 41, l'intenzione del legislatore è stata sin da subito, da un lato, quella di equiparare l'amministrazione sanitaria alle altre pubbliche amministrazioni, per quanto concerne il rispetto degli obblighi di pubblicità previsti negli altri capi del decreto, dall'altro, di ampliare l'area della pubblicità a specifici e rilevanti aspetti riguardanti l'organizzazione, le attività strumentali e le prestazioni fornite da tali strutture, in considerazione della peculiare natura del Servizio Sanitario.

ATTI SOGGETTI ALL'OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE

Di seguito l'analisi di alcuni obblighi di pubblicazione ricadenti sull'azienda ospedaliera oggetto di modifica a cura del d.lgs. n. 97/16, di successivi interventi normativi, del nuovo PNA 2022 e Aggiornamento 2023 del PNA ANAC 2022 (approvato con Delibera ANAC 605 del 19/12/2023):

- **Coordinamento con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione (art. 10)** – all'art 10 del d.lgs. n. 97/16 si deve l'eliminazione dell'obbligo, per le P.A., di redigere il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ("PTTI"), demandando a ciascuna P.A. il compito di indicare, in un'apposita sezione denominata "sezione Trasparenza" del Piano triennale per la prevenzione della corruzione ("PTPC"), i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati. L'allegato 2 del PNA 2022 ha previsto altresì, relativamente alla sezione "Disposizioni generali"- Sottosezione "PTPCT" e alla denominazione del singolo obbligo, il richiamo al PIAO.
- **Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale (art. 12)** – E' stato ampliato dal d.lgs. n. 97/16 il novero dei dati di carattere normativo e amministrativo generale oggetto di pubblicazione obbligatoria alle misure integrative della prevenzione, ai documenti di programmazione strategico-gestionale e agli atti degli OIV.
- **Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza (art. 15)** - Le P.A. sono tenute alla pubblicazione e all'aggiornamento di tali dati relativamente ai titolari di incarichi di collaborazione o consulenza. Il contenuto della norma è rimasto invariato quanto agli atti da pubblicare, ovvero i cv, gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, la durata e il compenso. Quanto a quest' ultimo aspetto si precisa che i compensi vanno pubblicati al lordo degli oneri sociali e fiscali a carico del collaboratore consulente. In base a quanto indicato nella linea guida dell'ANAC n. 1310/16, alla luce del nuovo Codice dei Contratti pubblici, in questa sezione devono essere pubblicati i dati relativi al conferimento di incarichi e consulenze non rientranti e non riconducibili al c.d. "appalto di servizi". Diversamente, qualora i dati si riferiscano ad incarichi riconducibili a tale nozione, dovranno essere pubblicati nella sezione relativa a "bandi e contratti".
- **Bandi di concorso (art 19) - L'articolo 1, comma 145 della legge di bilancio 2020** ha modificato l'**art. 19 del d.lgs. 33/2013** prevedendo che le PP.AA. debbano pubblicare, oltre al bando di concorso e i criteri di valutazione della commissione valutatrice, anche le tracce delle prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori avvenute nel tempo. Tutti i suddetti dati devono essere mantenuti aggiornati. Il comma 145, inoltre, ha aggiunto il comma 2 bis all'art. 19 del d.lgs. 33/2013, disponendo che le amministrazioni pubbliche e gli organismi partecipati assoggettati alla normativa in materia di trasparenza dovranno assicurare, tramite il Dipartimento della F.P., la pubblicazione del collegamento ipertestuale di tali dati. I "criteri di valutazione", che la commissione giudicatrice deve definire, unitamente alle modalità di valutazione, almeno prima della correzione degli elaborati di ciascuna prova, si riferiscono a tutte le prove: scritte, pratiche e orali. Le "tracce delle prove", da definire immediatamente prima di dare inizio a ciascuna prova, riguardano sia le prove scritte e sia le prove pratiche, salvo che queste ultime debbano svolgersi esclusivamente con operazioni materiali (ad esempio, quelle da eseguirsi per posti da autisti, elettricisti, meccanici, carrozzieri, operai stradali) per le quali sono

da predeterminare solo le modalità e i tempi di esecuzione. Per “graduatorie finali” sono da intendere non le “graduatorie di merito” formulate dalle commissioni giudicatrici ai sensi dell’art. 15, comma 2, del DPR n. 487/1994, ma le “graduatorie dei vincitori” approvate dall’amministrazione ai sensi dei commi 3 e 4 del su citato art. 5, da pubblicare obbligatoriamente ai fini della pubblicità legale, unitamente alle “graduatorie di merito”, ai sensi dei commi 5 e 6 dello stesso art. 5. Ai fini della protezione dei dati personali dei partecipanti ad una selezione pubblica, si ritiene che nelle graduatorie “finali” o “dei vincitori” possano essere riportati i dati identificativi (nome, cognome e data di nascita) soltanto dei candidati dichiarati vincitori, indicando il rispettivo punteggio complessivo utile ai fini della stessa graduatoria. Oltre al divieto di diffondere qualunque informazione attinente ai dati così detti “sensibili” di cui all’art. 9 del Regolamento UE 2016/679, nella “graduatoria dei vincitori” non sono ostensibili i dati identificativi dei candidati che non hanno superato tutte o alcune delle prove e gli altri dati (quali: valutazioni delle prove, indirizzo, codice fiscale, IBAN, recapiti telefonici o informatici) che sono non pertinenti rispetto alla finalità della sua pubblicazione.

- **Bandi di gara e contratti**- Relativamente agli obblighi di pubblicazione (delineati nell’Allegato 1 della Delibera 1310/2016, a cui fa riferimento l’Allegato 2 del presente PTPCT 2025-2027), il PNA 2022 ha previsto, nell’Allegato 9, i nuovi obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici cui le amministrazioni dovevano riferirsi per i dati, atti, informazioni da pubblicare nella sotto-sezioni di primo livello “Bandi di gara e contratti” della sezione “Amministrazione trasparente”. Suddetti nuovi obblighi erano stati recepiti e confluiti nell’Allegato 2 al PTPCT 2023-2025 aziendale nella sotto-sezione di primo livello “Bandi di gara e contratti” della sezione “Amministrazione trasparente” aziendale. Con la delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato l’Aggiornamento 2023 del PNA 2022. Come affermato dalla stessa ANAC, la scelta, per l’anno 2023, è stata quella di concentrarsi solo sul settore dei contratti pubblici a seguito dell’entrata in vigore del nuovo Codice (d.lgs 36/2023) il 1° aprile 2023, con efficacia dal successivo 1° luglio 2023. La parte finale della suddetta delibera (punto 5 della stessa) è dedicata alla trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell’entrata in vigore del d.lgs 36/2023. Si è delineata pertanto la disciplina applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall’Autorità, in particolare quelli adottati con le delibere ANAC nn. 261 e 264, e successivi aggiornamenti, del 2023. L’Allegato 1) a quest’ultima elenca i dati, i documenti, le informazioni inerenti il ciclo di vita dei contratti la cui pubblicazione va assicurata nella sezione “Amministrazione trasparente”, sottosezione “Bandi di gara e contratti”. Sono state inoltre fornite indicazioni sulla attuazione degli obblighi di trasparenza per le procedure avviate nel 2023 e non ancora concluse.

Le nuove regole sulla trasparenza prevedono:

- ✓ che 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 ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l’ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici;
- ✓ che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione tra-

sparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013 (collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP);

- ✓ le stazioni appaltanti e gli enti concedenti pubblicano nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito istituzionale gli atti, i dati e le informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP e che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria come individuati nell'Allegato 1) alla delibera ANAC 264 del 20 giugno 2023 (come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023). Nel dettaglio, pertanto, la Delibera ANAC 261/2023 individua le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP attraverso le piattaforme telematiche; la Delibera 264/2023 (e ss.mm.ii) individua gli atti, le informazioni e i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di trasparenza ai fini e per gli effetti dell'art 37 del decreto trasparenza (d.lgs 33/2013) e dell'art 28 del Codice.

Le nuove regole in tema di trasparenza sono efficaci a partire dal 1° gennaio 2024. Pertanto, così come sottolineato dall'ANAC nella delibera di Aggiornamento 2023 al PNA 2022, si valuta che la trasparenza dei contratti pubblici sia materia governata da norme differenziate. A tal fine si riporta la tabella 3) "La trasparenza applicabile nel periodo transitorio e a regime", di cui all'Aggiornamento 2023 del PNA ANAC 2022, e a cui l'Azienda si adegua.

Fattispecie	Pubblicità trasparenza
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023 .
Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

- **Attuazione Misure PNRR**- Aggiornamento della sottosezione in "Altri contenuti" in cui pubblicare gli atti normativi adottati e gli atti amministrativi emanati per l'attuazione delle misure di competenza. Con Delibera 605 del 19/12/2023 "Aggiornamento 2023 al PNA 2022", ANAC ha sottolineato la circostanza che resta fermo il punto 3 del PNA 2022 su "La disciplina della trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR" regolata da circolari del MEF e relative al sistema ReGIS.

Responsabile per la trasparenza (art. 43) – In conseguenza della soppressione dell'obbligo di redazione del PTTI, è stato modificato dal d.lgs. n. 97/16 anche l'art. 43 del D.lgs. n. 33/2013, che individua i compiti del responsabile per la trasparenza. Si estende inoltre ai dirigenti responsabili della P.A. il compito di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico.

Autorità Nazionale Anticorruzione (art. 45) - Si attribuisce all'ANAC il potere di ordinare, nei confronti di una P.A. inadempiente, la pubblicazione, entro un termine di 30 giorni, degli atti oggetto di pubblicazione

obbligatoria, nonché di segnalare il mancato rispetto degli obblighi di pubblicazione (che costituisce illecito disciplinare), all'ufficio disciplinare della P.A., ai fini dell'attivazione del relativo procedimento a carico del responsabile della pubblicazione e del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni.

Responsabilità derivante dalla violazione delle disposizioni in materia di obblighi di pubblicazione e accesso civico (art 46)- l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, previsti dalla normativa vigente, e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori dei casi previsti dalla legge ex art 5-bis, costituiscono elemento di valutazione negativa della performance individuale dei dirigenti (oltre alla sanzione applicabile ai sensi dell'art. 47, comma 1 bis) e dei responsabili, nonché eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione (art. 46, comma 1).

Con riguardo all'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili delle attività inerenti agli obblighi della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, il Dirigente responsabile dell'elaborazione dei dati coincide normalmente con il Dirigente responsabile della trasmissione. Le sotto-sezioni alimentate direttamente dagli uffici deputati anche all'elaborazione dei dati sono: "bandi di concorso" e "bandi di gara e contratti". Per le altre sottosezioni, ciascun Direttore (Dipartimentale e UU.OO.CC/UU.OO. PTA) è tenuto, per il settore di propria competenza, a trasmettere al Responsabile dell'U.O.C. Sistemi Informativi, nei tempi e modalità richieste dalle vigenti disposizioni, i dati, i documenti e le informazioni da pubblicare nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE". La struttura deputata alla pubblicazione dei dati è l'U.O.C. Sistemi Informativi.

Sulla pubblicazione dei dati il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza opererà un controllo a campione, al fine di consentire una più agevole disamina della situazione all'interno dell'Azienda. Al fine di agevolare l'attività di controllo e monitoraggio del RPCT di norma, il Responsabile della trasmissione, dopo aver trasmesso i dati per la pubblicazione, informa tempestivamente anche il RPCT della pubblicazione

ASSETTO AZIENDALE: DIPARTIMENTI, UU.OO.CC. e UU.OO. PTA

Di seguito si riportano i nominativi dei Direttori di Dipartimento, delle UU.OO. CC. ed UU.OO. P.T.A. dell'AORN "San Giuseppe Moscati" di Avellino.

DIPARTIMENTI				
DIPARTIMENTO	DIRETTORE	E.MAIL @aornmoscati.it	PEC @pec.aornmoscati.it	TELEF. 0825-20
Dipartimento Emergenza	Dott. Antonino MEDICI	dipartimento.emergenza	dipartimento.emergenza	3272
Dipartimento Cuore e Vasi	Dott. Loris FLORA	dipartimento.cuorevasi	dipartimento.cuorevasi	3100-3264
Dipartimento Medico	Dott.ssa Maria AMITRANO	dipartimento.medico	dipartimento.medico	3850
Dipartimento Chirurgia	Dott. Vincenzo LANDOLFI	dipartimento.chirurgia	dipartimento.chirurgia	3476

Generale e Specialistica				
Dipartimento Onco-Ematologico	Dott. Cesare GRIDELLI	dipartimento.oncoematologico	dipartimento.oncoematologico	3574
Dipartimento Materno Infantile	Dott. Cristofaro DE STEFANO	dipartimento.maternoinfantile	dipartimento.maternoinfantile	3906
Dipartimento Servizi Sanitari	Dott. Lanfranco Aquilino MUSTO	dipartimento.servizisanitari	dipartimento.servizisanitari	3215
Dipartimento Testa Collo	Dott. Armando RAPANA'	dipartimento.testacollo	dipartimento.testacollo	3122



DIRETTORI STRUTTURA COMPLESSA P.T.A

U.O.C.	DIRETTORE	E.MAIL @aornmoscati.it	PEC @pec.aornmoscati.it	TELEF. 0825-20
Affari Generali	Dott.ssa Raffaella GENZALE	affari.generalis	affari.generalis	3060
Affari Legali	Avv. Lydia D'AMORE	affari.legalis	affari.legalis	3094

Controllo di Gestione e Programmazione	Dott. Giuseppe DE FUSCO	controllo.gestione	controllo.gestione	3672
Gestione Economico Finanziaria	Dott. Andrea TORTORA	economico.finanziario	economico.finanziario	3073
Gestione Risorse Umane	Dott.ssa Giovanna PETITTO	risorse.umane	risorse.umane	3018
Acquisizione Beni e Servizi	Dott.ssa Genoveffa VITALE	acquisizione.benieservizi	acquisizione.benieservizi	3016
Tecnico e Patrimonio	Ing. Sergio CASARELLA	tecnico.patrimonio	tecnico.patrimonio	3538
Servizio di Prevenzione e Protezione	Arch. Cinzia GIORDANO	prevenzione.protezione	prevenzione.protezione	3300
Sistemi Informativi	Dott. Giuseppe VERSACE	sistemi.informativi	sistemi.informativi	3039

RESPONSABILI STRUTTURA SEMPLICE P.T.A				
U.O.S	RESPONSABILI	E.MAIL @aornmoscati.it	PEC @pec.aornmoscati.it	TELEF. 0825
Adempimenti Amm. CUP-ticket	Dott.ssa Maria Teresa PRIZIO	<u>cupalpi.amministrazione</u>	cupalpi.amministrazione	3154
Formazione e Aggiornamento	Dott. Gerardo MARIANI	<u>formazione.aggiornamento</u>	<u>formazione.aggiornamento</u>	3619
URP e Comunicazione	-----	urp.	urp.	3084

REGOLE PROCEDURALI DI RESPONSABILIZZAZIONE

La sezione sulla trasparenza è innanzitutto uno strumento rivolto ai cittadini e alle imprese con cui le amministrazioni rendono noti gli impegni in materia di trasparenza. Nell'Allegato 2 al presente piano sono dettagliati gli obblighi di pubblicazione, nelle varie sezioni e sottosezioni di "Amministrazione Trasparente", a cui è tenuta l'Azienda. Alla sua corretta attuazione concorrono, oltre al RPCT, tutti gli uffici dell'Azienda Ospedaliera, dirigenti e i titolari di P.O, in base alla loro esclusiva ed autonoma competenza gestionale. Come sottolineato dal PNA 2022 "...il sistema organizzativo per assicurare la trasparenza ai sensi del d.lgs 33/2013, si fonda sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti, evitando che tutti gli oneri siano in capo al RPCT".

Per tali motivi, il PTPCT (con i relativi allegati) sarà messo a disposizione di tutti gli uffici in formato elettronico e pubblicato sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" nelle sotto-sezioni Disposizioni generali / PIAO- Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e Altri contenuti/ Prevenzione della Corruzione".

TUTELA DEI DATI PERSONALI

A seguito dell'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del 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 (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» (si seguito RGPD) e, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, sono stati richiesti chiarimenti all'Autorità sulla compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013.

Occorre evidenziare, al riguardo, che **l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018**, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, **dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri**, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento».

Inoltre **il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1».**

N.B. IL REGIME NORMATIVO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI DA PARTE DEI SOGGETTI PUBBLICI È, QUINDI, RIMASTO SOSTANZIALMENTE INALTERATO RESTANDO FERMO IL PRINCIPIO CHE ESSO È CONSENTITO UNICAMENTE SE AMMESSO DA UNA NORMA DI LEGGE O DI REGOLAMENTO.

Occorre, pertanto, che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679.

In particolare assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati (**«minimizzazione dei dati»**) (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d)

Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone inoltre che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere

non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione».

Si richiama anche quanto previsto all'art. 6 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Qualità delle informazioni" che risponde alla esigenza di assicurare esattezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati. Al riguardo, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali.

Si ricorda inoltre che, in ogni caso, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del RGPD). (Si veda a tal proposito il PNA 2022 Allegato 3, paragrafo "Rapporti con il Responsabile della protezione dei dati").

IL MONITORAGGIO E IL RIESAME

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate.

Il **MONITORAGGIO** è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il **RIESAME** è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio". Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT e degli obblighi di trasparenza da parte delle unità organizzative in cui si articola l'Amministrazione e dovrà essere realizzato sulla totalità delle misure di prevenzione programmate all'interno del PTPCT.

Per tali motivi, con cadenza semestrale, ciascun Direttore di Dipartimento/ UU.OO.CC e UU.OO. PTA trasmetterà un report indicante un'autovalutazione sull'efficacia delle misure descritte in relazione ai processi/ procedimenti di propria competenza, evidenziando anche eventuali criticità, in modo da poterle implementare in vista dell'adozione del PTPCT successivo, e di predisporre correttivi (**monitoraggio di I livello**). Nel dettaglio il RPCT chiede di relazionare, relativamente ad ogni Dipartimento Sanitario e UOC e UOS PTA, sull'avvenuto adempimento e rispetto:

- delle misure preventive anticorruzione così come delineate dalla sezione 2 paragrafo 3.3 "Rischi Corruttivi e Trasparenza" PTPCT del PIAO vigente e dalle griglie dei Key Risk Indicators di cui all'Allegato 1 del piano succitato "Mappatura processi- Griglie dei rischi corruttivi con Key Risk Indicators";
- degli obblighi di pubblicazione nelle sezioni di Amministrazione Trasparente, ognuno per quanto di propria specifica competenza, di cui all'Allegato 2 del PIAO- PTPCT "Elenco degli obblighi di pubblicazione";
- del Codice di Comportamento da parte di tutto il personale afferente al Dipartimento/UOC-UOS PTA.

Agli uffici coinvolti, sarà chiesto di relazionare sulle modalità di gestione dei fondi PNRR e dei fondi strutturali, sempre in un'ottica di prevenzione dei fenomeni corruttivi e di massima trasparenza. L'attività di verifica delle misure di prevenzione descritte nei piani di prevenzione della corruzione e della trasparenza ha come finalità altresì quella di garantire un attento controllo in termini di efficacia delle stesse, in modo da addivenire ad un loro annuale riesame. Il RPCT, ove rilevi inadempienze e/o inadeguatezza nell'attuazione degli adempimenti delle specifiche competenze delle Unità operative, invierà promemoria e/o suggerimenti in merito al corretto adempimento al momento disatteso (**monitoraggio di II livello**). Nel caso di

non ottemperanza, da parte degli Uffici destinatari del promemoria, il RPCT, suo malgrado, dovrà segnalare l'inadempimento all' Organo di indirizzo.

Relativamente alla Trasparenza, Il RPTC svolge altresì, come previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio a campione su base periodica e che varia a seconda della tipologia di dati come indicato nell'Allegato 2 (Elenco degli obblighi di pubblicazione), mediante riscontro tra quanto trasmesso e pubblicato e quanto previsto dalla normativa di riferimento. Al fine di agevolare l'attività di controllo e monitoraggio del RPCT di norma, il Responsabile della trasmissione, dopo aver trasmesso i dati per la pubblicazione, informa tempestivamente anche il RPCT della pubblicazione.

L'allegato 2 alla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", è stato elaborato tenendo conto delle indicazioni fornite dal PNA 2022 Allegato n. 2.

Si rappresenta inoltre che il RPCT provvede a comunicare con tempismo, agli uffici interessati, gli aggiornamenti e approfondimenti emanati dall'Autorità in tema di Anticorruzione e Trasparenza.

ATTIVITA' DEL RPCT	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCONTRO DIRETTORI

Il monitoraggio per l'anno 2024 ha tenuto conto di quanto relazionato dai singoli Direttori di Dipartimento e Direttore di UOC- UOS PTA (agli atti d'ufficio) ed è stato riportato all'interno del presente piano sotto ogni Misura preventiva prevista e prima di declinare le azioni programmate per il nuovo PTPCT. Delle risultanze relative all'applicazione delle misure si è dato conto altresì nella relazione annuale del RPCT anno 2024, pubblicata nella sezione di Amministrazione Trasparente- Altri contenuti- prevenzione della corruzione". Relativamente agli obblighi di trasparenza, nel corso del 2024, a seguito dell'avvio delle attività di verifica di cui alla Delibera ANAC 213 del 23 Aprile 2024, è stato effettuato il controllo sulle sezioni oggetto di verifica, con comunicazione ai settori interessati delle risultanze del relativo monitoraggio. I documenti attestanti l'attività esplicata e i relativi risultati sono pubblicati nella sezione dedicata di Amministrazione Trasparente- Controlli e rilievi sull'amministrazione- Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe- Attestazioni OIV....".

L'Autorità Nazionale Anticorruzione, con delibera n. 495 del 25 settembre 2024:

- ha approvato 3 nuovi schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche), 13 (organizzazione) e 31 (controlli su attività e organizzazione) del citato decreto;
- ha approvato il documento "Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013" contenente indicazioni utili per la pubblicazione su requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione, controlli anche sostitutivi e meccanismi di garanzia attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse;

- concede alle amministrazioni/enti un periodo transitorio di 12 mesi, per procedere all'aggiornamento delle sezioni AT rispetto ai predetti schemi relativi agli artt. 4-bis, 13 e 31.

Al fine di procedere all'adeguamento della sezione Amministrazione Trasparente, e nel dettaglio delle 3 sottosezioni di cui sopra, il RPCT ha trasmesso la Delibera 495/2025 e relativi allegati a tutti gli uffici interessati. Nell'anno 2025 si procederà all'adeguamento delle sezioni interessate con la pianificazione di incontri tra il RPCT e le varie articolazioni tenute alla pubblicazione dei dati indicati in Delibera.

4 Sezione 3 - Organizzazione Capitale Umano

4.1 Struttura Organizzativa

L'organizzazione dell'Azienda si articola in:

- N. 8 Dipartimenti;
- N. 37 Unità Operative Complesse (UOC);
- N. 21 Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD);
- N. 27 Unità Operative Semplici (UOS);
- Le tre Direzioni (Generale, Amministrativa e Sanitaria)

Il seguente organigramma rappresenta l'assetto definito dall'Atto Aziendale adottato con Del. 742/2024 in cui si è provveduto al termine del previsto iter, alla riadozione dell'atto aziendale con trasmissione alla Regione Campania degli atti per l'approvazione della stessa, e con DGRC 543/2024 in cui la Regione Campania ha approvato la deliberazione appena citata e il suo contenuto.

Infine con delibera n. vi è stata la presa d'atto della DGRC 543/2024 concernente l'approvazione definitiva dell'Atto Aziendale AORN S.G. Moscati Avellino.

Tale assetto troverà definitiva applicazione con la progressiva attivazione dei posti letto implementati e delle UU.OO che devono trovare nuova allocazione presso il Plesso Landolfi di Solofra o nuova attivazione.



DIPARTIMENTI	UOC	UOS	UOSD
EMERGENZA E ACCETTAZIONE	Terapia Intensiva		
	Terapia Intensiva PO Landolfi		
	Ortopedia e Traumatologia	Protesica Ortopedica	
	Medicina d'urgenza	PS E OBI	Terapia Intensiva Post Operatoria
CUORE E VASI	Cardiologia - UTIC	Cardiologia invasiva- emodinamica	
		TI Cardiologica	
	Cardiochirurgia	Cardiochirurgia Mininvasiva	
			Diagnostica Cardiovascolare
	Chirurgia Vascolare	Trattamento endovascolare delle vasculopatie	Cardioanestesia e Rianimazione
MEDICINA GENERALE	Geriatria	Valutazione multidimensionale geriatrica	
	Malattie Infettive e Tropicali		Gestione infettivologica nei pz immunodef. e AIDS
	Medicina Interna	Angiologia	
	Nefrologia	DIALISI città ospedaliera e DIALISI PO Landolfi	
	Recupero e Riabilitazione funzionale		
	Pneumologia		
			Allergologia
			Dermatologia e Dermochirurgia
			Malattie Endocrine nutrizione e del ricambio
	Medicina Generale ad Indirizzo epatologico e PPI	Supporto Internistico Po Landolfi	Medicina del Lavoro con PL
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	Chirurgia Generale e d'Urgenza	Urgenza Chirurgica	
	Breast Unit		
	Chirurgia Oncologica		
	Chirurgia Toracica		
	Urologia	Uro-oncologica ad indirizzo andrologico	
			Urologia Funzionale
	Gastroenterologia		Day surgery
ONCO - EMATOLOGICO	Ematologia	Terapie Cellulari Avanzate	
		DH Ematologico	
			Terapia del Dolore
	Oncologia con pl	Neoplasie nell'anziano	
	Radioterapia	Fisica Medica	
			Centro Emostasi
	Servizio Immunotrasfusionale	Citofluorimetria e manipolazione cellulare	

MATERNO - INFANTILE	Ostetricia e Ginecologia	Ginecologia Oncologica		
			Ginecologia Sociale	
	Fisiopatologia della Riproduzione			
	Pediatría	PS Pediatrico		
		Genetica Medica		
Sub Intensiva Pediatrica				
Neonatology e TIN				
SERVIZI SANITARI	ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA			
	MEDICINA NUCLEARE CON PL	TERAPIA CON RADIONUCLIDI E DIAGNOSTICA CORRELATA		
	Laboratorio Analisi	Laboratorio Anlisi - Po Landolfi		
			Microbiologia e Virologia	
			Ecografia	
			Laboratorio Genetica	
			Radiologia Interventistica body	
	Radiologia	RM		
TC				
			Radiologia senza pl PO	
TESTA COLLO	Neurochirurgia			
	Neurologia			
			Unità Stroke	
	ORL			
	Oculistica	Patologia retinica medica e chirurgica		
			NEURORIANIMAZIONE	
			SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA	
Neuradiologia				

	UOC	UOS
STAFF DIREZIONE GENERALE	CONTROLLO DI GESTIONE E PROGRAMMAZIONE	
	SICUREZZA SUL LAVORO	
	COORDINAMENTO SPERIMENTAZIONI CLINICHE	
	RISCHIO CLINICO E QUALITA'	MEDICINA LEGALE
		URP E COMUNICAZIONE



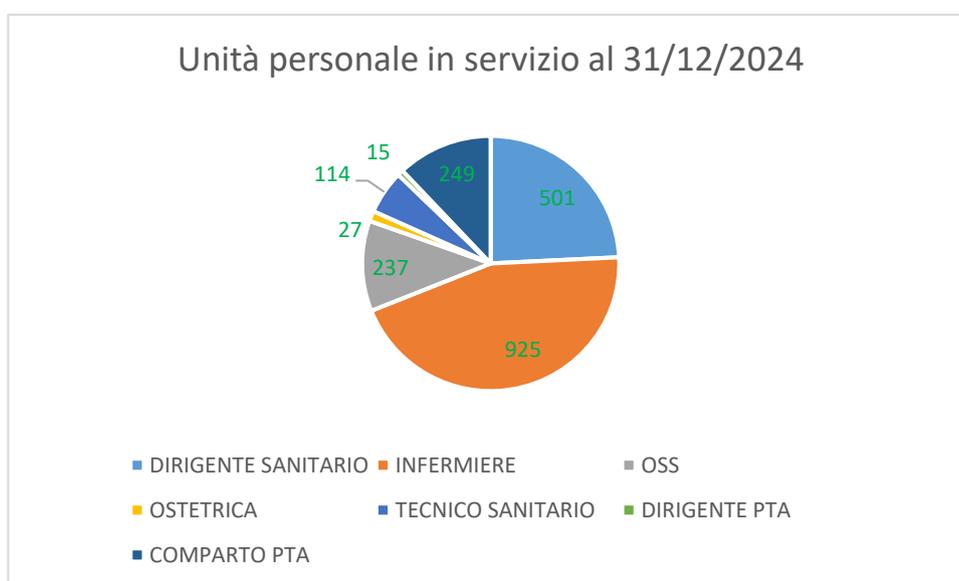
San Giuseppe Moscati
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALITÀ I AVELLINO

STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA	UOC	UOS
	AFFARI GENERALI	CONVENZIONI E RAPP. CON ENTI TERZI
	AFFARI LEGALI	GESTIONI SINISTRI E RAPP. ASSICURATIVI
	GEF	BILANCIO E CONTABILITÀ GENERALE
	GRU	TRATTAMENTO GIURIDICO
		TRATTAMENTO ECONOMICO E RELAZIONI SINDACALI
		PROCEDURE CONCORSUALI E RECLUTAMENTI
	ABS	ECONOMATO
	TECNICO E PATRIMONIO	ING. CLINICA
SERVIZIO TEC. E PATRIMONIO		
APPALTI TECNICI LAVORI E TECNOLOGIE		
SISTEMI INFORMATIVI		
	ADEMPIMENTI AMM. VI CUP - TICKET-ALPI	
	FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO	

STAFF DIREZIONE SANITARIA	UOC	UOS
	DMPO	ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI
		GESTIONE ALPI E LISTE DI ATTESA
	FARMACIA	FARMACOVIGILANZA E DISPOSITIVO-VIGILANZA E FARMACO ECONOMIA
	MEDICINA PREVENTIVA E DEL LAVORO E RADIOPROTEZIONE	
	SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	

La tabella seguente ed il grafico riportano i dati del personale in servizio al 31.12.2024 per i soli dipendenti a TI e TD (n. 2.068 così distinte: n. 2.024 personale a tempo indeterminato e n. 44 personale a tempo determinato). Il prospetto considera il personale in forze nei due plessi quello di C/da Amoretta e quello di Solofra dell'AORN:

	DIRIGENTE SANITARIO	INFERMIERE	OSS	OSTETRICA	TECNICO SANITARIO	DIRIGENTE PTA	COMPARTO PTA	TOT
Unità personale in servizio	501	925	237	27	114	15	249	2.068



Il sistema rivolto all'individuazione, conferimento, rinnovo e revoca degli incarichi dirigenziali è definito attraverso la concertazione dei principi generali con i rappresentanti aziendali delle Organizzazioni Sindacali (OO.SS.) firmatarie dei CC.CC.NN.LL. per le aree della Dirigenza area Sanità e della Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa, coerentemente alle disposizioni normative e contrattuali vigenti.

Il Direttore Generale, sulla base dei principi generali e della specifica regolamentazione aziendale, conferisce ai dirigenti dell'area Dirigenza Sanità incarichi della seguente tipologia:

- Direzione di UOC;
- Responsabilità di UOSD e di UOS;
- Incarico professionale di altissima professionalità a valenza dipartimentale e di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa;
- Incarico professionale di alta specializzazione;
- Incarico professionale di base.

Per i dirigenti dell'area Amministrativa, Tecnica e Professionale, il Direttore Generale conferisce incarichi della seguente tipologia:

- Direzione di UOC;
- Responsabilità di UOS;
- Incarico di natura professionale di base.

A ciascun incarico dirigenziale sono attribuite la missione e le specifiche aree di responsabilità in base agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione, le attribuzioni di competenze nonché un valore economico determinato secondo il modello di graduazione delle posizioni dirigenziali, i cui criteri generali sono fissati in sede di contrattazione aziendale.

A tutti i livelli di responsabilità legati all'esercizio della funzione di governo aziendale si applica il principio della chiara attribuzione di responsabilità e autonomia connesse ad una oggettiva valutazione.

È stato adottato in Azienda il Regolamento "Incarichi Dirigenziali: modalità di affidamento, revoca e valutazione" recepito con Delibera n. 172/2017

Il CCNL comparto sanità 2019-2021 disciplina i nuovi incarichi stabilendo che possono essere attribuiti:

- incarico di posizione, per il solo personale inquadrato in area elevata qualificazione;
- incarico di funzione organizzativa, per il solo personale inquadrato nelle aree dei professionisti della salute e funzionari;
- incarico di funzione professionale, per il personale delle aree dei professionisti della salute e dei funzionari, degli assistenti e degli operatori.

4.2 **Organizzazione del Lavoro Agile**

L' A.O.R.N. "S. G. Moscati" con deliberazione n. 87 del 29/01/2024 ha approvato il nuovo regolamento di disciplina del "Lavoro Agile" del personale del comparto Sanità con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, pieno e parziale.

Con tale regolamentazione è stata superata la concezione del lavoro agile quale strumento eccezionale e temporaneo legato alla pandemia, riconoscendolo quale modalità alternativa di svolgimento della prestazione lavorativa in aderenza al vigente quadro regolatorio rappresentato da:

- la L. 22 maggio 2017, n. 81, recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi di lavoro subordinato", con particolare riferimento agli articoli dal 18 al 23;
- il Decreto 8 ottobre 2021 del Ministro della Pubblica Amministrazione che ha disciplinato il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni e ha individuato le condizionalità, i requisiti organizzativi e individuali per il ricorso al lavoro agile al fine di garantire l'efficienza e la tutela dei diritti dei cittadini ad una adeguata qualità dei servizi;
- le "Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche", adottate previo confronto con le organizzazioni sindacali e con l'intesa della Conferenza unificata in data 16.12.2021, che hanno dettagliato le condizionalità per il ricorso al lavoro agile (tra cui la necessaria rotazione del personale e la prevalenza, per ciascun lavoratore, del lavoro in presenza) prevedendo che, nelle more della sottoscrizione definitiva dei CCNL, l'accesso a tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa possa avvenire esclusivamente nel rispetto delle stesse e previa stipula di un accordo individuale;
- il D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105 c.d. "Decreto Conciliazione vita - lavoro" che ha modificato l'art. 18 della L. n. 81/2017, introducendo una priorità di accesso al lavoro agile ai lavoratori con figli fino ai dodici anni di età o con figli in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, co. 3 della L. n. 104/92 e ai lavoratori in situazione di disabilità grave accertata ai sensi della art. 4, co. 1 della L. n. 104/92;
- la Direttiva Ministero della Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023;
- il CCNL del comparto Sanità relativo al triennio 2019-2021, sottoscritto in data 2 novembre 2022, che al capo I del titolo VI intitolato "Lavoro a distanza" disciplina l'istituto del lavoro agile individuando caratteristiche, modalità, limiti e tutele.

Accordo individuale

Il ricorso al lavoro agile richiede, così come previsto dall'articolo 18, comma 1, della Legge 22 maggio 2017, n. 81, la sottoscrizione di un accordo individuale a tempo determinato, accessorio al contratto individuale di lavoro, tra il Responsabile e il dipendente che regola diritti e obblighi reciproci. A tal fine è stato predisposto un modello specifico allegato alla regolamentazione aziendale disciplinante:

- le modalità della prestazione lavorativa svolta all'esterno della sede di lavoro, nonché i tempi di riposo e disconnessione;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo sulla prestazione resa dal lavoratore;
- la durata dell'accordo, le ipotesi e le modalità di giustificato motivo di recesso;

- l'individuazione della fascia e delle modalità di contattabilità;
- le strumentazioni tecnologiche utilizzate dal lavoratore;
- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione;
- l'impegno del dipendente a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni dell'Azienda utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa.

Fermo restando che la vigente normativa in materia richiede la rotazione del personale e la prevalenza, per ciascun lavoratore dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza il lavoro agile è consentito dal regolamento aziendale per un massimo di due giorni a settimana, individuati, con congruo anticipo, dal Responsabile in base alle esigenze funzionali e organizzative.

L'Azienda garantisce:

- Parità di trattamento giuridico ed economico rispetto al personale che svolge le medesime mansioni all'interno dell'Azienda;
- Assenza di vincoli di orario ma rispetto della durata dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale;
- Assenza di penalizzazioni ai fini del riconoscimento delle professionalità e delle progressioni di carriera.

Condizionalità e fattori abilitanti

Il lavoro agile sarà autorizzabile esclusivamente per le prestazioni lavorative che rispettano i seguenti requisiti e condizionalità:

- possibilità di delocalizzare le attività assegnate senza che sia necessaria la presenza fisica nella sede di lavoro;
- possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia operativa;

Ne consegue che sono necessariamente escluse le attività che richiedono l'effettuazione di prestazioni da svolgere su turni o quotidianamente e necessariamente presso specifiche strutture di erogazione dei servizi (front office) ovvero che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

La verifica della sussistenza delle condizioni di cui sopra è effettuata dal Direttore/Responsabile di Struttura che dovrà attestare altresì la compatibilità con le esigenze di servizio della Struttura ed in particolare l'invarianza dei servizi resi a favore dell'utenza interna ed esterna nonché l'efficace ed efficiente svolgimento dei processi di lavoro ai quali il dipendente è assegnato.

A tal proposito, si segnala che in conformità alle indicazioni contenute nella Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023 è consentito derogare al criterio della prevalenza della prestazione lavorativa in presenza con riguardo ai "lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari", attribuendo ai singoli Dirigenti, la responsabilità di individuare, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali, le misure organizzative del caso.

Priorità di accesso

I Responsabili, fermo restando la preliminare verifica dei presupposti e condizioni per l'attivazione del lavoro agile, riconosceranno la priorità alle richieste formulate da dipendenti che si trovano in condizioni di svantaggio o che rientrano nelle categorie previste dal D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105, c.d. "Decreto Conciliazione vita - lavoro".

Requisiti digitali

In merito ai requisiti digitali e informatici, è prevista la possibilità di utilizzare dotazioni tecnologiche nella disponibilità del dipendente oppure, in caso di indisponibilità, l'utilizzo di strumentazione aziendale compatibilmente con le disponibilità esistenti.

È stata predisposta una specifica procedura operativa, allegata alla regolamentazione, per l'installazione del software VPN e sui requisiti di sicurezza da rispettare. Il dipendente, nell'accordo individuale, deve attestare il rispetto di tali requisiti minimi di sicurezza. La U.O.C. Sistemi Informativi fornisce un idoneo servizio di attivazione e di assistenza del collegamento da remoto contattabile via mail aziendale o numero telefonico incaricato dell'invio delle credenziali e delle istruzioni operative di installazione.

Misurazione della performance

Il lavoro agile dovrà consentire il mantenimento del medesimo livello quali-quantitativo di prestazione e di risultati che si sarebbe conseguito presso la sede di lavoro.

Ciascun Responsabile provvede ad assegnare al dipendente le attività da svolgere e gli obiettivi.

In riferimento alla valutazione delle performance, l'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile non comporta alcuna differenziazione rispetto allo svolgimento in modalità tradizionale e pertanto la valutazione finale della performance terrà conto del raggiungimento complessivo degli obiettivi assegnati e dei comportamenti manifestati in entrambe le modalità di lavoro.

Formazione al lavoro agile

Per ciò che concerne la formazione nel lavoro agile al fine di accompagnare il percorso di consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione, l'AORN prevedrà specifiche iniziative formative per personale che usufruisce di tale modalità di svolgimento della prestazione.

Sviluppo del lavoro agile

Considerato che l'A.O.R.N. "S. G. Moscati" fornisce prestazioni sanitarie all'utenza e risponde alle richieste assistenziali della popolazione, l'applicazione del lavoro agile può avvenire solo in modo residuale.

L'obiettivo aziendale è favorire quanto più possibile l'accesso a tale modalità di lavoro, fermo restando il rispetto delle condizionalità e dei requisiti previsti nella regolamentazione, la compatibilità con le esigenze di servizio della struttura, l'assenza di una diminuzione di produttività, sia in termini di quantità che qualità del lavoro svolto, il rispetto delle scadenze previste.

Novità rilevante, inoltre, è stata introdotta dal CCNL relativo al personale dell'Area delle Funzioni Locali triennio 2019-2021, il quale al Capo I detta disposizioni relative al lavoro agile applicabili alla Dirigenza PTA. Nello specifico all'art. 11 vengono definite le linee generali per lo svolgimento di tale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro, mentre l'art. 12 ne rimette lo svolgimento ad apposito accordo individuale.

Ad oggi, sono 31 i fruitori di tale modalità lavorativa appartenenti alle strutture di seguito riportate:

Unità Operativa	Numero dipendenti	Numero ore
UOC Tecnico e Patrimonio	2	313
UOC Acquisizione Beni e Servizi	4	189
UOC Gestione Economica Finanziaria	11	3469
UOC Sistemi Informativi	1	402
UOC Gestione Risorse Umane	7	1351
UOC Affari Legali	4	654
UOC Controllo di Gestione e Programmazione	2	186

4.3 Piano Triennale Fabbisogno del Personale

L'art. 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, stabilisce l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare il piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter dello stesso D.Lgs. n. 165/2001.

L'AORN Moscati ha definito sulla base delle indicazioni contenute nel Disciplinare tecnico - Metodologia di determinazione del Fabbisogno di Personale del SSR, alla Delibera della Giunta Regionale n. 190 del 19/04/2023, la determinazione del Piano Triennale di Fabbisogno del Personale, ai sensi dell'art. 6-ter, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come inserito dall'art. 4, comma 3, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, nonché dall'art. 1 della Legge 24 aprile 2020 n. 27.

In particolare, il documento allegato alla citata DGRC, fornisce delle linee di indirizzo che permettano di individuare principi e criteri univoci e omogenei che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole realtà aziendali, garantiscano una base comune di riferimento applicativo per ogni funzione e ruolo.

Con DGRC 148 del 03/04/2024 la Regione Campania ha approvato la rimodulazione budget di spesa del personale delle Aziende del SSR a decorrere dall'anno 2024, e con nota 321970 del 28/06/2024 la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR ha invitato le Aziende ad adottare il PTFP provvisorio per il triennio 2023/2025, in aggiornamento a quanto già adottato.

Il PTFP dell'AORN è stato definito nel rispetto degli obiettivi previsti dalla normativa vigente nazionale che delle linee di indirizzo della programmazione regionale.

Di seguito si riporta la tabella riepilogativa del piano triennale del fabbisogno di personale approvato con Delibera n.737 del 06.08.2024, rettificata con delibera n. 923 del 11.11.2024, e successivamente approvato dagli organismi regionali con DGRC n. 627 del 21/11/2024.

AAOO/JAA.OO.UU./RCCS	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022 SSN	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2023	PTFP 2024	PTFP 2025
RUOLO SANITARIO	1.462	1.897	435	179	126	48	5
Dirigenti Medici	401	510	109	75	39	32	4
Dirigenti Sanitari non medici	44	60	16	8	5	2	1
<i>di cui dirigenti professioni sanitarie</i>				1			1
<i>di cui farmacisti</i>	12			-			
<i>di cui altri sanitari non medici</i>	32			7	5	2	
Personale del comparto area sanitaria	1.017	1.327	310	96	82	14	-
<i>di cui infermieri</i>	847	1.125	278	66	59	7	
<i>di cui ostetriche</i>	27	27		3	1	2	
<i>di cui tecnici sanitari</i>	130	160	30	6	2	4	
<i>di cui altro comparto sanitario</i>	13	15		21	20	1	
RUOLO SOCIO SANITARIO	163	334	171	102	39	53	10
Personale del comparto area socio-sanitaria	163	334	171	102	39	53	10
<i>di cui OSS</i>	162	331	169	101	38	53	10
<i>di cui assistenti sociali</i>	1	3	2	1	1		
RUOLO TECNICO	55	86	31	16	4	12	-
Dirigenti	2	3	1	-			
Personale del comparto area tecnica	53	83	30	16	4	12	
RUOLO PROFESSIONALE	5	8	3	2	2	-	-
Dirigenti	3	6	3	2	2		
Personale del comparto area professionale	2	2	-	-			
RUOLO AMMINISTRATIVO	168	190	22	3	-	3	5
Dirigenti	11	14	3	-			
Personale del comparto area amministrativo	157	176	19	8		3	5
TOTALE	1.853	2.515	662	307	171	116	20

4.4 Formazione del Personale

Le attività di formazione del personale sono finalizzate allo sviluppo ed al mantenimento delle competenze professionali. La formazione favorisce l'offerta di prestazioni e servizi sanitari appropriati diffonde la cultura della salute, incoraggia l'aggiornamento e la riqualificazione delle competenze del personale.

L'Azienda, in considerazione che l'adeguamento alle evidenze scientifiche ed innovazioni tecnologiche rappresentano uno stimolo alla evoluzione dei processi in campo sanitario, avverte la necessità di una formazione continua per mantenere e sviluppare le conoscenze e le abilità possedute dalle professionalità aziendali. L'assunzione di capacità, atteggiamenti e comportamenti, nonché l'acquisizione e l'integrazione di conoscenze permette di affrontare meglio il cambiamento.

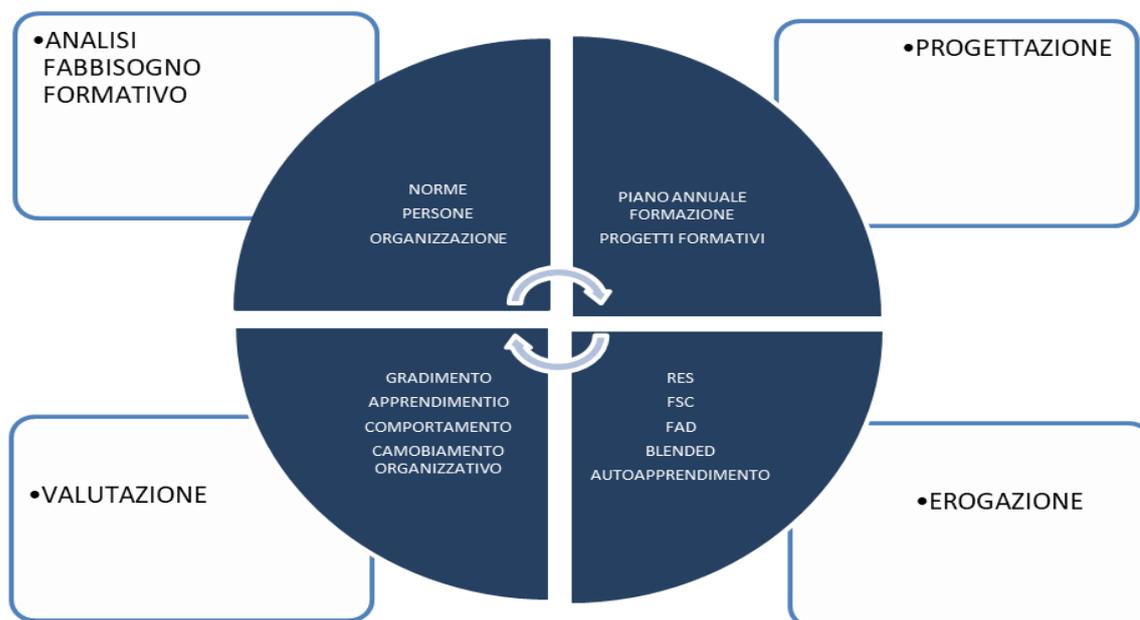
L'AORN SG Moscati è accreditata presso l'Agenas quale Provider regionale per la erogazione delle diverse attività formative per la erogazione di ECM; Formazione Residenziale (RES) Formazione sul Campo (FSC), formazione a distanza (FAD sincrona e asincrona). Il percorso si è concluso nel 2021 e consente, attualmente, all'AORN SG Moscati di erogare tutte le tipologie formative ECM con riconoscimento dei relativi crediti.

L'AORN SG Moscati, nell'ambito delle attività di formazione continua, ha identificato i propri processi che si suddividono in processi primari e di supporto

FORMAZIONE

I processi primari sono rappresentati nella fig.1 secondo il ciclo della formazione

Figura 1



Gli eventi organizzati che possono rientrare anche nel programma di ECM appartengono ad alcune grandi categorie riportate qui di seguito

FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES)

La formazione residenziale (RES) prevede una attività didattica con la contestuale presenza di uno o più docenti e dei discenti a quali si rivolge la formazione.

È una tipologia di formazione storicamente destinata ai professionisti del settore medico-sanitario che scelgono di aggiornare e migliorare le proprie competenze, abilità cliniche e conoscenze sia tecniche che di tipo manageriale.

Una formazione molto importante che ha lo scopo di offrire un servizio sempre più di qualità ai pazienti per il loro benessere e la loro salute.

Esistono diverse tipologie di formazione residenziale: seminari, congressi, convegni, workshop, conferenze, meeting, corsi di aggiornamento, tavole rotonde, corsi in videoconferenza (in sincrono) c.d. Res-videoconferenza o corsi pratici con vari livelli di interazione.

L'organizzazione degli eventi residenziali richiede un lavoro di preparazione lungo e impegnativo che coinvolge più aspetti organizzativi. A partire dalla progettazione della attività formativa vera e propria, con la definizione e strutturazione degli argomenti del corso e della scelta dei docenti, passando per le modalità con cui pubblicizzare, comunicare, scelta dello spazio, lo sviluppo e la gestione dell'evento da parte degli organizzatori (fasi essenziali anche queste ultime e spesso non semplici)

FORMAZIONE A DISTANZA FAD

La Formazione a Distanza (FAD) è una tipologia di formazione, che ha assunto una importanza rilevante, quale strumento per la formazione e agevolazione del processo di apprendimento, in ragione delle restrizioni introdotte per contrastare l'epidemiologia da Covid 19.

La formazione a distanza viene erogata attraverso una specifica piattaforma e-learning interattiva, per la gestione delle lezioni, di cui si dotata la UOS Formazione e Aggiornamento ed attraverso la quale può erogare eventi FAD con accreditamento ECM sia sincroni e asincroni.

La fruizione di tale attività formativa presuppone la dotazione di pochi strumenti: è sufficiente una connessione ad internet e una strumentazione idonea alla ricezione e alla registrazione delle informazioni (pc, registratore, tv, telecamera)

Tale tipologia si distingue rispetto alla modalità di formazione residenziale in aula per la semplicità e facilità di fruizione dell'attività formativa.

Il docente ed i discenti, non essendo costretti a frequentare fisicamente un'aula, possono alle piattaforme e-learning per dedicarsi alla dall'apprendimento e all'aggiornamento in qualunque momento della giornata e in qualunque luogo.

FORMAZIONE SUL CAMPO

Attraverso tale attività formativa si prevede il coinvolgimento dell'operatore sanitario in stage o tirocini, in attività di ricerca, in gruppi di lavoro finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza o delle procedure sanitarie o di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni o dei risultati delle stesse.

Attraverso l'apprendimento di esperienza diretta finalizzata a trasferire non solo abilità e informazioni, ma anche norme di comportamento e atteggiamenti non scritti.

La Formazione sul campo (FSC), soprattutto, se organizzata in piccoli gruppi e svolta nell'ambiente di lavoro degli operatori, o anche come tirocini individuali, può rivelarsi preziosa per una riflessione critica sulla pratica clinica, per il miglioramento delle competenze gestuali e relazionali ed, al tempo stesso, può stimolare percorsi di miglioramento dell'organizzazione e di promozione del lavoro

BLENDED

L'attività di formazione "blended" è un percorso che prevede l'utilizzo integrato di diversi formati e tipologie didattiche permettendo di perseguire un aumento di qualità del processo formativo attivato.

I progetti formativi blended può prevedere la combinazione di:

lezioni o attività affidate ad un docente o a un tutor (in aula, in classe virtuale, in video, ecc.);

attività in autoapprendimento (contenuti digitali, CBT (Computer Based Training -un esempio possono essere i corsi di lingua su CD interattivi), WBT (Web-Based Training Versione on-line del CBT, si riferisce ai corsi che si possono seguire con una connessione ad Internet). ma anche manuali, testi, risorse libere, ecc.);

processi di apprendimento collaborativo nell'ambito di una learning community (basati sull'interazione sincrona, in presenza o a distanza (chat, videoconferenze), o su strumenti di comunicazione asincrona-forum, mailing list, news letter,etc.).

Il blended learning è una metodologia tesa a valorizzare, in un progetto didattico, sia i punti di forza della formazione in presenza che le specificità della formazione a distanza, in particolare della formazione in rete.

FORMAZIONE CONTINUA ECM

L'Azienda Ospedaliera attraverso l'U.O.S. Formazione e Aggiornamento intende privilegiare un sistema di formazione continua che sia coerente con la mission aziendale e funzionale con il raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale.

La Direzione Strategica annualmente definisce gli obiettivi e le linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Formativo di Formazione Continua e quindi le priorità da dare alla programmazione. La scelta delle priorità formative viene effettuata tenendo conto di eventuali indicazioni nazionali, regionali e aziendali. L'analisi dei bisogni formativi rappresenta il primo passo nel processo di formazione e consente di determinare i contenuti della formazione e quindi di delineare le basi del piano formativo. Con note dell'UOS Formazione e Aggiornamento a firma della Direzione Strategica congiuntamente al Responsabile dell'U.O.S. "Formazione ed Aggiornamento", si avvia l'analisi dei fabbisogni formativi al fine di rilevare con i Direttori di Dipartimento e i Responsabili delle varie Unità Operative Complesse i bisogni generali e specifici e, di conseguenza, definire i percorsi formativi in grado di sviluppare competenze ancorate alle esigenze aziendali.

Il primo anello del processo è, pertanto, l'analisi del fabbisogno formativo che evidenzia "carenze" e "criticità" da superare e che deve tener conto delle reali necessità aziendali, adeguando – continuativamente- conoscenze, abilità e competenze di tutti gli operatori, in particolare, degli operatori sanitari. Tale obiettivo, indice di una efficace capacità organizzativa, viene raggiunto anche grazie al livello di collaborazione e condivisione costruito negli anni.

Per bisogno formativo è da intendersi sia la necessità degli operatori sanitari di essere aggiornati su particolari tematiche, che l'esigenza della Direzione Aziendale di soddisfare particolari bisogni, tenendo presente il Piano Sanitario Nazionale, Regionale, particolari disposizioni di legge e gli obiettivi individuati dalla Commissione Nazionale e Regionale in materia di Educazione Continua in Medicina –ECM-.

Acquisito il fabbisogno formativo l'U.O.S. Formazione e Aggiornamento, congiuntamente al Comitato Tecnico Scientifico, analizza le criticità organizzative e professionali e valida le attività formative proposte in conformità ai criteri identificati e condivisi dai componenti dello stesso. Il passaggio finale è demandato al Direttore Generale che, con specifico provvedimento deliberativo, prende atto e approva il Piano formativo annuale proposto. Le modifiche e le integrazioni che dovessero intervenire nel corso dell'anno per esigenze emerse, verranno sempre valutate dalla Direzione Aziendale e dal Comitato Scientifico.

La rilevazione del fabbisogno formativo avviene attraverso la compilazione della scheda appositamente predisposta, preceduta da contatti con i responsabili delle varie strutture aziendali

L'inserimento delle proposte nel Piano Formativo Aziendale, dunque, viene attuato attraverso un processo di analisi delle stesse, tenendo conto nella valutazione: delle esigenze segnalate a livello di Direzione Strategica (indirizzi strategici aziendali, identificazione degli obiettivi formativi sui quali si ritiene prioritario implementare le attività formative), dei bisogni identificati nelle strutture organizzative (criticità identificate come suscettibili di miglioramento attraverso interventi formativi); delle competenze professionali da acquisire e/o sviluppare; della coerenza con gli obiettivi formativi di interesse nazionale e regionale. L'analisi della fattibilità degli eventi formativi tiene inoltre conto delle modalità di realizzazione, della sostenibilità in termini organizzativi e della sostenibilità in termini economici.

Per ogni evento/progetto formativo aziendale viene indicato l'argomento, una breve sintesi delle finalità, la qualifica/disciplina professionale, il numero di partecipanti, il luogo e la data di svolgimento.

L'obiettivo è di realizzare almeno il 50% delle attività pianificate annualmente e rispettare le scadenze per la presentazione del Piano e di tutte le attività connesse, come previsto dalle direttive ECM. Qualora la programmazione risultasse carente, rispetto alle necessità preventivate, anche per esigenze formative emergenti, vengono adottati i sistemi previsti per favorire l'integrazione del Piano, coerentemente con le risorse disponibili e con il target e gli obiettivi formativi indicati dai responsabili scientifici proponenti.

La diffusione delle informazioni relative alle iniziative formative programmate dall'Azienda avviene attraverso la pubblicazione sul sito web dell'Azienda e, in particolare, sulla piattaforma della formazione e comprende le attività del Piano, quelle aggiunte nel corso dell'anno, ma anche eventuali comunicati utili per la visualizzazione e consultazione da parte di tutti gli operatori e di chiunque possa essere interessato. La diffusione può avvenire anche attraverso depliant e locandine prodotte da tipografie aggiudicatarie di gara aziendale.

Gli eventi che rientrano nel programma di Educazione Continua in Medicina, sono eventi accreditati presso il Ministero della Salute – Agenas.

Ogni evento, in base alla durata e alle modalità di insegnamento, offre la possibilità di acquisire un diverso numero di crediti.

Gli eventi ECM possono essere di diverse tipologie: Residenziali, di Formazione a distanza (FAD) e Blended.

Il Piano aziendale della formazione vuole quindi quanto più possibile rappresentare il frutto di una elaborazione convergente e sintonica con le reali esigenze degli operatori e delle Strutture e in armonia con la strategia complessiva dell'Azienda.

Gli obiettivi formativi tecnico-professionali

si tratta di obiettivi finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività. Gli eventi che programmano il loro conseguimento sono specificatamente rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina

- Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
- Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere
- Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà
- Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
- Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione
- Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), uove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali
- Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate
- Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale
- Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza
- Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate
- Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione
- Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto
- Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment
- Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali

- Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
- Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza
- Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione
- Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti

Gli obiettivi formativi di processo

si tratta di obiettivi finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione

- Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura
- Appropriatelyzza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA)
- La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato
- Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale
- Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera
- Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali
- Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure
- Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria
- Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo
- Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti
- Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo
- Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo

Gli obiettivi formativi di sistema

si tratta di obiettivi finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)
- Linee guida - protocolli - procedure
- Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie
- Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale
- Etica, bioetica e deontologia

- Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema
- Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema
- Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema

Il Piano della Formazione Aziendale Annuale, formalizzato con atto del legale rappresentante dell'ente, permane uno dei requisiti indispensabili per poter erogare attività formativa in qualità di provider pubblico accreditato

La stesura del P.F.A. ECM è stata ispirata dall'intento di favorire la partecipazione del personale aziendale alle iniziative formative investendo in progetti che accrescano competenze di tipo relazionale, che siano funzionali ad obiettivi di carattere multiprofessionale/multidisciplinare e che permettano di raggiungere un generale ed effettivo accrescimento, in termini di capacità lavorativa, degli attori coinvolti nell'azione formativa aziendale.

I soggetti responsabili della programmazione e dello sviluppo delle attività di formazione sono prioritariamente identificati nei Dirigenti Responsabile delle Unità Operative che, declinando gli obiettivi strategici in operativi, sono chiamati a valutare se vi sia o meno distanza tra le competenze necessarie al loro raggiungimento e quelle direttamente coordinate identificando, in definitiva, l'eventuale necessità di intervenire con percorsi di formazione diretti al proprio personale. Questi attori del processo formativo, inoltre, ben conoscendo le competenze professionali del personale afferente alle proprie strutture, l'ambiente ed il clima lavorativo, nonché i flussi di lavoro in cui esso è coinvolto, possono fornire informazioni che si rivelano preziose nella progettazione degli interventi, suggerendo accanto alle necessità formative/informative anche le modalità di erogazione e di trasferimento delle conoscenze più idonee rispetto ai fattori su menzionati.

AZIONI FORMATIVE ECM DA REALIZZARE NEL 2025

TITOLO CORSO	SINTESI OBIETTIVI	NR PART. X ED	ORE X ED	ORE TOT	PROFESSIONI	TOTALE PARTECIPANTI COMPRESO LE EDIZIONI
TAKOTSUBO: LA MALATTIA DEL CUORE INFRANTO	SCOPO DELL'EVENTO E' FORNIRE APPROFONDIMENTO SULLA SINDROME TAKOTSUBO ENTITA' CLINICA MOLTO PIU' FREQUENTE DI QUANTO SI PENSI	70	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	70
SCOMPENSO CARDIACO	DIFFUSIONE DEL PDTA REGIONALE SULLO SCOMPENSO CARDIACO E INTEGRAZIONE MULTIDISCIPLINARE NEL TRATTAMENTO DELLO SHOCK CARDIOLOGICO	100	8	8	MEDICI INFERMIERI	100



CORE SKILLS IN CARDIOLOGIA (DOLORE TORACICO E ARITMIE CARDIACHE)	FOCUS SULLE COMPETENZE TECNICO-RELAZIONALI DELL'INFERMIERE IN CARDIO-UTIC, MIGLIORAMENTO DI GRUPPI DI LAVORO	50	8	16	INFERMIERI TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	50
GESTIONE PRE/POST OPERATORIA DEL PAZIENTE VASCOLARE	FORNIRE LE COMPETENZE NECESSARIE ALLA GESTIONE PRE/POST OPERATORIA IN RELAZIONE ALLA TIPOLOGIA DI INTERVENTO. GESIONE DEL PZ. CRITICO	16	6	6	MEDICI INFERMIERI TECN. RAD.	32
INTERPRETAZIONE IN URGENZA DI ECG ED EGA	ACQUISIZIONE DI COMPETENZE PER IL RAPIDO RICONOSCIMENTO DI ALTERAZIONI MINACCIOSE DEL RITMO CARDIACO E DELL'EQUILIBRIO ACIDO- BASE	80	8	48	TUTTE LE PROFESSIONI	160
LA NIV NELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA: PRINCIPI E PRATICA	ACQUISIZIONE DI COMPETENZE DI BASE PER L'UTILIZZO DELLA NIV NEL TRATTAMENTO DELL'ISUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA	120	8	64	TUTTE LE PROFESSIONI	240
GESTIONE ACCESSI VASCOLARI	GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI SECONDO LE ULTIME LINEE GUIDA ISS 2024- RIDUZIONE DELLE CLABSI E CRBSI ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLE BEST PRACTICE	50	8	24	INFERMIERI, OSS(UDITORI)	100
LESIONI DA PRESSIONE	IMPLEMENTARE CONOSCENZE SUL TEMA DELLE LESIONI DA PRESSIONE ATTRAVERSO BUONE PRASSI BASATE SU EVIDENZE SCIENTIFICHE CHE RACCOMANDANO DI AGIRE IN MANIERA PREVENTIVA SUI FATTORI DI RISCHIO E SUI COMPORTAMENTI PROFESSIONALI AL FINE DI RIDURRE O ELIMINARE LE CAUSE DI INSORGENZA DELLE LDP	50	8	24	INFERMIERI, OSS(UDITORI)	100
LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE	CONDIVISIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE PER LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE IN TERAPIA INTENSIVA: ASPETTI CLINICI, EVIDENZE SCIENTIFICHE, APPORTO NUTRIZIONALE E GESTIONE INFERMIERISTICA	100	8	24	MEDICI INFERMIERI, OSS(UDITORI)	200
UMANIZZAZIONE DELLE CURE IN TERAPIA INTENSIVA	UMANIZZAZIONE DELLE CURE NELLE TERAPIE INTENSIVE "APERTE"	100	8	24	MEDICI INFERMIERI PSICOLOGI	200



GESTIONE DEL DELIRIUM NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI: PROPOSTA DI PROTOCOLLO	IL DELIRIUM NELL'ANZIANO E' UN FATTORE DI RISCHIO CHE INCREMENTA LA MORTALITA' IN MODO ESPONENZIALE IN TUTTI I SETTING PER ACUTI.	40	8	8	MEDICI	40
IL NURSING OSPEDALIERO E TERRITORIALE :CONFRONTO DI ESPERIENZE	NEL PERCORSO OSPEDALE TERRITORIO E' FONDAMENTALE CONOSCERE LE DIFFERENTI COMPETENZE DEL NURSING E COME ESSI SI DEBONO NECESSARIAMENTE INTEGRARE	40	8	8	MEDICI INFERMIERI INF. PED. OSTETRICHE FKT OSS ASS. SOCIALI	40
LA PERSONA ANZIANA PROTAGONISTA DELLA SUA SALUTE: LEGGE 33/23	LA LEGGE N. 33/23 HA COMPLETAMENTE MODIFICATO LA INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO NELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI	50	8	8	MEDICI	50
IL FILO DI ARIANNA DELL'INFIAMMAZIONE T2	IL CONVEGNO HA LA FINALITA' DI CHIARIRE I VARI ASPETTI DELL'IMMUNOLOGOSI T2 CHE COINVOLGE I VARI APPARATI: CUTE, APP. RESP APP. DIG. SISTEMA IMMUNITARIO I CUI ASPETTI DEVONO ESSERE APPROCCIATI A LIVELLO MULTISCIPLINARE.	100	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	100
PSORIASI: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PZ. COMPLESSO	LA PSORIASI E' UNA MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA CHE INTERESSA PREVALENTEMENTE MA NON ESCLUSIVAMENTE LA CUTE. UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE CONSENTE DI MIGLIORARE L'APPROCCIO DIAGNOSTICO E PERSONALIZZARE IL PERCORSO TERAPEUTICO	100	8	8	MEDICI INFERMIERI INFERMIERI PED.	100
ARTERIOPATIA PERIFERICA OSTRUTTIVA NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE	INQUADRAMENTO DEL PAZIENTE CARDIOVASCOLARE CON PAD A 360°, CON TEAM MULTIDISCIPLINARE	50	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	50
IL FINE VITA: ETICA E GESTIONE MEDICA	GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE LEGATE AL FINE VITA	50	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	50
BEST PRACTICE ASSISTENZIALI IN DEGENZA OSPEDALIERA: DAL RICOVERO ALLE DIMISSIONI	SENSIBILIZZARE E FORMARE IL PERSONALE DEI REPARTI DI DEGENZA ALLA CORRETTA PRATICA DI GESTIONE DEL PAZIENTE: A) POSIZIONAMENTO A LETTO; B) ASSISTENZA AL PASTO DEL DEGENTE; C) TRASFERIMENTI DEL DEGENTE	30	6	18	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE	90



FEBBRI ESTIVE ED ARBOVIROSI	LE ARBOVIROSI SONO UN PROBLEMA EMERGENTE DI SANITA' PUBBLICA . SCOPO DEL PROGETTO E' QUELLO DI DIFFONDERE LE CONOSCENZE SULL'ARGOMENTO	60	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	60
CORSO DI FORMAZIONE AIDS LEGGE 135/90 PER IL PERSONALE DI COMPARTO-OBBLIGATORIO	FORMARE IL PERSONALE DEL COMPARTO DELL'UOC DI MALATTIE INFETTIVE ALLE PROBLEMATICHE DEI PAZIENTI CON HIV/AIDS	25	36	72	INFERMIERI UOC MALATTIE INFETTIVE	50
LA TERAPIA INSULINICA IN OSPEDALE	I PAZIENTI DIABETICI CHE, PER VARI MOTIVI, NECESSITANO DI RICOVERO OSPEDALIERO IN SEGUITO AD EVENTI VARI, POSSONO ANDARE INCONTRO AD UNO SCOMPENSO GLICOMETABOLICO PER CUI RISULTA NECESSARIA UNA MODIFICA DELLA TERAPIA ANTIDIABETICA SPESSO CON INIZIO TERAPIA INSULINICA	50	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	50
NUTRIDIAB: CLINICAL UPDATE IN NUTRIZIONE E DIABETE	LA MALNUTRIZIONE E' UNA CONDIZIONE PATOLOGICA DERIVANTE DA UN APPORTO INSUFFICIENTE DI CALORIE, PROTEINE, VITAMINE E MINERALI. I DATI EPIDEMIOLOGICI DI INCIDENZA E PREVALENZA MOSTRANO UN TREND IN SALITA PER PATOLOGIE QUALI L'OBESITA' E LA MALNUTRIZIONE	70	12	12	MEDICI BIOLOGI INFERMIERI DIETISTE	70
UPDATE DI URONCOLOGIA	DIAGNOSI- TERAPIA- PREVENZIONE E GESTIONE MEDICO-INFERMIERISTICA DELLE PATOLOGIE URONCOLOGICHE	50	18	36	MEDICO INFERMIERE TSRM	100
CORSO DI RIANIMAZIONE NEONATALE PER ESECUTORI	ADEGUARE LA RIANIMAZIONE ALLA NASCITA ALLE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI	20	18	54	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO OSTETRICHE PERSONALE P.S.	60
MANAGEMENT DEL PAZIENTE PEDIATRICO CON INTOSSICAZIONE	MANAGEMENT DELLE PROBLEMATICHE LEGATE ALL'EMERGENZA PEDIATRICA RIVOLTA A TUTTI GLI OPERATORI DEDICATI ALLE URGENZE OTTIMIZZANDO L'ATTIVITA' OPERATIVA	30	8	8	TUTTE LE PROFESSIONI	30
PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT (PALS)	EVENTO FORMATIVO DELL'AMERICAN HEART ACCADEMY FINALIZZATO ALL'APPRENDIMENTO DELLE PROCEDURE E DELLE LINEE GUIDA CON SKILLS PRATICHE PER LA STABILIZZAZIONE	18	9	18	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO-PERSONALE P.S.	72



	AVANZATA DEL BAMBINO IN CODICE ROSSO					
RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE ESPOSTO A RADIAZIONI IONIZZANTI E NON IONIZZANTI	FORMAZIONE E INFORMAZIONE SUI PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA RADIOPROTEZIONE DEL PERSONALE RADIOESPOSTO A RADIAZIONI IONIZZANTI E NON	50	8	16	MEDICI INFERMIERI TSRM	100
FORMAZIONE DEL PERSONALE DI MEDICINA NUCLEARE NELL'AMBITO DELLA TERAPIA RADIOMETABOLICA ALLA LUCE DEL DLGS 101/2020 E SMI	GESTIONE DEI PZ AFFERENTI ALLA TERAPIA RADIOMETABOLICA ALLA LUCE DELLE NOVITA' INTRODOTTE DAL DLGS 101/2020	15	8	16	MEDICI INFERMIERI TSRM DI MEDICINA NUCLARE	30
IL METODO SBAR PER MIGLIORARE LA QUALITA' DELLE CURE E GARANTIRE LA SICUREZZA DEL PZ ATTRAVERSO IL PASSAGGIO CHIARO E STRUTTURATO DELLE INFORMAZIONI	CONOSCERE LA METODOLOGIA SBAR QUALE TECNICA COMUNICATIVA EFFICACE, TEMPESTIVA, CHIARA, PERTINENTE E CORRETTA PER IL PASSAGGIO DELLE CONSEGNE	30	20	60	INFERMIERI	90
IL RUOLO DEL COORDINATORE DELLE PROFESSIONI SANITARIE ALLA LUCE DELL'APPLICAZIONE DEL CCNL COMPARTO SANITA' 2019-2021- RICADUTE SUI MODELLI ORGANIZZATIVI E SULLA QUALITA' ASSISTENZIALE	FORNIRE AI COORDINATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE STRUMENTI DI APPLICAZIONE DEL CCNL COMPARTO SANITA' 2019- 2021	60	8	8	INFERMIERI INF. PEDIATRICI TECN. RAD. TECN LAB. OSTETRICHE FKT TECN. PERF. TECN NFP.	60
LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE	IN LINEA CON LE DIRETTIVE REGIONALI L'EVENTO FORMATIVO SI PROPONE DI ATTUARE DI CONCERTO CON IL TERRITORIO INIZIATIVE PER PROMUOVERE STILI DI VITA SALUTARI (ES. LOTTA LA TABAGISMO, OBESITA')	60	10	10	TUTTE LE PROFESSIONI	60
OGGI CONVIENE ANCORA UMANIZZARSI? DALLA TUTELA DEI DATI ALLA CURA DELL'ANIMA: UN VIAGGIO NELLA PRIVACY E UMANIZZAZIONE	TUTELARE LA PRIVACY DEI PAZIENTI SENZA COMPROMETTERE LA QUALITA' DELLE CURE E LA CENTRALITA' DELLA PERSONA ATTRAVERSO L'ANALISI DELLE IMPLICAZIONI ETICHE, SPIRITUALI, LEGALI E PRATICHE DI UNA COMUNICAZIONE EFFICACE	100	7	7	TUTTE LE PROFESSIONI	100



PNRR-M6-C2-2.2 CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI OSPEDALIERE CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO MODULO B E C	IL CORSO HA L'OBIETTIVO DI APPROFONDIRE LA POLITICA E LE STRATEGIE AZIENDALI SULLA GESTIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	50	10	500	TUTTE LE PROFESSIONI	1038
CORSO DI FORMAZIONE DI PRIMO LIVELLO DI DISPOSITIVO-VIGILANZA	IL CORSO HA L'OBIETTIVO DI PRESENTARE L'ORGANIZZAZIONE NAZIONALE E REGIONALE DELLA NUOVA RETE DI DISPOSITIVO-VIGILANZA	50	4	16	TUTTE LE PROFESSIONI	200
IL TRIAGE AI SENSI DELLA DELIBERA AZIENDALE N. 353 DEL 12/04/2024	IL CORSO SI PROPONE DI RENDERE OMOGENEA LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI COINVOLTI NELL'ATTIVITA' DI TRIAGE SECONDO QUANTO NORMATO DALLE LINEE GUIDA NAZIONALI 2019 E DAL MANUALE DI TRIAGE AZIENDALE DEL 353 DEL 12/04/2024	60	8	24	TUTTE LE PROFESSIONI	180
LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA E L'ADEGUATA SOMMINISTRAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALLA LUCE DELLA LEGGE 219/2017	IL CORSO SI PROPONE DI FORMIRE UN APPROFONDIMENTO SULLE NUMEROSE ED ARTICOLATE MODIFICHE INTRODOTTE DALLA RECENTE NORMATIVA VIGENTE (LEGGE GELLI, LEGGE 219/2017, DECRETI ATTUATIVI) NONCHE' FORNIRE INFORMAZIONI SULLA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA E LA CORRETTA SOMMINISTRAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO	60	6	24	TUTTE LE PROFESSIONI	180
AGGIORNAMENTO E DIFFUSIONE DELLE RACC. MINISTERIALI 4 E 13- LA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEL PAZIENTE E LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	IL CORSO SI PROPONE DI ILLUSTRARE E DIFFONDERE LA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE 13 E PROCEDURA AZIENDALE: PREVENZIONE E GESTIONE CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE NONCHE' LA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE 4 E PROCEDURA AZIENDALE: PREVENZIONE DI SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	60	6	12	TUTTE LE PROFESSIONI	60



AGGIORNAMENTI IN NEUROLOGIA: NUOVI PROFILI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI DELLE PATOLOGIE NEUROLOGICHE AD EVOLUZIONE CRONICA: DEMENZA, EPILESSIA, CEFALEA, MIASTENIA, POLINEUROPATIE.	L'OBIETTIVO DEL CORSO E' LA TRASMISSIONE E DIFFUSIONE DELLE PIU' ATTUALI CONOSCENZE DI ALCUNE AREE DELLA DISCIPLINA NEUROLOGICA AL FINE DI REALIZZARE PDTA QUANTO PIU' CONDIVISI E ATTUALI	50	7	7	TUTTE LE PROFESSIONI	50
NEUROLOGIA E MEDICINA DI GENERE	LO SCOPO DEL CORSO E' CORRELATO ALLA NECESSITA' DI FAR CONOSCERE E SOTTOLINEARE L'INFLENZA DELLE DIFFERENZE DI GENERE NELLO SVILUPPO DELLA MALATTIA NEUROLOGICA E NEGLI ASPETTI E PERCORSI DIAGNOSTICI, NELLA RISPOSTA ALLE TERAPIE E NELLA DISABILITA' DIPENDENTE DAL GENERE	60	7	7	TUTTE LE PROFESSIONI	60
GIORNATA NAZIONALE DEL PARKINSON 2025	AGGIORNAMENTO ANNUALE SULLA MALATTIA DI PARKINSON	100	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	100
EMOZIONI IN CORSIA: LA PERSONA AL CENTRO DELLA CURA	UN CONVEGNO FOCALIZZATO SUL RUOLO DELLE EMOZIONI, DELLA COMUNICAZIONE E DELLE DINAMICHE PSICOLOGICHE NELL'AMBITO OSPEDALIERO, CON PARTICOLARE ATTENZIONE AL RAPPORTO TRA OPERATORI SANITARI, PAZIENTE E FAMIGLIE	50	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	50
PDTA ICTUS	TRATTAMENTO DELL'ICTUS CEREBRALE IN MODO TEMPESTIVO GRAZIE AI PROGRESSI DELLE NUOVE PROCEDURE DI NEUROIMAGING COME TC E RM PERFUSIONALE	60	6	12	TUTTE LE PROFESSIONI	120
LE CEFALIEE IN P.S. DALLE FORME PRIMARIE ALLE FORME SECONDARIE	LE MALATTIE NEUROLOGICHE RAPPRESENTANO CIRCA IL 10% DI TUTTI GLI ACCESSI IN P.S. COINVOLGERE IL NS PERSONALE DISTINGUENDO LE CEFALIEE PRIMARIE DA QUELLE SECONDARIE	60	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	60
ICTUS EMORRAGICO	INQUADRAMENTO CLINICO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DELLA PATOLOGIA ICTALE EMORRAGICA	60	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	60



San Giuseppe Moscati
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALITÀ I AVELLINO

LE FRATTURE VERTEBRALI OSTEOPOROTICHE VERTEBRALI	APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE, ENDOCRINOLOGICO, ORTOPEDICO, NEUROCHIRURGICO, TERAPIA DEL DOLORE AL DIFFUSO PROBLEMA DELLA FRAGILITA' DELL'ANZIANO NEL TRATTAMENTO DELLE FRATTURE VERTEBRALI SU BASE OSTEOPOROTICA	100	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	100
TUMORI CEREBRALI: NUOVI TRATTAMENTI	DIVULGARE PROTOCOLLI TERAPEUTICI E NUOVE TERAPIE PER TUMORI CEREBRALI	80	8	8	TUTTE LE PROFESSIONI	80
LOW BACK PAIN: DAL SINTOMO ALLA CURA, DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE AGLI SPECIALISTI	IL CORSO HA L'OBIETTIVO DI AFFRONTARE DAL PUNTO DI VISTA MULTIDISCIPLINARE UNA TEMATICA COMUNE MALGESTITA, AL FINE DI EVITARE L'ARRIVO IN P.S.	50	6	6	TUTTE LE PROFESSIONI	50

TITOLO CORSO	SINTESI OBIETTIVI	NR PART. X ED	ORE X ED	ORE TOT	PROFESSIONI	TOTALE PARTECIPANTI COMPRESO LE EDIZIONI
MANAGEMENT SISTEMA SALUTE. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI	PERCORSI DI CURA COME MODELLO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE. INFERMIERI SEMPRE PIU' PROTAGONISTI DEI PERCORSI DI CURA MULTIDISCIPLINARI - EVIDENCE BASED E STANDARD DI ECCELLENZA	50	8	16	INFERMIERI TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	50
LES: LA MALATTIA DAI TANTI VOLTI	DIAGNOSI PRECOCE ATTRAVERSO ANALISI ATTENTA DI TUTTI GLI ASPETTI CLINICI DEL LUPUS. RAGGIUNGIMENTO LDA CON TARGET THERAPY	100	8	8	MEDICO CHIRURGO INFERMIERE	100

IMPORTANZA CLINICA DELLA MUSICOTERAPIA	APPRENDERE E APPLICARE I PRINCIPI DELLA MUSICOTERAPIA A SCOPO TERAPEUTICO	50	8	16	MEDICO CHIRURGO INFERMIERI INFERMIERI PEDIATRICI OSS	100
GESTIONE DEL TRAUMA CRANICO	MIGLIORARE LA GESTIONE CLINICA DEL TRAUMATIZZATO CRANICO, ALLA LUCE DEI NUOVI PROTOCOLLI E METODICHE DI INDAGINI, ASSISTENZA INFERMIERISTICA E FISIOTERAPEUTICA	100	8	16	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, FISIOTERAPISTA	100

ULTERIORI CORSI PREVISTI ANNO 2025

- **FORMAZIONE ANTICORRUZIONE:** LA FORMAZIONE SARÀ STRUTTURATA SU DUE LIVELLI. LA FORMAZIONE GENERALE SARÀ RIVOLTA A TUTTI I DIPENDENTI RIGUARDERÀ INIZIATIVE FORMATIVE SUI TEMI DELL'ETICA E DELLA LEGALITÀ. LA FORMAZIONE SPECIFICA RIGUARDERÀ LO SVOLGIMENTO DI CORSI DI FORMAZIONE RIVOLTI AL RPCT AI REFERENTI, DIRIGENTI E FUNZIONARI ADDETTI ALLE AREE A RISCHIO
- **PROGETTO SYLLABUS - COMPETENZE DIGITALI PER LA P.A. DEL DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA**
 - **COMPETENZE PER LA TRANSIZIONE AMMINISTRATIVA**
 - **COMPETENZE PER LA TRANSIZIONE DIGITALE**
 - **COMPETENZE PER LA TRANSIZIONE ECOLOGICA**
- **CORSI DI FORMAZIONE IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUL LAVORO PER IL PERSONALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SG MOSCATI DI AVELLINO**
 - FORMAZIONE GENERALE
 - FORMAZIONE PREPOSTI
 - FORMAZIONE DIRIGENTI
 - FORMAZIONE SPECIFICA MEDIO RISCHIO
 - FORMAZIONE SPECIFICA ALTO RISCHIO

DESTINATI A TUTTI I DIPENDENTI SECONDO LE DIVERSE PROF. E QUALIFICHE DA SVOLGERSI NELL'ARCO DI 24 MESI.
EROGATI TRAMITE OPERATORI DI MERCATO
OBBLIGATORIO

- **CORSI BLS/D PER OPERATORI SANITARI DELL'AORN S.G. MOSCATI AVELLINO- UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE, UOC NEUROLOGIA E STROKE UNIT**
DESTINATO AI DIPENDENTI DELLE UNITA' OPERATIVE INDICATE
OPERATORI DI MERCATO

- **CORSO ALS** PER OPERATORI DELLA UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE, UOC NEUROLOGIA E STROKE UNIT
DESTINATO AI DIPENDENTI DELLE UNITA' OPERATIVE INDICATE
EROGATO TRAMITE OPERATORI DI MERCATO
- **CORSI PRIVACY DIVERSIFICATI IN BASE ALLA CATEGORIA DI APPARTENENZA**
DESTINATO A TUTTI I DIPENDENTI
EROGATI TRAMITE OPERATORI DI MERCATO
MODALITA' FAD
- **PNRR MISSIONE 6- SALUTE- COMPONENTE 2.2. (C): SUB-INVESTIMENTO: CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE – DESTINATARI 40 DIPENDENTI ORGANIZZATO DALLA REGIONE CAMPANIA**
- **PNRR MISSIONE 6- SALUTE- COMPONENTE 2.2. (C): SUB-INVESTIMENTO: CORSO DI FORMAZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE – COINVOLTI 1038 DIPENDENTI TRA DIRIGENZA E COMPARTO IN MODALITA' BLENDED FAD- E RESIDENZIALE**
- **CORSI IN MATERIA DI APPALTI PUBBLICI -**
- CORSO DI FORMAZIONE SULL'AUDIT AMMINISTRATIVO CONTABILE
DESTINARI TEAM DI AUDIT
- FORMAZIONE NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE E CONTRASTO DELLA VIOLENZA DI GENERE E VIOLENZA CONTRO I MINORI – FINALIZZATO A CREARE DEI TEAM PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI VITTIME DI VIOLENZA CHE ACCEDONO ALL'AORN SG MOSCATI
- **QUATTRO CORSI ECM** SULLA COMUNICAZIONE EROGATO DA OPERATORE ESTERNO:
DA FEBBRAIO SARANNO DISPONIBILI I PRIMI DUE
"La comunicazione delle cattive notizie"
"La violenza e la gestione del conflitto" -
- CORSI DI FORMAZIONE EROGATI DALLA SNA IN RAGIONE DI SPECIFICHE ESIGENZE SI PER SOFT SKILL CHE PER HARD SKILL
- PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO ESTERNI - OBBLIGATORI E FACOLTATIVI- RICHIESTI DAI DIPENDENTI (SANITARI E AMMINISTRATIVI) DELL'AORN SAN GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO IN BASE ALLE ESIGENZE MANIFESTATE DAI RISPETTIVI

FORMAZIONE NEL TRIENNIO 2025-2027

Nel rispetto dei contenuti della normativa vigente l'AORN SG Moscati vuole perseguire i seguenti obiettivi:

OBIETTIVI GENERALI:

- mantenimento strutturato, in maniera permanente, del sistema formativo ECM per favorire lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse sanitarie e delle le competenze personali,
- diffusione della formazione all'interno dell'Ente, avvalendosi anche di competenze interne, anche di metodologie didattiche online, di attività formative pianificate e organizzate per favorire l'acquisizione di competenze sul luogo di lavoro, di valorizzazione delle migliori pratiche ed

- esperienze professionali maturate nei singoli settori di appartenenza, di condivisione di strumenti operativi comuni a supporto della diffusione di informazioni utili;
- collaborazione con altri Enti e/o l'adesione a percorsi formativi qualificati ed economicamente adeguati
- FORMAZIONE IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUL LAVORO
 - FORMAZIONE IN MATERIA DI PRIVACY
 - CORSI IN MATERIA DI APPALTI PUBBLICI
 - ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE E DI COMUNICAZIONE DELLE AMMINISTRAZIONI
 - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (L. N. 190 DEL 2012, ART. 5)
 - FORMAZIONE ETICA, TRASPARENZA E INTEGRITÀ
 - CONTRATTI PUBBLICI;
 - LAVORO AGILE
 - PIANIFICAZIONE STRATEGICA.
 - COMPETENZE IN MATERIA DI TRANSIZIONE DIGITALE, AMMINISTRATIVA, ECOLOGICA
 - **COMPETENZE DI LEADERSHIP**
 - FORMAZIONE ECM
 - CORSI BLSO PER OPERATORI SANITARI DELL'AORN S.G. MOSCATI AVELLINO
- PROGETTO SYLLABUS - COMPETENZE DIGITALI PER LA P.A. DEL DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA
 - COMPETENZE PER LA TRANSIZIONE AMMINISTRATIVA
 - COMPETENZE PER LA TRANSIZIONE DIGITALE
 - COMPETENZE PER LA TRANSIZIONE ECOLOGICA
 - CORSI DI FORMAZIONE EROGATI DA OPERATORI ESTERNI E/O DALLA SNA IN RAGIONE DI SPECIFICHE ESIGENZE SI PER SOFT SKILL CHE PER HARD SKILL
 - PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO ESTERNI - OBBLIGATORI E FACOLTATIVI- RICHIESTI DAI DIPENDENTI (SANITARI E AMMINISTRATIVI) DELL'AORN SAN GIUSEPPE MOSCATI DI AVELLINO IN BASE ALLE ESIGENZE MANIFESTATE DAI RISPETTIVI DIRIGENTI

AREA GIURIDICO-NORMATIVA- TECNICA- INFORMATICA

La continua evoluzione legislativa e regolamentare evidenzia la complessità delle discipline pubblicistiche e la varietà dei criteri interpretativi.

Fermo restando i corsi suindicati, rientrano in quest'area le iniziative formative, sulla base di specifiche priorità indicate da parte dei Direttori Competenti, dirette ad approfondire e consolidare le metodologie di gestione afferenti alle varie aree di pertinenza sia attraverso l'organizzazione o l'affidamento di corsi che tramite la partecipazione a processi formativi, anche di alta formazione come ad es. i Master, organizzati da Enti terzi.

Tra questi le iniziative formative dirette ad approfondire e consolidare le metodologie la normativa sugli appalti e i contratti pubblici e, in particolare, dei dipendenti dei dipendenti della UOC Acquisizione Beni e Servizi e della UOC Tecnico -Patrimoniale ad una serie di corsi in materia di appalti ai fini della qualificazione come Stazione Appaltante.

VALORE P.A.

L'INPS ha avviato da diversi anni una procedura finalizzata all'individuazione ed alla selezione di corsi di formazione rivolti a dipendenti della Pubblica Amministrazione iscritti alla Gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali. I corsi sono tenuti da Università che possono avvalersi della collaborazione di soggetti pubblici e privati. L'iniziativa è finanziata dall'INPS attraverso l'integrale ed esclusiva copertura del costo dei corsi medesimi (escluse spese di vitto, alloggio e trasporto).

L'Amministrazione ha aderito al Progetto 2024 ed è ipotizzabile che l'Azienda aderirà al Progetto Valore PA INPS per il 2025

AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO

L'aggiornamento Individuale facoltativo è richiesto per la partecipazione ad iniziative selezionate liberamente dal personale interessato, ritenute utili per la crescita professionale connessa all'attività di servizio e per le quali l'Azienda può riconoscere un proprio livello di interesse in rapporto al miglioramento qualitativo dei servizi stessi.

AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO

Sono rappresentate dall'insieme delle attività formative che in base ad una valutazione della Direzione Strategica, attraverso i responsabili di macrostruttura, sussiste il dovere di adesione e partecipazione dei singoli operatori dipendenti di ruolo. Tale attività può riguardare sia singoli dipendenti che gruppi di dipendenti individuati per partecipare a corsi, organizzati all'interno o all'esterno dell'Azienda.

L'aggiornamento obbligatorio individuale, in particolare, è finalizzato alla realizzazione di un obiettivo di specifico interesse aziendale.

TIROCINIO CURRICULARE

Il tirocinio curriculare è una esperienza formativa relativa ai percorsi di istruzione e formazione finalizzato ad accrescere le conoscenze e ad acquisire competenze professionali da parte degli studenti, coerenti con i percorsi di studio seguiti.

I tirocini curricolari sono, quindi, inclusi in un processo di apprendimento formale svolto all'interno di un piano di studio (di un'università, un istituto scolastico, di un ente di formazione, ecc.).

I tirocini curricolari sono destinati a studenti ed hanno lo scopo "di realizzare momenti di alternanza fra studio e lavoro nell'ambito dei processi formativi e di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro" (art. 1 D.M. 142/98).

I tirocini sono attività formative con rilevante contenuto professionale e in un periodo di addestramento pratico compiuto presso un ambiente di lavoro specifico. Attraverso il tirocinio il discente fa la sintesi tra conoscenze e abilità già sviluppate, contestualizzandole gradatamente a livello operativo in specifici contesti professionali. Con il tirocinio il discente integra e declina la preparazione raggiunta nelle diverse discipline. Si prevede l'adozione di uno specifico Regolamento.

IL COMANDO FINALIZZATO

Per finalità di aggiornamento, il dipendente può essere autorizzato con l'istituto del comando finalizzato per periodi di tempo determinato presso centri, istituti e laboratori nazionali ed internazionali od altri organismi di ricerca che abbiano dato il proprio assenso. Il comando è di tipo formative non può superare il periodo di due anni nel quinquennio, ferma restando l'anzianità di servizio maturata nel periodo di comando agli effetti concorsuali.

In relazione all'interesse dell'Azienda, che il dirigente compia studi speciali o acquisisca tecniche particolari, indispensabili per il miglior funzionamento dei servizi, l'AORN SG Moscati può stabilire se, in quale misura e per quale durata al dirigente possa competere il trattamento economico in godimento.

CORSI DI LAUREA PER LE PROFESSIONI SANITARIE

L’A.O.R.N. San Giuseppe Moscati è individuata quale “sede formativa decentrata” dell’Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli- Facoltà di Medicina e Chirurgia di Napoli- per la gestione dei Corsi di laurea triennale di Area Sanitaria. Ai sensi del Protocollo d’intesa stipulato tra Regione Campania e Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli per la Formazione dei laureandi dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, sottoscritto il 10/01/2019 e successivamente prorogato con Delibera di Giunta n.72 del 22/02/2022, il rapporto tra l’Università Vanvitelli e l’A.O.R.N. “S.G.Moscati” è disciplinato da apposito Accordo attuativo (art. 3 L. 341/90, e comma 3, art.6 D.Lgs. 502/92 e s.m.i.). A marzo 2023 è stato siglato il nuovo protocollo di Intesa tra Regione Campania e Università Pubbliche che hanno sede nel territorio regionale

I corsi universitari attualmente attivi sono 3:

- Infermieristica
- Fisioterapia
- Tecniche della Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Sede dei Corsi universitari è il Polo Didattico, dotato di aule attrezzate per lezioni frontali e a distanza, presso cui vengono svolte le attività didattiche affinché gli studenti possano acquisire le competenze previste dal profilo professionale richiesto, in conformità all’ordinamento didattico.

L’U.O. Formazione orienta la propria attività supportando la GESTIONE ORGANIZZATIVA E AMMINISTRATIVA DEI CDL PER LE PROFESSIONI SANITARIE attivi con il supporto dei Coordinatori delle attività pratiche e di tirocinio individuati per ciascun corso di Laurea; in particolare, annualmente e per ciascun Corso di Laurea.

BANCHE DATI

La Direzione Strategica , in collaborazione con la UOS Formazione ha deciso di dare evidenza nel sito del Azienda, creando un apposito spazio, per consentire l’accesso ad alcune importanti banche dati biomediche per favorire e facilitare la crescita organizzativa e professionale del proprio personale sanitario L’utilizzo delle banche dati risulta essere una necessità che spinge il professionista sanitario alla loro consultazione, poiché all’interno di queste è possibile trovare articoli, full-text, riassunti o semplici citazioni, adatti o meno a confutare un dubbio o una perplessità riscontrata nella pratica, offrire soluzioni.

RETE FORMATIVA DELLE SCUOLE SPECIALIZZAZIONE

Le Scuole di specializzazione sono corsi universitari ‘post lauream’ che hanno lo scopo di formare specialisti. Al termine del percorso formativo viene rilasciato il Diploma di specializzazione nel settore prescelto. Le Scuole di specializzazione appartengono all’area sanitaria (ad accesso riservato ai medici e ad accesso riservato a soggetti in possesso di titolo di studio diverso dalla laurea magistrale in medicina e chirurgia, cosiddetti ‘non medici’), all’area veterinaria, all’area dei beni culturali, all’area psicologica ed all’area delle professioni legali. L’accesso dei medici alle Scuole di specializzazione di area sanitaria è a numero programmato. Per essere ammessi ad una Scuola di specializzazione occorre essere in possesso di un titolo di laurea in medicina e chirurgia, con obbligo di conseguire l’abilitazione all’esercizio della professione di medico-chirurgo entro la data di inizio delle attività didattiche, e superare un concorso nazionale di ammissione per titoli ed esame bandito annualmente dal MIUR.

La rete formativa rappresenta l’insieme delle strutture sanitarie (universitarie, ospedaliere e territoriali) che afferiscono ad una singola Scuola e che sono accreditate secondo standard assistenziali e formativi.

L’A.O.R.N. “San Giuseppe Moscati” di Avellino è inserita in una serie di reti formative per le diverse specializzazioni Mediche e Sanitarie in particolare con l’Università degli Studi di Napoli Federico II°, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli e Università degli Studi di Salerno.

5 Sezione 4 - Monitoraggio

Le attività di monitoraggio in maniera trasversale abbracciano la programmazione degli obiettivi di performance, gli adempimenti relativi all’anticorruzione e trasparenza nonché i dati di produzione legati all’assistenza erogata.

La programmazione aziendale si compone delle fasi di

- Programmazione strategica – Direttiva del Direttore Generale – Contrattazione Budget – Negoziazione Attività
- Programmazione operativa - definizione obiettivi e risorse-
- Misurazione risultati – reporting e valutazione eventuale rivisitazione obiettivi -
- Analisi degli scostamenti e azioni correttive

La programmazione strategica è definita dalla Direzione Strategica, in ottemperanza ai dettati ministeriali e regionali. Gli atti di programmazione apicale quali la Direttiva annuale del Direttore Generale e il Piano della Performance quale parte del PIAO definiscono le linee programmatiche da perseguire, gli obiettivi aziendali e le strategie per il raggiungimento degli stessi.

La programmazione operativa invece è affidata alla fase legata alla negoziazione del budget che vede coinvolte tutte le UU.OO aziendali sanitarie ed amministrative per il tramite di Direttori e/o Responsabili che coinvolgendo tutti gli attori della programmazione all’esito di incontri mirati si arriverà all’assegnazione degli obiettivi interni (qualitativi e quantitativi) con relativa budgettizzazione delle risorse da impiegare (risorse umane ed economiche).

La misurazione dei risultati raggiunti passa attraverso il monitoraggio semestrale, al quale legare l’erogazione dell’acconto della retribuzione di risultato, delle attività svolte con contestuale sistematica valutazione degli obiettivi di medio periodo fissati al fine di garantirne il raggiungimento dell’obiettivo operativo negoziato a cadenza annuale. A tale fase di monitoraggio in virtù del Regolamento adottato con delibera 1274/23 si procederà ad erogare a tutto il personale l’acconto sulla retribuzione di risultato il cui saldo sarà corrisposto, nel mese di luglio, all’esito della valutazione sul raggiungimento degli obiettivi negoziati.

Il monitoraggio sullo stato di raggiungimento degli obiettivi negoziati è finalizzato soprattutto a valutare e definire eventuali azioni correttive in caso di mancato pieno raggiungimento delle finalità preposte per cause non prevedibili al momento della negoziazione o sopravvenuti impedimenti oggettivi.

La definizione di tale processo consente la piena responsabilizzazione dei singoli operatori al fine della valutazione dei risultati della performance individuale, delle Unità Operative e dell’intera Azienda.

La tipologia degli obiettivi viene stabilita sulla base di quelli assegnati al DG da DGRC e da ulteriori individuati dall'Azienda annualmente sulla base di necessità di migliorare alcuni processi o sulla base di criticità e/o problematiche riscontrate nei monitoraggi precedenti.

I monitoraggi strategici allo stato messi in campo che per il triennio 2025 – 2027 si intende continuare e ulteriormente potenziare sono quelli relativi:

- All'afflusso al PS con focus sui codici triage accesso/dimissione;
- I volumi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale in ottemperanza ai dettati Regionali ex DGRC 420/24;
- Al monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel rispetto delle classi di priorità;
- Bilanciamento dei volumi di prestazioni erogate in regime SSN/ALPI;
- Ai costi della chirurgia robotica;
- Alla corretta gestione delle Sale Operatorie e connessa ottimizzazione dei tempi di utilizzo delle stesse nel rispetto del documento tecnico "percorso del paziente chirurgico programmato" adottato con delibera n.1.097 del 31.12.2024;
- Al monitoraggio del PIAO per gli ambiti di rispettiva competenza.

Quanto all'ultimo punto va sottolineato che con delibera n. 1096 del 31/12/24 si è proceduto alla presa d'atto della DGRC 254/24 e contestuale approvazione del Regolamento delle Sale Operatorie in virtù delle linee di indirizzo regionali finalizzate ad una più puntuale gestione ed ottimizzazione dei tempi di utilizzo delle sale operatorie. Tale regolamento si pone quale strumento di garanzia di una sempre migliore qualità assistenziale nonché quale ulteriore mezzo per raggiungere un obiettivo preminente, quello di una riduzione delle liste di attesa, in quanto una virtuosa gestione delle sale operatorie si riverbera in maniera positiva sulle stesse riducendo i tempi di attesa per il paziente chirurgico.

Con delibera 773 del 03.08.20 l'AORN Moscati ha adottato le schede di valutazione quale sistema di misurazione della performance individuale per la Dirigenza e per il Comparto.

Per la Dirigenza la scheda si articola in nove sezioni per area di valutazione e venti obiettivi calati nelle dedicate sezioni recanti un punteggio valutativo da uno a cinque per un punteggio complessivo massimo pari a 100.

Per il Comparto la scheda si articola in dieci obiettivi prestazionali recanti un punteggio da uno a cinque per una valutazione massima pari a 50.

Nell'ambito dei monitoraggi va menzionata l'attività svolta dal RPCT con le griglie di rilevazione del rischio corruttivo, monitorate per singola Unità operativa, nonché la gestione degli accessi così come normati. A cura del RPCT, sono i monitoraggi periodici in materia di pubblicazione di dati, documenti, informazioni nelle rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente".

Nell'ambito delle attività di monitoraggio previste dall'AORN la UOC DMPO elabora mensilmente e trimestralmente report di indicatori di efficienza/efficacia ed economicità con i relativi allegati delle performance delle singole UUOO. Tale monitoraggio di produzione è di particolare rilievo in quanto consente di individuare la tipologia di assistenza da erogare e di verificare gli ambiti di intervento più consoni a raggiungere gli obiettivi richiesti. L'attività di monitoraggio prevede anche per il triennio in

oggetto l'analisi e monitoraggio di un panel di indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia, del controllo delle attività di ricovero secondo il DM 69/19 e la verifica della correttezza, qualità e congruità delle SDO e della documentazione clinica prodotta.

6 Atti Adottati dall'AORN Moscati presenti in Amministrazione Trasparente e contributi delle UUOO competenti

Si riportano gli atti ad oggi adottati e consultabili sul sito ufficiale Aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente":

- Direttiva del Direttore Generale (Delibera 84 del 29/01/25)
- Prot. n. 34376/24 Sezione 3 par 4.2 e 4.3
- Prot. n. 2720/25 Sezione 3 par 4.4
- Prot. n. 3156/25 Sezione 2 par. 3.3

Allegati

- Mappatura processi- Griglie con Key Risk Indicators (allegato al PTPCT)

- Elenco degli obblighi di pubblicazione (allegato al PTPCT)